



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS
APLICADAS À SAÚDE

EVANILZA TEIXEIRA ADORNO

ATUAÇÃO DO CENTRO ESPECIALIZADO EM
REABILITAÇÃO NO CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA
COM DEFICIÊNCIA NA REGIÃO CENTRO SUL DE
SERGIPE

LAGARTO -SE

2025

EVANILZA TEIXEIRA ADORNO

**ATUAÇÃO DO CENTRO ESPECIALIZADO EM
REABILITAÇÃO NO CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA
COM DEFICIÊNCIA NA REGIÃO CENTRO-SUL DE
SERGIPE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde da Universidade Federal de Sergipe (UFS), como requisito para Defesa do Mestrado que tem como linha de pesquisa “Pesquisa Clínica Avançada”.

Orientadora: Lavínia Teixeira-Machado

LAGARTO -SE

2025

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CAMPUS DE LAGARTO

A241a Adorno, Evanilza Teixeira
Atuação do centro especializado em reabilitação no cuidado à saúde da pessoa com deficiência na região centro sul de Sergipe / Evanilza Teixeira Adorno ; orientadora Lavinia Teixeira-Machado. – Lagarto, SE, 2025.
100 f. ; il.

Dissertação (mestrado em Ciências Aplicadas à Saúde) – Universidade Federal de Sergipe, 2025.

1. Pessoa com deficiência. 2. Políticas Públicas. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Exercício resistido. Modelo Social da Deficiência. I. Machado, Lavinia Teixeira, orient. II. Título.

CDU 616-056.26

RESUMO

ATUAÇÃO DO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO NO CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA REGIÃO CENTRO-SUL DE SERGIPE. EVANILZA TEIXEIRA ADORNO, LAGARTO -SE, 2025.

Introdução: Cerca de 16% da população mundial possui algum tipo de deficiência. No Brasil são aproximadamente 18,6 milhões (8,9%) de pessoas classificadas com algum tipo de deficiência, sendo Sergipe o estado com maior prevalência de Pessoas com Deficiência (PcD) (12,1%). O Centro Especializado em Reabilitação (CER) oferece atendimento multiprofissional para PcD, promovendo habilitação, reabilitação e inclusão social. Atua no cuidado à saúde, fornecimento de tecnologia assistiva (TA) e apoio à autonomia, visando melhorar a qualidade de vida e a participação social. A região centro-sul de Sergipe possui um CER localizado no município de Lagarto. Este centro oferece serviços de reabilitação para a população da região para PcD física, auditiva e intelectual. **Objetivos:** apresentar as políticas públicas em saúde voltadas para PcD; identificar os serviços disponíveis no município de Lagarto, Sergipe; apresentar o perfil das pessoas que estão em atendimento no CER. **Percorso metodológico:** Trata-se de um estudo documental de caráter exploratório sobre políticas públicas em saúde para PcD e os serviços ofertados na região centro-sul de Sergipe. Esta dissertação está dividida em três capítulos. **Capítulo 1** – “Pessoas com Deficiência em perspectiva: do contexto mundial ao cenário local (Brasil Sergipe e Lagarto)”. Este capítulo examina a deficiência em escalas global e local, contrapondo modelos biomédico e social e evidenciando a importância de dados confiáveis para a formulação de políticas inclusivas, com destaque para o cenário de Lagarto (SE). **Capítulo 2** – “Da Monarquia aos Dias Atuais: A Formação das Políticas de Saúde para Pessoas com Deficiência no Brasil”. Este capítulo apresenta a evolução histórica das políticas de saúde para PcD no Brasil desde a monarquia até 2023, destacando avanços normativos, especialmente após a Constituição de 1988. **Capítulo 3** – “Análise do Centro Especializado em Reabilitação localizado na região centro-sul de Sergipe”, discute sobre a atuação do CER III de Lagarto (SE), destacando avanços, desafios e o papel fundamental desse serviço na promoção de cuidado integral à saúde para PcD na região. **Principais conclusões e considerações:** esta dissertação evidencia a necessidade de uma abordagem inclusiva para a saúde das PcD, considerando as especificidades de cada contexto regional e os avanços legislativos alcançados no Brasil. A análise documental revelou importantes marcos legais e expôs lacunas práticas que dificultam a efetivação plena dos direitos assegurados. Em Lagarto (SE), as inconsistências nos registros de deficiências e a falta de treinamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) dificultam compreensão precisa do quantitativo de PcD no município, influenciando no encaminhamento ao CER. O CER III mostra-se fundamental para garantir cuidado integral e humanizado, embora desafios como inconsistências cadastrais, escassez de recursos e falta de formação continuada dos profissionais ainda limitem a cobertura e a qualidade do serviço. Dessa forma, esta dissertação reforça a importância de políticas públicas acessíveis, alinhadas aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e às metas globais. Além de reconhecer as iniciativas que envolvam formação continuada, estruturação de redes de cuidado e participação efetiva da comunidade na construção de estratégias para promover a dignidade e a autonomia de PcD.

Palavras-chave: Pessoa com Deficiência; Políticas Públicas; Sistema Único de Saúde; Modelo Social da Deficiência; Centro Especializado em Reabilitação.

ABSTRACT

ROLE OF THE SPECIALIZED REHABILITATION CENTER IN HEALTHCARE FOR PERSONS WITH DISABILITIES IN THE CENTRAL-SOUTHERN REGION OF SERGIPE. EVANILZA TEIXEIRA ADORNO, LAGARTO -SE, 2025.

Background: Approximately 16% of the global population has some form of disability. In Brazil, around 18.6 million Brazilians (8.9%) are classified as having disabilities, with Sergipe being the state with the highest prevalence of Persons with Disabilities (PWD) (12.1%). The Specialized Rehabilitation Center (CER) provides multidisciplinary care for PWD, promoting habilitation, rehabilitation, and social inclusion. It plays an essential role in healthcare assistance, providing assistive technology (AT), and supporting autonomy, aiming to improve quality of life and social participation. The central-southern region of Sergipe has one CER located in the municipality of Lagarto. This center provides rehabilitation services for the regional population, including physical, auditory, and intellectual disabilities.

Objectives: to present public health policies aimed at PWD; to identify the services available in the city of Lagarto, Sergipe; and to present the profile of persons receiving healthcare at SRC.

Methodological path: This is an exploratory documentary study on public health policies for PWD and the services offered in the center-southern region of Sergipe. This dissertation is divided into three chapters. **Chapter 1**, “Persons with Disabilities in Perspective: from the Global Context to the Local Scenario (Brazil, Sergipe, and Lagarto),”. This chapter examines disability on a global and local scale, contrasting the biomedical and social models and emphasizing the importance of reliable data for formulating inclusive policies. It highlights the Lagarto (SE) scenario, where inconsistencies in disability records and a lack of training for Community Health Agents (ACS) hinder an accurate understanding of the number of PWD in the city. **Chapter 2**, “From the Monarchy to the Present Day: The Formation of Health Policies for Persons with Disabilities in Brazil”. This chapter traces the historical evolution of health policies for PWD in Brazil from the monarchy to 2023, highlighting normative advances, especially after the 1988 Constitution. It underscores that despite strengthening the biopsychosocial model and aligning with global goals, significant challenges persist in the practical implementation of the rights achieved. **Chapter 3**, “Analysis of the Specialized Rehabilitation Center located in the Central-Southern Region of Sergipe”. This chapter discusses the performance of the SRC in Lagarto City, its role, achievements, and challenges in providing comprehensive healthcare for PWD in the region.

Key findings and considerations: this dissertation highlights the necessity of an inclusive approach to PWD healthcare, considering Brazil’s regional specificities and legislative advancements. The documentary analysis revealed important legal milestones and exposed practical gaps hindering guaranteed rights implementation. In Lagarto City, the CER III ensures comprehensive and humanized healthcare. However, challenges such as record inconsistencies, resources shortages, and the lack of continuous professional training limit service coverage and quality. This study reinforces the importance of accessible and inclusive public policies aligned with the Unified Health System (SUS) principles and global goals. It advocates for training initiatives, structuring healthcare networks, and active community participation in developing strategies that promote dignity and autonomy of PWD.

Keywords: Persons with Disabilities; Public Policies; Unified Health System; Social Model of Disability; Specialized Rehabilitation Center.

LISTAS

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Proporção de 2 anos ou mais de idade com deficiência, segundo as Unidades de Federação - 2022

Figura 2 - Porcentagem de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência, segundo os tipos de dificuldades funcionais.

Figura 3: Porcentagem de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência, referente a educação, trabalho e rendimento.

Figura 4: Localização geográfica do município de Lagarto no Estado de Sergipe e no Brasil.

Figura 5: Visualização via satélite da sede de Lagarto e suas adjacências.

Figura 6: Mapa de distribuição de PcD por bairros no município de Lagarto-Se

Figura 7: Fluxo do processo de análise de conteúdo do estudo.

Figura 8: Linha do tempo - Políticas Públicas em Saúde no Brasil para PcD.

Figura 9: Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).

Figura 10: Os ODS 3, 4 10 e 16 inclusos na agenda global 2030.

Figura 11: Número de Centros Especializados em Reabilitação, habilitados por Unidade Federativa do Brasil em 2023.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Quantitativo de pessoas de acordo com o tipo de deficiência do município de Lagarto, segundo o Sistema de Prontuário Eletrônico do cidadão (SISPEC).

Tabela 2: Características das pessoas que utilizam os serviços do CER III

Tabela 3: Diagnóstico clínico de acordo com a CID dos usuários que estão em atendimento no CER III.

Tabela 4: Atendimentos realizados no CER por categoria profissional.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
PcD - Pessoas com Deficiência
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
PIB - Produto Interno Bruto
SUS - Sistema Único de Saúde
QV - Qualidade de Vida
CER - Centro Especializado em Reabilitação
RCPD - Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência
ONU - Organização das Nações Unidas
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
BVS - Biblioteca Virtual em Saúde
SISPEC - Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão
ACS - Agente Comunitário de Saúde
WG (sigla em inglês) - Grupo de Washington
WG-ES (sigla em inglês) - Conjunto ampliado de perguntas sobre funcionalidade
WG-SS *Enhanced* (sigla em inglês) - Conjunto resumido de perguntas sobre funcionalidade-estendido
UNICEF - United Nations Children's Fund
CFM (sigla em inglês) - Módulo sobre a funcionalidade da criança
GBD (sigla em inglês) - Estudo da Carga Global da Doença
IHME - Instituto de Métricas e Avaliação de Saúde
TEA - Transtorno do Espectro Autista
DID - Deficiência Intelectual do Desenvolvimento
TDAH - Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade
DA - Deficiência auditiva
DV - Deficiência visual
PC - Paralisia Cerebral
CID - Classificação Internacional de Doenças
UPIAS (sigla em inglês) - *Union of Physically Impaired Against Segregation*
MS - Ministério da Saúde
UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais
EMDAGRO - Empresa de Desenvolvimento Agropecuário de Sergipe
ACS - Agente Comunitário de Saúde
CF - Constituição Federal
CDPD - Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência
LBI - Lei Brasileira de Inclusão
ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
INES - Instituto Nacional de Educação de Surdos
APAE- Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
TA - Tecnologia Assistiva
LIBRAS - Língua Brasileira de Sinais
PNSPD - Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
CIF - Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
PFAA - Programa Federal de Ações afirmativas
PNAISPD - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência
ASIS - Análise de Situação de Saúde
PRI - Planejamento Regional Integrado

APS - Atenção Primária à Saúde
UBS - Unidades Básicas de Saúde
AEA - Atenção Especializada Ambulatorial
CEO - Centros de Especialidades Odontológicas
PTS - Projeto Terapêutico Singular
RAS- Rede de Atenção à Saúde
SUAS - Sistema Único de Assistência Social
OMS - Organização Mundial de Saúde
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
UFS - Universidade Federal de Sergipe
SD -Síndrome de Down
AVC - Acidente Vascular Cerebral
ELA - Esclerose Lateral Amiotrófica
TCE - Traumatismo Crânio Encefálico

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	11
Capítulo 1: Pessoas com Deficiência em perspectiva: do contexto mundial ao cenário local (Brasil Sergipe e Lagarto).....	14
Capítulo 2: Da Monarquia aos Dias Atuais: A Formação das Políticas de Saúde para Pessoas com Deficiência no Brasil.....	26
Capítulo 3: A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Lagarto (SE): Análise do Centro Especializado em Reabilitação (CER III).....	44
Referências.....	65
Apêndices.....	77
Comprovante de aprovação no Comitê de Ética.....	77
Anexos.....	89
Anexo I - Formulário online da coleta de dados dos prontuários no Centro de Especialidades Regional.....	89
Anexo II - Artigo aprovado em 2023 pela revista <i>Peer Review Journals</i>	99
Anexo III - Comprovante de submissão do artigo.....	100

APRESENTAÇÃO

A definição de Pessoa com Deficiência (PcD), segundo a Convenção sobre os Direitos da PcD (CDPD) pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 2006, ratificado no Brasil, em 2008, é a pessoa que apresenta algum tipo de deficiência física, intelectual, sensorial ou mental a longo prazo, que impeça a participação plena, ativa e efetiva na sociedade (Brasil, 2008, 2009, 2015). Eventualmente, algumas deficiências necessitam de cuidado e suporte multiprofissional desde o seu nascimento até os demais ciclos de vida (Olusanya *et al.*, 2023).

Cerca de 16% da população mundial possui algum tipo de deficiência, as quais enfrentam barreiras físicas, sociais e emocionais, além das dificuldades encontradas nos cuidados da sua saúde, principalmente em países de baixa e média renda (OMS, 2024). De acordo com o relatório final do Plano de Ação sobre Deficiência e Reabilitação de 2014-2019 realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), estima-se que 12% das pessoas da América Latina e Caribe possuem algum tipo de deficiência (OPAS, 2020). A variabilidade destas deficiências, únicas ou múltiplas, requer abordagens de intervenções de maneira sistematizadas considerando dimensões amplas de atenção à saúde (Lyra *et al.*, 2022; Kuper; Reichenberger; Polack, 2023).

No Brasil, cerca de 8,9% da população com dois anos ou mais possui algum tipo de deficiência. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Nordeste é a região do país com maior porcentagem de PcD (10,3%) e o estado de Sergipe tem aproximadamente 279 mil PcD, o que corresponde a 12,1% da população do estado, com o maior percentual do Brasil (IBGE, 2023). Cerca de 10,4% da população de Aracaju é registrada com deficiência, representando o segundo maior percentual entre as capitais brasileiras, ficando atrás apenas de Recife (11,1%) (IBGE, 2023).

De acordo com o último censo divulgado pelo IBGE em 2023, o município de Lagarto possui uma área territorial de 968,921 km², com uma população residente de 101.579 pessoas. A sua área demográfica é de 104,84 hab/km², o nível de escolaridade de pessoas entre 6 a 14 anos é de 98%, com um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) ainda de 2010 de 0,625 (2010) e o Produto Interno Bruto (PIB) per capita R\$ 16.962,37.

Um dos serviços de suma importância voltado à reabilitação da PcD é o Centro Especializado em Reabilitação (CER), o qual faz parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), através da Portaria de nº 1.526/MS/GM de 11 de outubro de 2023. Anualmente, o número de CERs espalhados pelo Brasil e de pessoas atendidas cresce

exponencialmente, como uma das metas da RCPD para ofertar serviços de qualidade para as PcD e pessoas com transtorno do neurodesenvolvimento (Lyra *et al.*, 2022; IBGE, 2023).

A grande diferença no número de PcD no Brasil entre o censo do IBGE de 2010 e 2023, pode demonstrar melhoria no conhecimento sobre deficiência e no treinamento dos agentes responsável na coleta desses dados com a população (IBGE 2010, 2023). Contudo, esse número pode ser ainda maior se levarmos em consideração a população menor de 2 anos que não fizeram parte desse censo. Além disso, a RCDP utiliza os dados cadastrais realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), porém as informações coletadas e cadastradas por esses agentes podem conter algumas falhas, provavelmente pelo déficit no conhecimento sobre deficiência e nos treinamentos para melhorar a coleta e cadastramento da população (Prata, 2022; Brasil, 2023).

A proposta apresentada neste estudo foi construída a partir do disposto na CDPD, cujo propósito de promover, proteger, assegurar a equidade e o pleno exercício dos direitos humanos e liberdades da PcD e promover o respeito pela sua dignidade (Brasil, 2008, 2009, 2011, 2015). Além de centrar-se nos pilares da saúde, da educação, do direito à participação social e cultural, promovendo autonomia e empoderamento para a PcD. Baseando-se no Art. 2º da portaria nº 793/2012, foram listadas as diretrizes: o respeito aos direitos humanos, a promoção da equidade, garantia de acesso e cuidado integral, desenvolvimento de atividades no território com vistas à promoção e ao exercício da cidadania, através de ações exequíveis de educação continuada com participação e controle social nos diversos âmbitos que compõem o cenário da PcD (Brasil, 2012).

A PcD tem dificuldade de acesso, falta de acompanhamento e monitoramento para o seu pleno exercício de cidadania, além do aumento das filas de espera e falta de continuidade no cuidado nos serviços de saúde. A procura por atendimento terapêutico vem aumentando ao longo dos anos, porém existem limitações nas informações apresentadas nos dados do último censo do IBGE (2023) e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Estes censos apresentam apenas o quantitativo de PcD que residem no estado de Sergipe, sem detalhamento dos dados referentes ao número de PcD em cada município, o que prejudica planos de ações e políticas públicas voltados para esta população no estado e municípios específicos.

Além disso, ao pesquisar os estudos que exploram a implementação e execução das políticas públicas em saúde para PcD como regida na legislação para garantir os direitos dessa população, bem como o impacto dos atendimentos realizados nos serviços de reabilitação das PcD no Brasil, o número de estudos encontrados é baixo. Ao realizar a pesquisa na PubMed

utilizando os *Meshs* termos “*Health Policy AND Brazil AND Persons with Disabilities*” foram identificados 12 estudos, dos quais apenas três são especificamente direcionados para a PcD (Bernardes, *et. al*, 2009; Tomaz *et.al*, 2016; Lyra *et.al*, 2022). Já na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), de um total de 148 estudos encontrados, apenas 19 abordam diretamente o tema relacionado à PcD (Jardim; Lemos; Souza, 2023; Aguiar, *et.al*, 2021; Pereira *et.al*, 2021; Peixoto *et.al*, 2018; Sabariego, 2017; Neves-Silva; Prais; Silveira, 2015; Pashe, 2014; Mefano, 2014; de Araújo e Silva *et.al*, 2012; Girondi; Santos, 2011; Costa *et.al*, 2011; França *et.al*, 2009; Fraga; Souza, 2009; Bernardes *et.al*, 2009; Santos, 2008; França; Pagliuca; Baptista, 2008; Souza; Carneiro, 2007; Machado; Santos, 2007; Almeida; Campos, 2002).

Como problema de pesquisa, a falta de conhecimento dos tipos de deficiências existentes no município de Lagarto e o do quantitativo de pessoas que possuem algum tipo de deficiência compromete a garantia da saúde, pela ineficiência em conhecer e avaliar a efetividade das políticas públicas de saúde voltadas às PcD. Sendo assim, este estudo traz como questão norteadora: Como as políticas públicas de saúde para PcD estão sendo implementadas para auxiliar na qualidade de vida dessa população e quais são os desafios e avanços percebidos nos serviços ofertados pelo CER III no município de Lagarto?

Esta dissertação é direcionada para gestores de saúde pública, formuladores de políticas, pesquisadores e profissionais da área de reabilitação, principalmente envolvidos na implementação e monitoramento de serviços especializados no SUS. Além de sua relevância para organizações e movimentos sociais que atuam na defesa dos direitos da PcD, proporcionando informações que podem embasar estratégias exequíveis na abrangência e no aprimoramento das políticas públicas e na QV da PcD. Considerando a importância que as políticas públicas em saúde têm na vida da PcD, este estudo tem como objetivos:

Geral: Analisar as políticas públicas de saúde para PcD, identificando avanços, desafios e perspectivas de melhoria e o Centro Especializado em Reabilitação no município de Lagarto-SE.

Específicos: (1) Descrever o marco legal e a regulamentação referentes a PcD no âmbito do SUS; (2) Apresentar as políticas públicas e serviços de saúde existentes, com foco nos programas de atenção à saúde para PcD; (3) Identificar o perfil de pessoas atendidas no Centro Especializado em Reabilitação no município de Lagarto, Sergipe; (4) Propor recomendações para aprimoramento das políticas públicas de saúde destinadas às PcD no município.

Para fins de organização, esta dissertação está estruturada em três capítulos. No **Capítulo 1**, abordam-se as Pessoas com Deficiência no contexto nacional e internacional, apresentando

aspectos históricos, sociais e epidemiológicos. O **Capítulo 2** dedica-se à análise das legislações vigentes no Brasil e das políticas públicas em saúde voltadas à PcD. Em seguida, o **Capítulo 3** Apresenta uma análise dos tipos de deficiências que são atendidas no CER III localizado no município de Lagarto, detalhando os serviços prestados e o perfil das PcD atendidas.

Capítulo 1

Pessoas com Deficiência em Perspectiva: do Contexto Mundial ao Cenário Local (Brasil Sergipe e Lagarto)

Resumo

O capítulo aborda a temática da deficiência em diferentes escalas, do panorama global até o nível local em Lagarto (SE). Este estudo tem como objetivo geral analisar como são realizados a disponibilidade e a qualidade dos dados sobre pessoas com deficiência (PcD) no Brasil e no mundo, como objetivos específicos: apresentar censos e cadastros internacionais, nacionais e locais, utilizados para identificar PcD. Trata-se de um estudo de abordagem exploratória documental. O percurso metodológico incluiu a análise crítica dos modelos de deficiência — biomédico e social — para compreender suas implicações na formulação de políticas. Inicialmente, destaca-se a importância de dados confiáveis para embasar políticas públicas para padronizar a coleta de informações sobre Pessoas com Deficiência (PcD). Em seguida, contrapõe-se o modelo biomédico da deficiência, que enfatiza intervenções clínicas, ao modelo social, o qual atribui às barreiras sociais e culturais a exclusão das PcD. No contexto brasileiro, menciona-se a Convenção sobre os Direitos da PcD e iniciativas como a Rede GDB Brasil, que visam levantar estatísticas de saúde para auxiliar na formulação de políticas específicas. Em Lagarto, dados do Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (SISPEC) (2022) evidenciam inconsistências no registro de endereços e duplicidade de cadastros, o que dificulta a análise exata do número de PcD no município. A zona rural apresenta maior quantitativo de PcD, mas sofre com lacunas de mapeamento e falta de treinamento de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Esse cenário reforça a necessidade de aprimoramento das metodologias de coleta de dados, bem como da adoção de políticas inclusivas e de promoção de direitos para as PcD.

Palavras-chave: deficiência; políticas públicas; modelo social; dados estatísticos; inclusão social.

Abstract

This chapter addresses the issue of disability on different scales, from the global panorama to the local level in Lagarto (SE). This study's main objective is to analyze how the availability and quality of data on persons with disabilities (PWD) are collected and assessed in Brazil and worldwide. Specific objectives include presenting international, national, and local censuses and registries used to identify PwD. The study uses an exploratory documentary approach. The methodological approach includes a critical analysis of biomedical and social models of disability to understand their implications for policy formulation. Initially, the importance of reliable data to support public policies to standardize information collection on PWD is highlighted. Then, the biomedical model of disability, which emphasizes clinical interventions, is contrasted with the social model, which attributes the exclusion of PWD to social and cultural barriers. In the Brazilian context, the Convention on the Rights of PWD and initiatives such as the GDB Brazil Network, which aims to collect health statistics to assist in formulating specific policies, are mentioned. In Lagarto, data from SISPEC (2022) show inconsistencies in address registration and duplicate registrations, making it challenging to analyze the number of PWD in the municipality accurately. The rural area has a more significant number of PWD but suffers from mapping gaps and a lack of training for Community Health Agents (CHAs). This scenario reinforces the need to improve data

collection methodologies, as well as the adoption of inclusive policies and the promotion of rights for PWD.

Keywords: *disability; public policies; social model; statistical data; social inclusion.*

Em algum momento da vida o ser humano poderá vivenciar algum tipo de deficiência temporária ou permanente. No entanto, existe uma precarização na percepção e na compreensão em relação a essas pessoas, que pode ser explicada pela falta de conhecimento sobre deficiência. Isso acarreta uma sociedade com barreiras e limitações para a PcD em diversas áreas do seu dia a dia e influencia a sua QV, como por exemplo ter acesso: à assistência médica e terapêutica, principalmente para o seu tipo de deficiência; à educação; às áreas de lazer; a oportunidades de emprego, e; as atividades cotidianas (OMS, 2011).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2024), cerca de 16% população mundial tem algum tipo de deficiência, havendo um aumento de 1% comparado ao documento divulgado em 2011 pela mesma organização (OMS, 2011). A variabilidade destas deficiências, únicas ou múltiplas, requer abordagens de intervenções de maneira sistematizada levando em conta dimensões amplas de atenção à saúde. O estudo de Olusanya *et al.* (2023) apresenta uma prevalência referente as deficiências e transtorno do neurodesenvolvimento em crianças e adolescentes. E no Brasil, de acordo com o censo de 2023, 8,9% da população possui alguma deficiência (IBGE, 2023). Ao observar esses dados surge o questionamento de como eles foram coletados e quais instrumentos foram utilizados, principalmente, para avaliar essa população específica. Como esses dados irão auxiliar na melhora da qualidade de vida dessa população? Assim, este capítulo tem como objetivo principal analisar como são realizados a disponibilidade e a qualidade dos dados sobre a prevalência de PcD no Brasil e no mundo. E como objetivos específicos: apresentar censos e cadastros internacionais, nacionais e locais utilizados para identificar PcD.

Percurso Metodológico

O estudo adotou uma abordagem documental e exploratória, analisando dados globais, nacionais e locais sobre PcD. O percurso metodológico incluiu a análise crítica dos modelos de deficiência — biomédico e social — para compreender suas implicações na formulação de políticas. Foram consideradas diretrizes internacionais, como a Convenção sobre os Direitos das PcD, e iniciativas nacionais, como a Rede GDB Brasil, que busca aprimorar estatísticas de saúde. Em nível local, foram examinados registros do Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (SISPEC) no município de Lagarto (SE). Os critérios de inclusão foram instrumentos

reconhecidos, aprovados e reconhecidos pela OMS e os dados disponíveis nas plataformas oficiais do Brasil e do município de Lagarto. Foram excluídos documentos disponíveis em site não-oficiais. O processo incluiu quatro etapas: (1) pré-análise, (2) exploração do material, (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação e (4) síntese.

Coleta de Dados

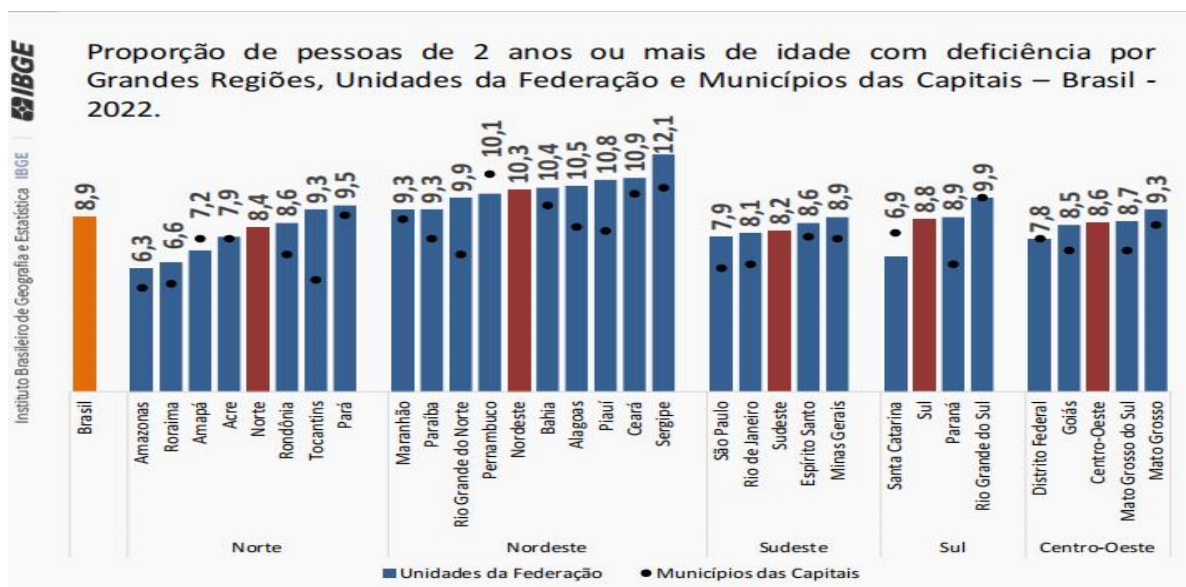
Inicialmente, destacou-se a importância de informações confiáveis para embasar políticas públicas, examinando instrumentos de coleta utilizados em censos e cadastros. Os dados foram coletados usando o centro de dados da OMS e do IBGE, como o banco de dados primário, seguida do Grupo de Washington (WG, sigla em inglês). Em Lagarto, as informações foram coletadas do SISPEC. A pesquisa teve como alvo os dados de PcD e os instrumentos utilizados para realizar a coleta das informações.

Resultados e Discussão

A pesquisa foi realizada entre os anos de 2023 e 2024. Foram explorados os instrumentos utilizados nos censos e cadastros nacionais e internacionais para a coleta de dados sobre PcD, avaliando sua eficácia e limitações.

O último Censo Demográfico do Brasil realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2022 foi divulgado em julho de 2023 (IBGE, 2023). O Brasil possui aproximadamente 18,6 milhões de PcD na faixa etária de 2 anos ou mais, por volta de 8,9% dos brasileiros. A região Nordeste obteve a maior porcentagem de PcD (10,3%), principalmente nos estados de Sergipe (12,1%) e Ceará (10,9%), enquanto a região Sudeste obteve a menor porcentagem (8,2%). O estado com menor porcentagem foi o Amazonas com 6,3% da população com deficiência, como demonstrado na Figura 1.

Figura 1 - Proporção de 2 anos ou mais de idade com deficiência, segundo as Unidades de Federação - 2022.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílio, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2022. Acesso: 22 de agosto de 2023.

Nos dados divulgados pela PNAD, as porcentagens das deficiências foram separadas em oito tipos de atividades de acordo com a dificuldade funcional que a pessoa com 2 anos ou mais tem em realizá-las, como demonstrado na Figura 2. Segundo a PNAD (2022), dos 8,9% da população com deficiência 10% são mulheres, 7,7% homens, 47,2% das pessoas idosas referiram algum tipo de deficiência e das pessoas que se referiram como de raça cor preta 9,5%, parda 8,9% e 8,7% da população branca apontaram algum tipo de deficiência.

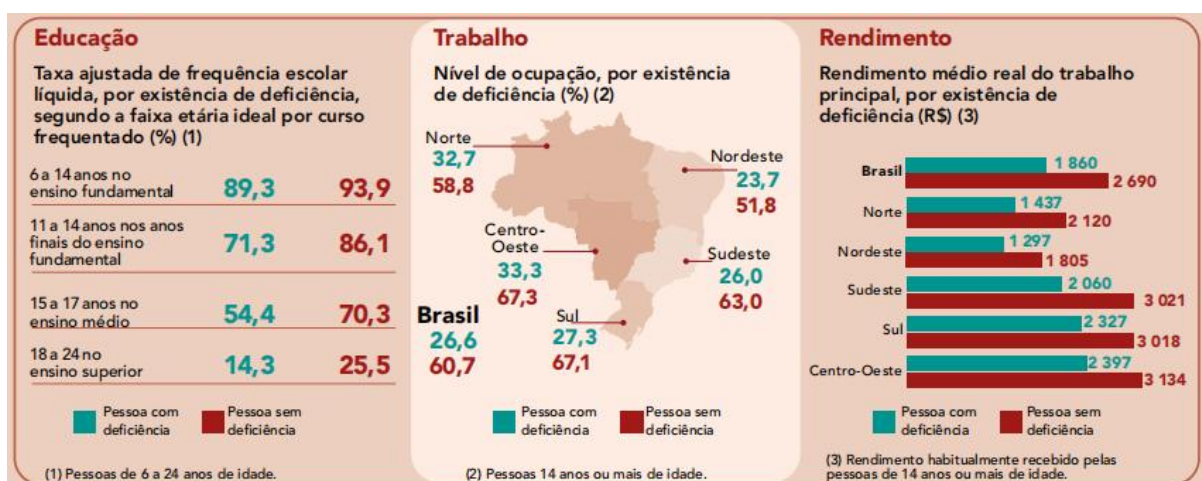
O questionário utilizado na PNAD Contínua, baseado no instrumento do Grupo de Washington (*Washington Group* - WG), apresentou somente oito tipos de dificuldades funcionais a serem observadas durante a pesquisa, como mostrado na Figura 2. Além disso, a PNAD apontou as desigualdades nas taxas de escolarização, ocupação e rendimentos em relação às PcDs permanecem menores que a maioria da população sem deficiência (Figura 3).

Figura 2 - Porcentagem de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência, segundo os tipos de dificuldades funcionais.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílio, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2022.

Figura 3 - Porcentagem de pessoas de 2 anos ou mais de idade com deficiência, referente a educação, trabalho e rendimento.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílio, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua 2022.

Em 2001, durante um seminário internacional em Nova Iorque, constatou-se a escassez de dados confiáveis sobre PcD em países de baixa e média renda, além da falta de padronização de conceitos e metodologias (Washington Group on Disability Statistics, 2020). Para enfrentar esses desafios, formou-se o WG, voltado à criação de medidas e indicadores de deficiência padronizados, de modo a possibilitar comparações internacionais em censos e pesquisas nacionais. Desde então, esse grupo, composto por representantes de órgãos estatísticos, agências da ONU e organizações não governamentais, reúne-se anualmente para desenvolver e validar instrumentos que possam capturar informações de funcionalidade em diferentes faixas etárias. Entre esses instrumentos destacam-se: (1) o Conjunto Ampliado de Perguntas sobre Funcionalidade (WG-ES), com 37 questões para adultos; (2) o Conjunto Resumido de Perguntas sobre Funcionalidade-Estendido (WG-SS *Enhanced*), versão intermediária que combina itens do conjunto resumido e do WG-ES; e (3) o Módulo sobre a

Funcionalidade da Criança (CFM), criado em parceria com a *United Nations Children's Fund* (UNICEF), em duas versões voltadas a crianças de 2 a 4 anos e de 5 a 17 anos, garantindo, assim, a coleta de dados abrangentes e comparáveis sobre a PcD em nível global (Washington Group on Disability Statistics, 2020).

A Convenção sobre os direitos da PcD realizada pela ONU em 2006, foi um marco importante na luta dos direitos da PcD tornando-se a base para a criação e reformulação de políticas públicas em todo o mundo, com enfoque na melhoria do bem-estar da população mundial até 2030 (ONU, 2006; Brasil, 2009; 2015). A variabilidade destas deficiências, únicas ou múltiplas, necessita de abordagens de intervenções de maneira sistematizada levando em conta dimensões amplas de atenção à saúde.

O WG-SS avalia se a pessoa entrevistada tem alguma deficiência com base nas dificuldades que ela apresenta ao realizar 6 atividades/funções básicas, como: visão, audição, locomoção a pé, autocuidado, cognição e comunicação. Um ponto a se ressaltar nesse questionário é que primeiramente eles não solicitam que a pessoa se identifique com ou sem deficiência e sim utilizem essas perguntas para identificar se a pessoa se encaixa na categoria de “com deficiência” ou “sem deficiência”, pois caso haja ao menos uma resposta afirmativa para “muita dificuldade” ou “não consigo de jeito nenhum” em qualquer pergunta referente a funcionalidade pode se considerar uma PcD (Washington Group on Disability Statistics, 2020).

Olusanya *et al.* (2023) realizaram uma revisão sistemática abrangente com o objetivo de observar a estimativa da prevalência das deficiências de desenvolvimento (iniciadas na infância antes dos 22 anos) para comparar com estimativas de fontes de dados populacionais em saúde em todo o mundo. Os dados do estudo foram coletados pelo único banco de dados de saúde global, o Banco Mundial ou o Estudo da Carga Global da Doença (*Global Burden Disease - GBD*), realizado pelo Instituto de Métricas e Avaliação de Saúde, que fornece estimativas de prevalência global, regional e nacional de doenças específicas entre crianças e adolescentes que cobre 204 países e territórios, incluindo os 193 Estados membros da ONU, sendo o Brasil um deles. As deficiências e os transtorno do neurodesenvolvimento selecionadas a participar do estudo foram: Transtorno do Espectro Autista (TEA) (1%), Deficiência Intelectual do Desenvolvimento (DID) (3,1%), Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) (1,9%), Deficiência auditiva (DA) (13,1%), Deficiência visual (12,7%), Epilepsia (0,7%), Dislexia do desenvolvimento (7,1%) e Paralisia Cerebral (PC) (0,9%) (Olusanya *et al.*, 2023).

É importante salientar que as estimativas de prevalência de deficiência dos dados disponibilizados pela GBD e das revisões sistemáticas e meta-análise utilizadas no estudo de Olusanya *et al.* (2023) consistem em poucas informações e poucos estudos em países de baixa e média renda, além de que as estimativas para regiões geográficas do mundo não estavam disponíveis para a maioria das deficiências, o que dificulta a disseminação de informações que possam auxiliar em tomadas de ações e intervenções para se elaborar políticas em saúde global.

Vale destacar que o modelo biomédico da deficiência, predominante quando se utilizam as métricas da Classificação Internacional de Doenças (CID), concebe a deficiência essencialmente como efeito de condições clínicas ou corporais, tratando-a como uma consequência natural que demanda intervenções médicas para melhorar o funcionamento da pessoa. Nesse entendimento, as desvantagens sociais enfrentadas pela PcD se explicariam pela própria deficiência, vista como incapacidade inerente ao corpo (França, 2013; Foresti; Bousfields, 2022). No entanto, tal perspectiva não garante os direitos humanos fundamentais, pois restringe a deficiência às causas biológicas, pressupondo que apenas intervenções clínicas seriam capazes de produzir um “funcionamento adequado” (França, 2013).

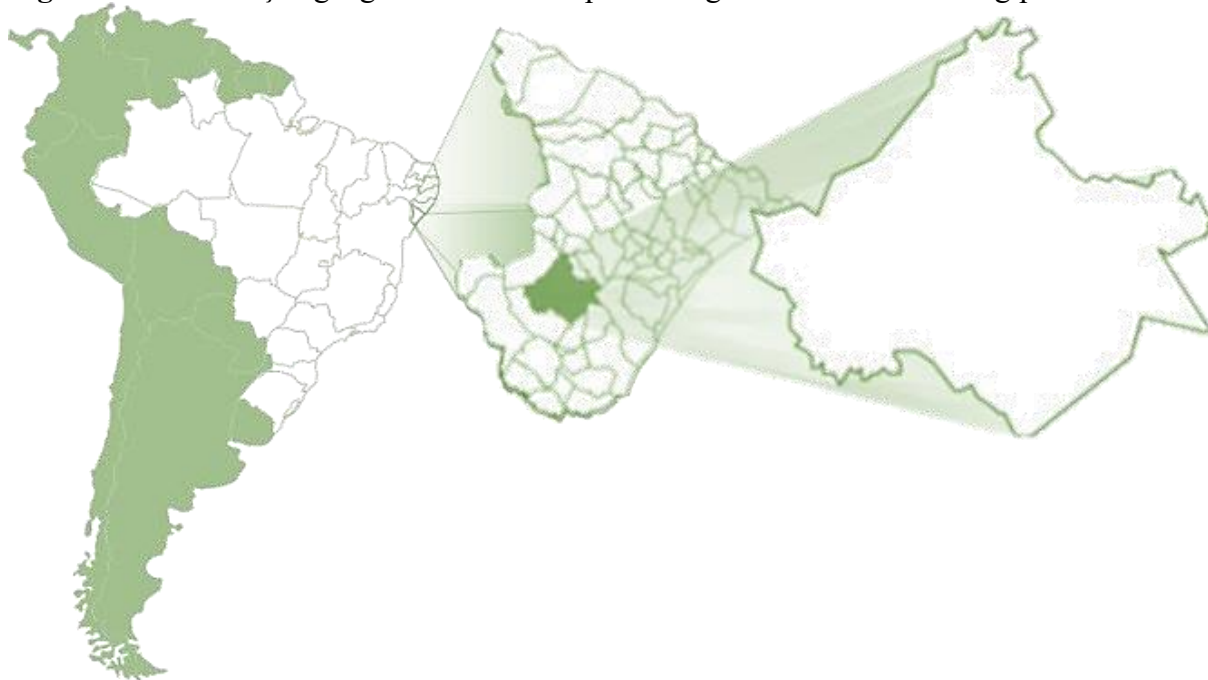
Em contraposição, o modelo social da deficiência, delineado pela *Union of Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS), questiona essa concepção tradicional, argumentando que a deficiência não deve ser encarada como desvantagem natural, mas como resultado de uma organização social excludente (Foresti; Bousfields, 2022). Ao remover a deficiência do domínio exclusivo do discurso biomédico, esse modelo adota uma visão mais ampla da pessoa, mostrando que a opressão vivenciada pelas PcD decorre, sobretudo, de barreiras sociais e culturais que rotulam determinados corpos como “deficientes”. Dessa forma, desloca-se o foco para os aspectos sociais e políticos, enfatizando que a principal transformação precisa ocorrer na própria sociedade, garantindo inclusão e participação plena das PcD nos diversos setores (França, 2013; Foresti; Bousfields, 2022).

Foi criada no Brasil em 2014 a rede GBD Brasil em colaboração com o Ministério da Saúde (MS) e Institutos de Pesquisa e Departamentos de Saúde liderada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com o Instituto de Saúde Métricas e Avaliação (IHME) através da Universidade de Washington que lidera o projeto globalmente. Cerca de 300 colaboradores brasileiros entre acadêmicos e pesquisadores, gestores de saúde e técnicos do MS fazem parte dessa rede que tem o objetivo de fornecer apoio metodológico e avaliar as estimativas do estudo da rede GBD a nível nacional e subnacional para, assim, avaliar, refinar, produzir evidências utilizando as estimativas da GBD e estimular e incentivar o uso de dados

para auxiliar na elaboração de novas políticas públicas em saúde, principalmente para PcD e ajudar a conhecer as lacunas existentes nessas políticas (Malta *et.al*, 2020) .

No contexto local, o município de Lagarto situa-se na região Centro-Sul de Sergipe, a cerca de 75 km da capital Aracaju, caracterizando-se como um dos maiores e mais populosos do estado. Sua localização estratégica faz fronteira com cidades como Salgado, Riachão do Dantas, Simão Dias e São Domingos, compondo importante zona de integração econômica e social. A organização político-administrativa de Lagarto segue o padrão brasileiro, com a divisão em zona urbana e zona rural, contando com bairros, conjuntos residenciais e diversas comunidades/povoados. O poder executivo municipal é exercido pela prefeitura, enquanto o legislativo fica a cargo de uma câmara de vereadores eleita pela população. O município destaca-se por atividades econômicas diversificadas, incluindo agricultura, pecuária, comércio e serviços, além de contar com infraestrutura educacional e de saúde em processo de expansão. Essas características geográficas e políticas fazem de Lagarto um polo regional significativo para o desenvolvimento socioeconômico de Sergipe (Figuras 4 e 5).

Figura 4 - Localização geográfica do município de Lagarto no Estado de Sergipe e no Brasil.

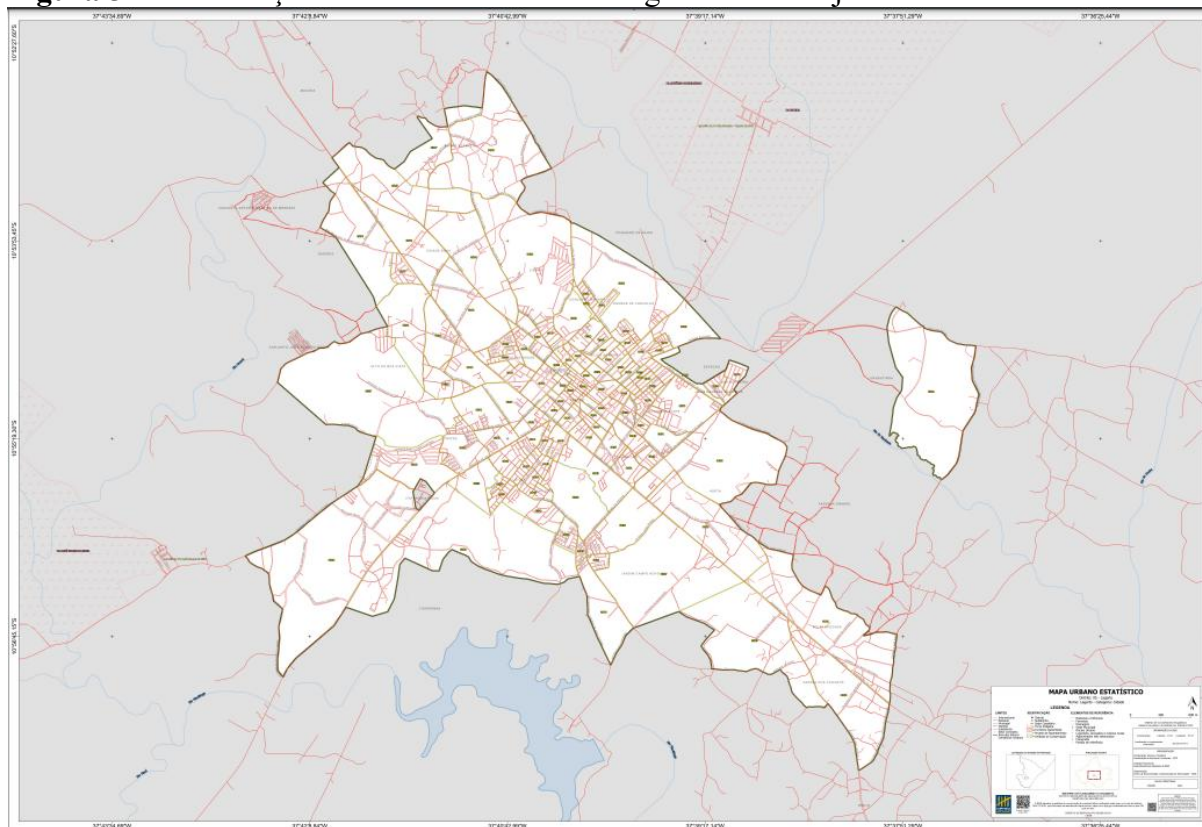


Fonte: Adaptado por Oliveira (2022) com base em material do Observatório de Sergipe (2019) e Caetano *et al.*(2015).

Ao analisar os dados fornecidos pelo SISPEC, verifica-se um número maior de PcD na zona rural em comparação à zona urbana. No entanto, persistem inconsistências no registro de endereços, como a dificuldade de diferenciar zona rural de povoado e a confusão entre povoado e bairro. Um exemplo é a Colônia Treze — o maior povoado do município, com 425 PcD cadastradas — que, em alguns cadastros, aparece como bairro, dificultando a coleta correta dos dados (Prata, 2022). Embora sejam dados de 2022, eles fornecem uma prévia do

processo de cadastro das PcD em Lagarto, e eventuais imprecisões podem comprometer a alocação de recursos humanos e materiais necessários para garantir a reabilitação, a reinserção na comunidade e a melhoria da QV dessas pessoas e de seus familiares e/ou cuidadores.

Figura 5 - Visualização via satélite da sede de Lagarto e suas adjacências.



Fonte: IGBE (2022)

A Zona Rural de Lagarto conta com 67 comunidades/povoados, conforme documento emitido pela Empresa de Desenvolvimento Agropecuário de Sergipe (EMDAGRO) em 2022 (Secretaria de Estado da Agricultura, Desenvolvimento Agrário e da Pesca, 2022), enquanto a Zona Urbana se organiza em bairros e conjuntos residenciais (Lagarto, 2021). No entanto, no site oficial da prefeitura, apenas os principais bairros e conjuntos da sede do município são listados, dificultando a comparação dos dados do SISPEC com o preenchimento dos cadastros. Um exemplo de inconsistência, identificado por Prata (2022), foi o registro equivocado de bairros como “Libório” e “Libério”, o que provocou a contabilização incorreta do número de PcD em locais distintos.

Em Lagarto, as informações mais recentes sobre a população com deficiência são de 2022, fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde, por meio do Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (SISPEC). Inicialmente, havia 6.843 PcD cadastradas, porém verificaram-se diversas inconsistências, como preenchimento impreciso do tipo de deficiência, duplicidade de cadastros e falhas na identificação de endereços (ruas, bairros e povoados com

nomes divergentes) (Prata, 2022). Após o tratamento e a correção dessas informações, o número final de PcD cadastradas no município foi revisado para 2.925 (Tabela 1).

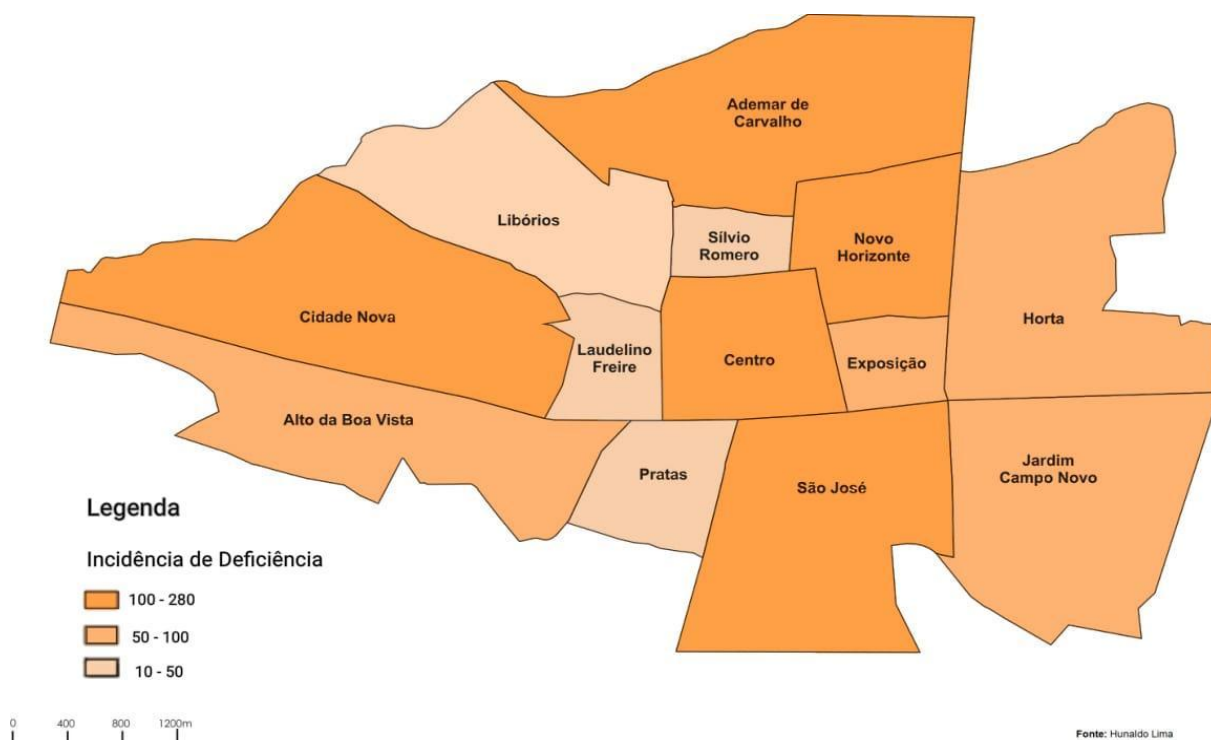
Tabela 1 - Quantitativo de pessoas de acordo com o tipo de deficiência do município de Lagarto, segundo o Sistema de Prontuário Eletrônico do cidadão (SISPEC), (Prata, 2022).

Tipos de deficiência	Quantitativo
Deficiência física	1.066
Deficiência auditiva	463
Deficiência intelectual	859
Deficiência visual	545
Total	2.925

No SISPEC, as informações sobre as PcD são obtidas por meio do cadastro realizado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) de acordo com a microárea de residência (zona urbana ou rural) no qual é responsável. O preenchimento do cadastro da família realizado pelo ACS é um dos documentos essenciais para o matriciamento e para a linha de cuidado das pessoas adscritas. O ACS é o profissional de saúde responsável em realizar a ligação da família e aos profissionais de saúde e serviços ofertados responsável. Diante de duplicidades, registros imprecisos e erros de preenchimento, torna-se evidente a necessidade de treinamento dos ACS para o preenchimento das PcD e registrar seus dados com maior precisão. Além disso, a identificação é feita por condição ou agravo à saúde e não de acordo com o modelo social da deficiência, o que torna a necessidade de um treinamento referente à PcD essencial para a garantia do acesso e do cuidado à saúde. Souza *et al.* (2023) reforçam esse ponto ao constatar o pouco conhecimento dos ACS acerca do tema, impactando diretamente as fichas cadastrais. Desse modo, a continuidade da educação permanente e a atualização de cadastros são imprescindíveis para viabilizar a captação de recursos humanos e materiais, bem como a oferta de serviços de saúde de qualidade a essa população em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Figura 6 apresenta a distribuição de PcD na sede do município e nos principais bairros de Lagarto, mas não abrange a área rural (Prata, 2022). Embora mostre apenas a zona urbana, essa informação pode subsidiar autoridades locais na elaboração de projetos específicos para PcD, captação de recursos e implantação de novos pontos de reabilitação, visando contemplar toda a extensão do município.

Figura 6 - Mapa de distribuição de PcD por bairros no município de Lagarto-SE.



Fonte: Prata, 2022

Este capítulo oferece um panorama abrangente sobre a deficiência, desde o cenário global até o contexto local de Lagarto (SE). Inicialmente, ressalta a necessidade de dados confiáveis e padronizados para subsidiar políticas públicas, enfatizando o trabalho do WG, que desenvolve instrumentos capazes de captar diferentes dimensões da funcionalidade. Esse esforço revela uma lacuna histórica na produção de estatísticas de qualidade, sobretudo em países de baixa e média renda, refletida na escassez de informações sobre vários tipos de deficiência e nas dificuldades de comparação entre regiões.

A visão do modelo biomédico ainda predomina no entendimento da deficiência, centrando o cuidado à saúde da PcD em tratamentos e intervenções clínicas/cirúrgicas para “corrigir” o corpo da PcD. Em contraposição, o modelo social, adota uma perspectiva abrangente, considerando a pessoa em sua totalidade e destacando as barreiras sociais e estruturais como causadoras da exclusão das PcD, impactando diretamente sua saúde. Essa discussão reforça a importância de enxergar a deficiência como resultado de construções sociais excludentes, demandando mudanças de atitude e políticas inclusivas.

No que se refere ao caso de Lagarto, fica clara a relevância de sistemas de informação bem estruturados: as inconsistências nos cadastros do SISPEC (como duplicidade de registros e endereços incorretos) dificultam o planejamento de ações e a alocação de recursos para atender as necessidades reais da população. Além disso, a limitação de dados sobre a zona

rural, a escassa qualificação dos ACS para identificar PcD e a falta de um mapeamento completo do município comprometem a efetividade das intervenções.

Assim, o capítulo evidencia que, embora haja avanços metodológicos e discussões importantes sobre a deficiência em âmbito global, a aplicação prática de tais diretrizes no nível local ainda encontra desafios, demandando maior integração entre modelos teóricos, instrumentos de coleta de dados e políticas de saúde pública que promovam uma inclusão efetiva das PcD.

Conclusão e Considerações Finais

Este estudo evidenciou a importância da coleta e análise de dados sobre pessoas com deficiência (PcD) para subsidiar políticas públicas eficazes. A análise dos registros do IBGE e da PNAD de 2022 demonstrou a disparidade na distribuição da PcD no Brasil, com destaque para a alta prevalência na região Nordeste, especialmente em Sergipe.

A pesquisa documental revelou desafios significativos, como inconsistências nos cadastros municipais e a necessidade de qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para aprimorar a identificação da PcD. A ausência de dados precisos compromete o planejamento de serviços e recursos destinados a essa população.

Diante disso, reforça-se a necessidade de padronização metodológica na coleta de informações, alinhada ao modelo social da deficiência. A capacitação de profissionais e a adoção de estratégias inclusivas são fundamentais para garantir políticas públicas efetivas, promovendo o acesso equitativo à saúde e à reabilitação.

Capítulo 2

Da Monarquia aos Dias Atuais: A Formação das Políticas de Saúde para Pessoas com Deficiência no Brasil

Resumo

O Brasil possui uma trajetória significativa no desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e inclusão das Pessoas com Deficiência (PcD). Este estudo realizou uma análise documental com o objetivo de traçar a evolução histórica dessas políticas desde antes da Constituição Federal (CF) de 1988 até o ano de 2023, destacando os marcos legais e normativos que fundamentaram as ações no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da análise, observou-se que, antes da CF, a legislação era fragmentada e de caráter predominantemente assistencialista. Contudo, a promulgação da Carta Magna marcou uma mudança paradigmática, consolidando o modelo biopsicossocial e reconhecendo as PcD como sujeitos de direitos. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro pelo Decreto Legislativo nº 6949/2009, foi outro marco importante. Entre os principais avanços destacam-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2002), a Lei Brasileira de Inclusão (2015) e a Lei nº 11.785/2023, que institui o Programa Federal de Ações Afirmativas. No entanto, desafios persistem, especialmente na implementação prática e na redução das desigualdades regionais. Apesar dos progressos legislativos, é imprescindível um esforço contínuo para transformar os direitos assegurados em práticas efetivas e acessíveis. Alinhar os atos normativos aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas, com foco nos ODS 3 (saúde e bem-estar), 4 (educação de qualidade), 10 (redução das desigualdades) e 16 (paz, justiça e instituições eficazes) pode subsidiar as políticas públicas. O estudo reforça a importância de políticas inclusivas e alinhadas às metas globais para garantir uma sociedade mais justa e equitativa.

Palavras-chave: Pessoa com Deficiência; Políticas Públicas; Saúde; Inclusão; Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; Brasil.

Abstract

Brazil has a significant history of developing public policies promoting health and including Persons with Disabilities (PwD). This study conducted a documentary analysis intending to trace the historical evolution of these policies from before the Brazilian Federal Constitution (FC) of 1988 until 2024, highlighting the legal and normative frameworks that supported actions within the scope of the Brazilian Unified Health System (*Sistema Único de Saúde - SUS*). Based on the analysis, it was observed that, before the FC, the legislation was fragmented and predominantly welfare-based. However, the enactment of the *Magna Carta Libertatum* marked a paradigmatic change, consolidating the biopsychosocial model and recognizing PwD as human rights subjects. The Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), incorporated into the Brazilian legal system by Legislative Decree No. 186/2008, was a critical groundwork. The main advances include the National Health Policy for Persons with Disabilities (2002), the Brazilian Inclusion Law (2015), and Law No. 11,785/2023, which instituted the Federal Affirmative Action Program. However, challenges persist, especially in practical implementation and in reducing regional inequalities. Despite legislative and policy progress, continued efforts are essential to transform guaranteed human rights into effective and accessible practices. Aligning regulatory acts with the United Nations Sustainable Development Goals (SDGs), with a focus on SDGs 3 (good health and well-

being), 4 (quality education), 10 (reduced inequalities), and 16 (peace, justice, and strong institutions) can support public policies. The study reinforces the importance of inclusive policies aligned with global goals to ensure a more just and equitable society.

Keywords: Persons with Disabilities; Public Policies; Health; Inclusion; Sustainable Development Goals; Brazil.

Quando se fala na história das políticas públicas de saúde no Brasil, há divergências sobre o marco inicial: alguns o situam na transição para a República, outros em 1900, com a criação do Instituto Soroterápico Federal (atual Instituto Oswaldo Cruz), ou ainda em 1904, com a Lei Federal nº 1.261, que tornou obrigatória a vacinação contra a varíola em todo o país. No entanto, ao direcionar o olhar para as políticas públicas de saúde voltadas especificamente às PcD, é possível identificar que seus avanços mais significativos ocorrem a partir do período pós-ditadura militar, em 1985, embora haja leis anteriores à Proclamação da República (1889).

Antes mesmo de 1889, durante o Segundo Reinado (1840-1889), houve iniciativas importantes para PcD: em 1854, por meio do Decreto nº 1.428, foi criado o Imperial Instituto dos Meninos Cegos (hoje Instituto Benjamin Constant); e, em 1857, a Lei nº 939 instituiu o Instituto dos Surdos-Mudos — hoje conhecido como Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES). Outros marcos históricos também merecem destaque, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), que impulsionou a construção de direitos fundamentais em âmbito global, e a criação do Ministério da Saúde (1953), favorecendo políticas mais abrangentes e, posteriormente, incluindo as PcD. Em 1954, a fundação da Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) reforçou o movimento de luta pela reabilitação e inclusão dessa população.

Com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, a sociedade brasileira consolida um Estado Democrático de Direito, instituindo princípios como liberdade, justiça social e igualdade de todos perante a lei. Nesse cenário, alguns artigos da CF determinam a criação de um SUS, que deve ser fundamentado na universalidade, integralidade, equidade e participação social, assegurado posteriormente pelas leis orgânicas 8.080 e 8.142 em 1990. Esses princípios são essenciais para garantir que as PcD tenham acesso a cuidados de saúde sem discriminação, de forma contínua e integrada. Posteriormente, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e portarias correlatas, como as Ordinações nº 793/2012 e nº 1.526/2023, reforçaram e detalharam as ações voltadas à prevenção, promoção, assistência e reabilitação, ampliando os serviços especializados e fortalecendo a rede de cuidados.

A promulgação do Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei Brasileira de Inclusão, Lei nº 13.146/2015) representa um marco jurídico incontestável, pois consolida garantias legais de acessibilidade, proteção, autonomia e participação ativa das PcD na formulação e avaliação das políticas públicas. Ao articular esses dispositivos legais e princípios do SUS, o Brasil caminha para a efetivação de um cuidado que engloba ações integradas de saúde, educação e assistência social, promovendo uma sociedade mais inclusiva e justa para todas as pessoas.

Percurso Metodológico

Esta revisão integrativa documental da literatura resumiu e organizou as principais leis brasileiras relativas ao direito à saúde para PcD antes e depois da promulgação da CF de 1988 e os serviços voltados para a promoção dos princípios humanos fundamentais em saúde para PcD no município de Lagarto, Sergipe. Essa abordagem metodológica permitiu um exame sistemático do conteúdo textual para identificar conceitos, estratégias e lacunas nas políticas de saúde pública para PcD. Um foco significativo foi colocado no alinhamento dessas políticas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), particularmente o ODS 3 (Boa Saúde e Bem-Estar), ODS 4 (Educação de Qualidade), ODS 10 (Redução das Desigualdades) e ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes), para avaliar seu papel na promoção da inclusão, equidade e responsabilização institucional.

Coleta de Dados

A pesquisa foi realizada entre os meses de abril e junho de 2024. Os dados foram coletados usando a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), mantida pelo Ministério da Saúde (MS), como banco de dados primário. A pesquisa teve como alvo documentos legislativos, incluindo leis, decretos, portarias e resoluções, que eram ativos e diretamente associados às políticas de saúde pública para PcD. Os critérios de inclusão foram documentos legislativos publicados no Brasil que abordassem o direito à saúde para PcD, incluindo políticas alinhadas aos ODS, particularmente aquelas que promovem inclusão e redução de desigualdades. Excluímos documentos indisponíveis em texto completo no banco de dados, duplicatas ou documentos que não atendiam aos objetivos do estudo e regulamentações revogadas ou desatualizadas sem substituições subsequentes.

Estrutura analítica

A análise de documentos seguiu uma adaptação da técnica de análise de conteúdo de Bardin, incorporando os princípios dos ODS como uma lente para avaliar o alinhamento e o impacto das políticas públicas. O processo incluiu quatro etapas: (1) pré-análise, (2) exploração do material, (3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação e (4) síntese.

Pré-análise

Documentos relevantes foram identificados e organizados em um banco de dados eletrônico. Cada documento foi lido rapidamente para identificar referências explícitas e implícitas a PcD, políticas de saúde pública e alinhamento com os ODS. A categorização preliminar destacou marcos legislativos significativos e conexões com os ODS.

Exploração do material

Uma leitura categórica foi realizada para extrair dados. As categorias foram estabelecidas com base no alinhamento do conteúdo com os princípios dos ODS, com foco em inclusão, equidade, acessibilidade e responsabilização institucional. Esta etapa permitiu a classificação de estruturas legislativas e o acompanhamento cronológico da evolução das políticas públicas para PcD, enfatizando as contribuições relacionadas aos ODS.

Tratamento dos resultados, inferência e interpretação

Os resultados foram processados para construir uma linha do tempo explicativa, contextualizando a progressão histórica e avaliando os impactos das estruturas legislativas na promoção da saúde e inclusão para PcD. Foi dada atenção especial à identificação de sobreposições entre políticas nacionais e metas dos ODS e lacunas no enfrentamento das desigualdades interseccionais.

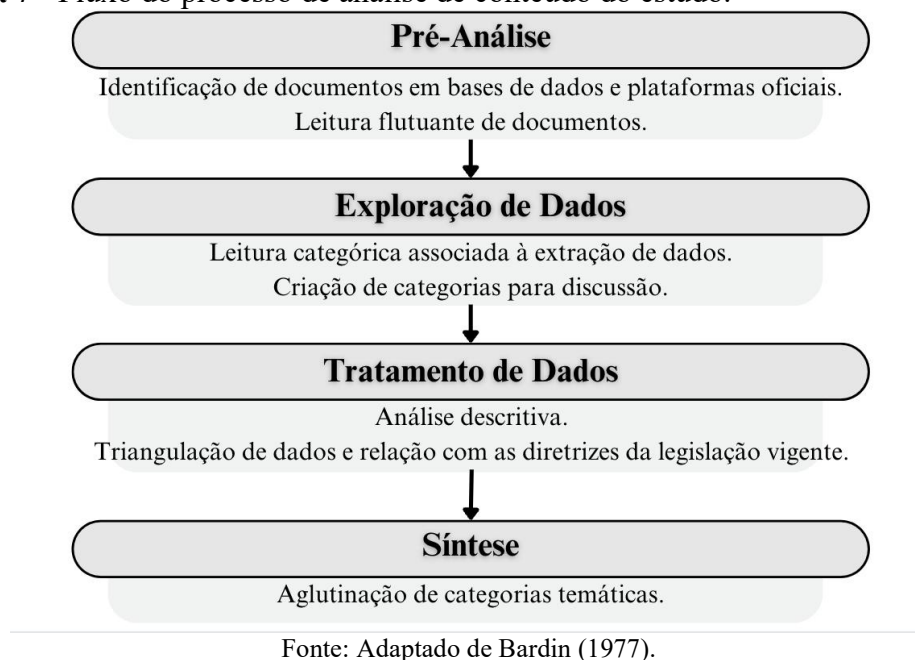
Síntese

As descobertas foram sintetizadas para abordar categorias temáticas: (a) a presença ou ausência de políticas públicas que abordem a deficiência em linha com os objetivos dos ODS; (b) a integração dos princípios dos ODS em práticas de saúde que

promovam a inclusão; (c) a relevância histórica e contextual da defesa da deficiência no avanço da equidade em saúde e da responsabilização institucional.

Essa abordagem metodológica, que integra análise crítica com princípios dos ODS, pode oferecer uma compreensão diferenciada da evolução das políticas de saúde pública para PCDs no Brasil. Destacam-se marcos legislativos, seu alinhamento com objetivos globais de desenvolvimento sustentável e os desafios restantes na promoção da inclusão abrangente e na redução das desigualdades. Os estágios descritos são sistematizados na Figura 7.

Figura 7 - Fluxo do processo de análise de conteúdo do estudo.



A análise revelou uma trajetória contínua de desenvolvimento legislativo e institucional voltada à garantia de saúde para pessoas com deficiência no Brasil. Os marcos legais, organizados cronologicamente, destacam o progresso desde o período anterior à Constituição Federal de 1988 até a atualidade (Figura 8).

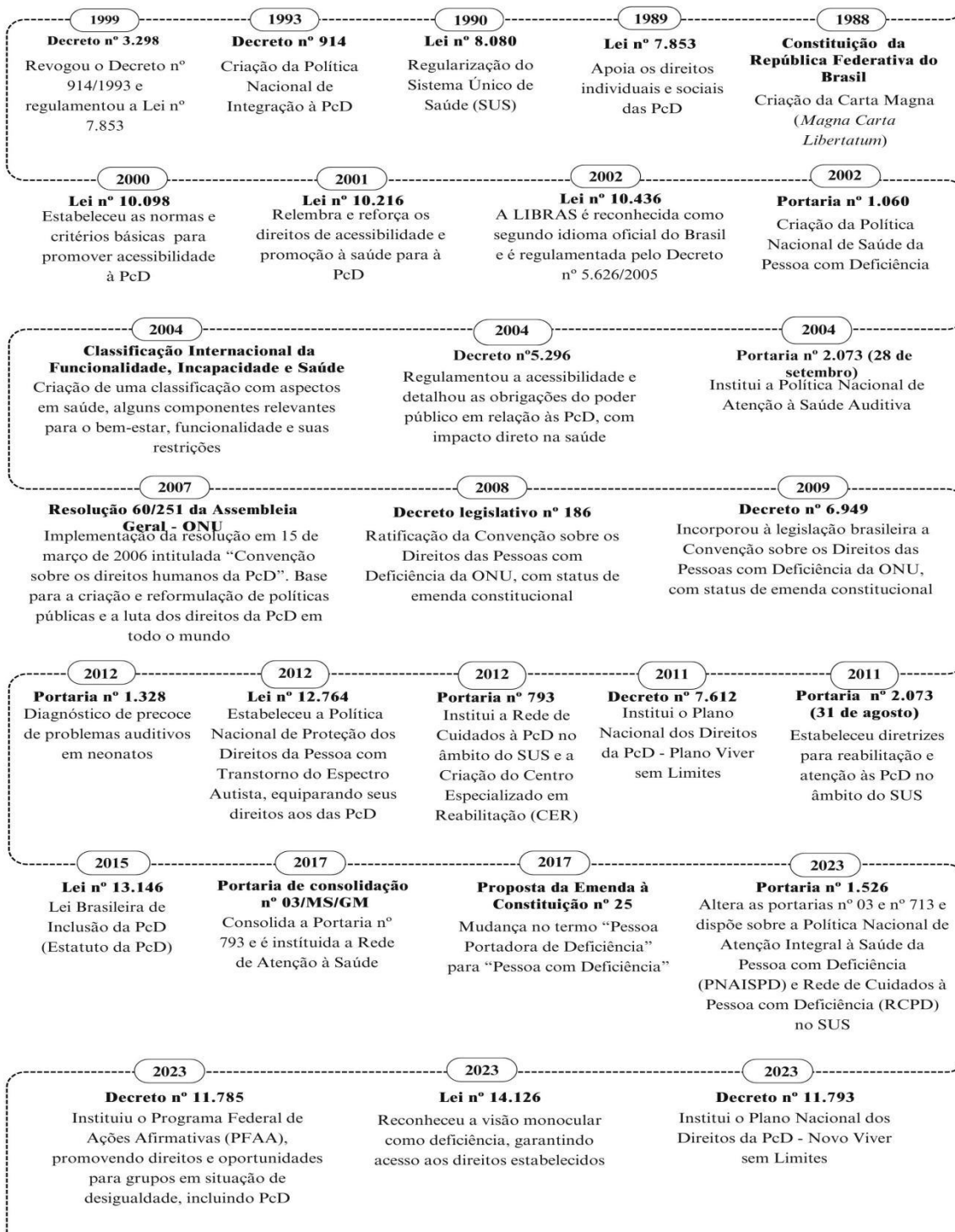
Figura 8 - Linha do tempo - Políticas Públicas em Saúde no Brasil para PcD.

Linha do Tempo - Políticas Públicas em Saúde no Brasil para PcD

Antes da Constituição Federal de 1988



Após a Constituição Federal de 1988



Fonte: Autoria própria.

Antes de iniciar a explanação da linha do tempo das políticas públicas em saúde no Brasil voltadas para PcD após a criação do SUS, deve-se destacar a importância que a Proposta de Emenda à Constituição nº 25/2017 trouxe na luta dos direitos da PcD ao apresentar a mudança no termo “Pessoa Portadora de Deficiência” para “Pessoa com Deficiência” existente na Constituição de 1988.

Desde a Convenção Internacional dos Direitos das PcD foi observada a necessidade de mudar a expressão de “portador”, afinal de contas, as deficiências não são objetos e/ou acessórios que a pessoa porta e descarta quando não se é necessário para sua vida (Brasil, 2017). Portanto, esse termo estigmatiza e reduz a PcD ao tipo de deficiência que possui, sem ser vista como uma pessoa com oportunidade de direitos como as demais pessoas da sociedade. O preconceito aparece no uso de expressões como “inválido” e “deficiente”. Apesar da mudança ser legalizada desde 2017, ainda é possível encontrar nas falas diárias de diversos profissionais da área da saúde e da educação que continuam a utilizar termos que reforçam o capacitismo.

Os marcos históricos anteriores à CF de 1988 permitem compreender as bases legais e institucionais que subsidiaram os atos normativos voltados às PcD no Brasil. Essa análise busca não apenas descrever os documentos, mas também reelaborar o entendimento sobre a construção histórica dos direitos das PcD, contextualizando os fenômenos sociais e políticos que os originaram.

Acerca da relevância dos principais documentos, a criação do Imperial Instituto dos Meninos Cegos (atual Instituto Benjamin Constant), em 1854, representou o primeiro marco institucional voltado à inclusão e reabilitação de PcD no Brasil. Este decreto refletia um esforço inicial em oferecer educação especializada para PcD visual, mas ainda em um contexto assistencialista, sem reconhecimento de direitos plenos.

Em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos influenciou diretamente as discussões globais sobre direitos humanos, introduzindo o conceito de dignidade universal, que inclui as PcD. No Brasil, a declaração teve impacto na mobilização de movimentos sociais e no reconhecimento da necessidade de políticas públicas mais abrangentes. E em 1953, a institucionalização do Ministério da Saúde consolidou a saúde como tema central nas políticas públicas brasileiras. Apesar de inicialmente focado em campanhas sanitárias e controle de doenças, o ministério estabeleceu as bases para futuras políticas voltadas às PcD. No ano seguinte, as APAEs surgiram como organizações civis, destacando-se por promover a inclusão de

PcD. Com foco em reabilitação e educação, as APAEs evidenciaram a ausência de políticas governamentais consistentes e a necessidade de mobilização social para preencher essas lacunas.

Os documentos que antecederam a Carta Magna (Brasil, 1988) revelam um período marcado por iniciativas isoladas e assistencialistas, que careciam de uma visão integradora e de uma legislação abrangente voltada às PcD. O reconhecimento das necessidades específicas das PcD ocorria de forma limitada, muitas vezes restrito a instituições filantrópicas ou educacionais. Entretanto, esses marcos legais e institucionais constituíram um ponto de partida fundamental para a evolução futura das políticas públicas. Eles evidenciaram a necessidade de transformar o olhar sobre as PcD, saindo de um modelo caritativo e transitando para uma perspectiva de direitos humanos e cidadania. O período anterior à CF de 1988 pode ser interpretado como uma fase de transição e aprendizado, para consolidar as bases de avanços subsequentes. Essas iniciativas, apesar de limitadas em seu alcance, foram fundamentais para a construção de políticas mais estruturadas após a promulgação da CF.

A elaboração e criação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, trouxe nos artigos 3º ao 5º os objetivos fundamentais e os princípios que norteiam as relações internacionais do Brasil e afirma que todas as pessoas residentes na Federação do Brasil são iguais perante a lei (Brasil, 1988). E a partir do princípio da igualdade em instituir a promoção do bem de todas as pessoas, sem preconceitos de origem, prezando pela promoção e proteção dos direitos humanos de brasileiros ou estrangeiros que residem no país, com ou sem deficiência, garantindo o direito à vida, à segurança, à liberdade e à propriedade que o SUS foi criado em 1990 (Brasil, 1990).

A CF representou um marco na história das políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil. Após este ponto, observou-se a consolidação de uma abordagem voltada para os direitos humanos, a universalização da saúde e a inclusão social, refletida em uma série de marcos legislativos e políticas públicas estruturantes. A análise documental deste período revela como esses instrumentos transformaram o acesso à saúde, educação e demais direitos das PcD, enquanto destaca desafios na implementação prática.

Após criação da Carta Magna foi perceptível a necessidade de haver uma lei para apoiar os direitos individuais e sociais da PcD e sua integração social de forma eficaz, assim foi elaborada a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que no seu art. 1º

e seus respectivos parágrafos apresenta: os princípios básicos da igualdade, da justiça, da dignidade humana e o bem-estar; além de garantir ações governamentais perante episódios de discriminação e preconceito de qualquer natureza, e; promover e assegurar os direitos à saúde, à educação, ao trabalho, à providência social, o amparo à infância e à maternidade bem estar pessoal, econômico e social (Brasil, 1989).

O SUS foi homologado pela Lei n. 8.080/90 de 19 de setembro de 1990 que regulariza as ações e serviços de saúde em todo território nacional e o seu objetivo principal é identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde por meio de ações que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde de brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil (Brasil, 1990). Além disso, o SUS atua em outros campos que possam influenciar na saúde do cidadão, como por exemplo: 1) a vigilância sanitária que realiza ações capazes de eliminar, diminuir e/ou prevenir riscos à saúde e intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, como por exemplo em ações como ao combate à Dengue; 2) a vigilância epidemiológica atua em ações que possibilita o conhecimento, a detecção ou a prevenção de alguma mudança que ocorreu nos fatores determinantes e condicionantes de saúde do cidadão ou da população como um todo, com o objetivo de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças ou agravos identificados nas zonas urbanas e rurais do município, o tipo de região onde a cidade localiza-se no estado e no Brasil. É preciso ressaltar a importância que os dados e informações obtidos das ações realizadas pela vigilância epidemiológica é para a saúde, pois pode-se traçar um perfil de determinado território e sua população e, assim, auxiliar na criação de novas políticas e na distribuição de recursos, principalmente para a saúde da PcD (Brasil, 1990).

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços contratados ou conveniados nas redes privadas que compõem o SUS são elaborados de acordo com as diretrizes presentes no artigo nº 198 da Carta Magna, sem esquecer que devem seguir os princípios: da universalidade; da integralidade de assistência; da preservação da autonomia; da igualdade; do direito à informação e a sua divulgação; da utilização da epidemiologia; da participação da comunidade; da descentralização política-administrativa e a integração em nível executivo das ações de saúde; do meio ambiente e saneamento básico; da organização dos serviços públicos, e sua capacidade em resolver os problemas que possam surgir nos serviços em todos os

níveis de assistência, da organização do atendimento à públicos específicos, e; da proteção integral dos direitos humanos (Brasil, 1988; Brasil 1990).

A Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989 (Brasil, 1990) foi criada ao se observar a necessidade de ter uma lei voltada para os direitos individuais e sociais da PcD e sua integração social de forma eficaz. Essa lei apresenta no art. 1º e seus respectivos parágrafos apresenta a base dos princípios básicos da igualdade, da justiça, da dignidade humana e o bem-estar; promover e assegurar os direitos à saúde, à educação, ao trabalho, à previdência social, o amparo à infância e à maternidade bem-estar pessoal, econômico e social (Brasil, 1989).

O SUS tem como principal objetivo identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde por meio de ações que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde de brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil (Brasil, 1990). Os princípios que compõem o SUS são: a universalidade, que garante, sem distinção, o direito à saúde para todos os brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil; a equidade busca reduzir a desigualdade, ou seja, tratar desigualmente os desiguais, oferecendo atendimento de acordo com necessidade de cada um; a integralidade considera a necessidade de cada pessoa e que o atendimento seja completo, desde a prevenção até a reabilitação do indivíduo; a descentralização, distribui o poder e a responsabilidade da saúde nos três níveis do governo, e; o controle social dá o direito da população participar do processo da construção do SUS.

A criação do SUS foi essencial na origem de diversas leis, decretos e portarias que protegem os direitos das PcD, como a aprovação do Decreto nº 914, de 6 de setembro de 1993, que instituiu a Política Nacional de Integração da PcD e foi revogada pelo Decreto nº 3.298/1999 que considera uma pessoa com deficiência aquela que se enquadrar nas seguintes categorias: deficiência física; deficiência auditiva; deficiência visual, e; deficiência intelectual (Brasil, 1989, 1993).

A Lei nº 10.098/2000, veio para estabelecer as normas e os critérios básicos para promover a acessibilidade da PcD, através da retirada de barreiras e obstáculos em vias e locais públicos que a impeça ou limite a sua participação social. De maneira adicional, ela determina que PcD obtenham atendimento prioritário. Contudo, foi observado que alguns grupos ficaram de fora e assim a Lei nº 14.626/2023 altera esta lei anterior e inclui como prioritário o atendimento a pessoas autistas ou com mobilidade reduzida e doadores de sangue (Brasil, 2000; Brasil, 2023).

Os direitos e a proteção da saúde mental das pessoas que possuem algum tipo de deficiência intelectual, foi estabelecido a partir da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (Brasil, 2001), que recorda a sociedade e o governo dos princípios do SUS, a universalidade e a equidade.

A utilização de tecnologia assistiva (TA) e a disseminação de outras formas de comunicação, como o uso do Braille, da Língua Brasileira de Sinais (Libras), do sistema de sinalização, da visualização adequada de textos com caracteres ampliados, dentre outros são de suma importância para a acessibilidade da PcD na sociedade proporcionando o seu bem-estar e direito de exercer ao lazer e participação social (Brasil, 2002; Brasil, 2005; Teixeira-Machado, 2024).

Com a aprovação da Libras, como segunda língua oficial do Brasil através da Lei nº 10.436/2002 e regulamentada pelo Decreto nº 5.626/2005 (Brasil, 2005), houve o reconhecimento como meio legal de comunicação e expressão, garantindo direitos linguísticos à comunidade surda. A lei garante a formação em Libras para profissionais de diversas áreas para que possam auxiliar e facilitar a comunicação e seu entendimento com a comunidade surda, como previsto no princípio da equidade. Vale ressaltar, que a Libras é disciplina obrigatória para os cursos de licenciatura e disciplina optativa para os demais cursos, principalmente da área da saúde. Somente em 2004, foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, pela Portaria nº 2.073/MS/GM, com o objetivo de promover à saúde auditiva, a prevenção de afecções do aparelho auditivo e a reabilitação do mesmo (Brasil, 2004).

A criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD) por meio da Portaria nº 1.060 de 05 de junho de 2002 (Brasil, 2002) tem como objetivo a reabilitação, a proteção à saúde e a prevenção dos agravos na vida da PcD, pois essa portaria utilizou em sua elaboração os princípios da integralidade e equidade. Pode-se observar que esses princípios estão incluídos na Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2004), visto que engloba os aspectos da saúde e alguns componentes relevantes para o bem-estar da população, permitindo descrever situações relacionadas com a sua funcionalidade e as suas restrições.

A CDPD e o seu Protocolo Facultativo realizados pela Organização das Nações Unidas em 2006 e implementada em Assembleia Geral em 2007, foi um marco importante na luta dos direitos da PcD tornando-se a base para a criação e reformulação de políticas públicas em todo o mundo. O Decreto nº 6949/2009 (Brasil,

2009) tem o propósito de promover, proteger e assegurar os direitos e liberdades fundamentais e promover o respeito pela dignidade da PcD que são aquelas que possuem algum tipo de restrição do tipo física, mental, intelectual ou sensorial à longo prazo e enfrentam inúmeras barreiras para exercerem seus deveres e participar da sociedade.

Apoiando-se no art. 2º da portaria nº 793/2012 (Ministérios da Saúde, 2012) é possível destacar as diretrizes elaboradas com base nos princípios do SUS, como: o respeito aos direitos humanos, a promoção da equidade, a garantia de acesso e cuidado integral, o desenvolvimento de atividades no território com vistas à promoção e ao exercício da cidadania, através de ações exequíveis de educação continuada com participação e controle social nos diversos âmbitos que compõem o cenário da PcD. A aprovação da Portaria nº 1.328/MS/GM/2012 tornando obrigatória a triagem auditiva nos recém-nascidos com o intuito de investigar precocemente o aparecimento de possíveis deficiências auditivas em neonatos e lactentes e assim iniciar o quanto antes a reabilitação do aparelho auditivo.

A Lei Brasileira de Inclusão da PcD (o Estatuto da PcD) de nº 13.146 foi criada a partir da SDPD (2007) e aprovada em 2015, partindo dos princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade) possui o propósito de assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais, objetivando à sua inclusão social e cidadania da PcD e à igualdade de oportunidades como as demais pessoas sem sofrer nenhum tipo de discriminação (Brasil, 2015). No mesmo ano, líderes de quase duzentos países, incluindo o Brasil, reuniram-se na sede das Nações Unidas para adotar 17 ODS, um plano de ação universal para a proteção do planeta (Figura 9). A inclusão dos princípios da CDPD ao seu ordenamento jurídico e ao alinhamento dos ODS, reforça a importância de estratégias globais para garantir uma sociedade mais justa e inclusiva (Figura 9).

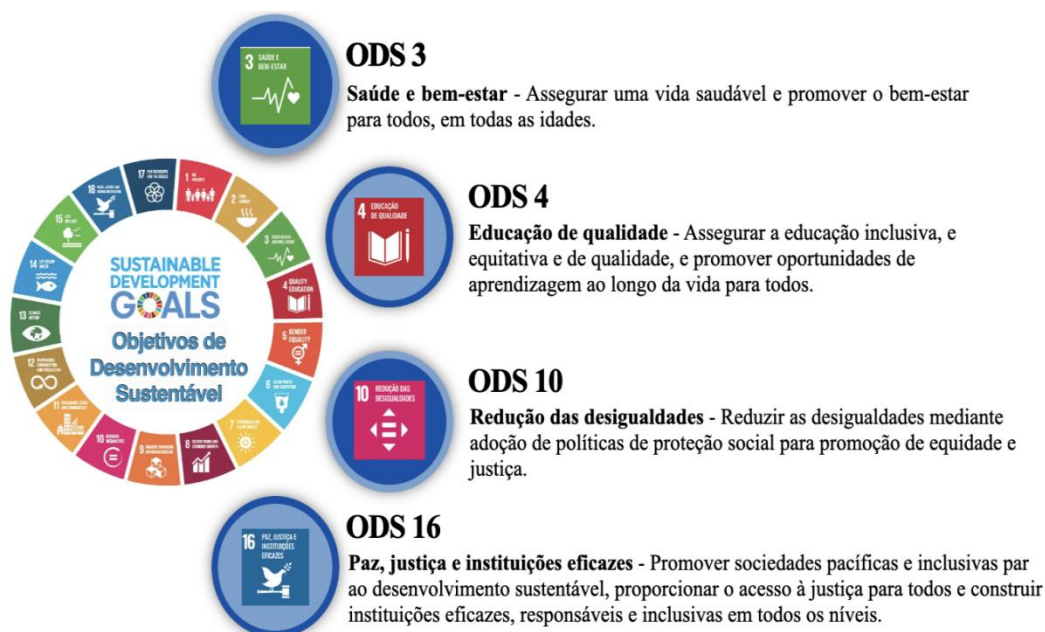
Figura 9 - Os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS).



Fonte: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>

Essa integração é possível através do disposto nos ODS 3 (saúde e bem-estar), 4 (educação de qualidade), 10 (redução das desigualdades) e 16 (paz, justiça e instituições eficazes) na construção de políticas públicas voltadas às PcD. O ODS 3 enfatiza a necessidade de assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, com políticas que garantam o acesso equitativo à saúde e aos serviços de reabilitação para PcD. O ODS 4 destaca a importância de uma educação inclusiva, equitativa e de qualidade para PcD, promovendo oportunidades de aprendizagem ao longo da vida. Já o ODS 10 foca na redução das desigualdades dentro e entre os países, combatendo discriminações e promovendo oportunidades iguais para PcD. E o ODS 16 salienta a necessidade de instituições justas, inclusivas e responsáveis, garantindo o acesso à justiça e promovendo a inclusão social das PcD. Dessa forma, a CDPD e sua integração aos ODS representam um compromisso global de eliminar barreiras e construir uma sociedade que assegure direitos, oportunidades e dignidade para todas as pessoas, especialmente as PcD. Esse marco orienta políticas nacionais e globais, consolidando a inclusão como um eixo essencial para o desenvolvimento sustentável e humano (Figura 10).

Figura 10 - Os ODS 3, 4 10 e 16 incluídos na Agenda Global 2030.



Fonte: Autoria própria.

Diversos dispositivos legais passaram a reforçar a necessidade de um modelo biopsicossocial no cuidado à PcD no Brasil. Em 2011, foi instituído o Plano Nacional dos Direitos da PcD – Plano Viver sem Limite, por meio do Decreto nº 7.612, visando articular políticas públicas, programas e ações que possibilitassem o exercício equitativo dos direitos das PcD, conforme os princípios estabelecidos na CDPD.

No âmbito da saúde, importantes avanços ocorreram em 2012: a Portaria nº 793/GM/MS criou a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de organizar e integrar ações de prevenção, reabilitação e inclusão. Ainda em 2012, a Portaria nº 1.328/MS/GM tornou obrigatória a triagem auditiva em recém-nascidos para identificar precocemente possíveis deficiências auditivas (Ministério da Saúde, 2012). Em 2015, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (LBI, nº 13.146) foi promulgada, garantindo e promovendo, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e liberdades fundamentais das PcD (Brasil, 2015).

Com a Portaria de Consolidação nº 03/MS/GM, de 28 de setembro de 2017, as diretrizes da Portaria nº 793/2012 foram unificadas em um documento legal, mantendo o enfoque na integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2017). Já em 2023, a Lei nº 11.785 instituiu o Programa Federal de Ações Afirmativas (PFAA), com medidas voltadas a combater as desigualdades enfrentadas, entre outros grupos, pelas PcD (Brasil, 2023). No mesmo ano, o Decreto nº 11.793 atualizou as diretrizes

do Plano Viver sem Limite, dando ênfase ao enfrentamento do capacitismo, à ampliação da participação social e à inclusão plena das PcD em diversos setores.

A maior mudança normativa em 2023 veio com a Portaria nº 1.526/GM/MS, que alterou as disposições anteriores, regulamentando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e a própria RCPD. O objetivo central da PNAISPD é promover e proteger a saúde da PcD, bem como prevenir agravos em todas as fases de sua vida, por meio da Análise de Situação de Saúde (ASIS), assegurando autonomia, QV e inclusão social (Brasil, 2023). Esse instrumento reforça princípios semelhantes aos do SUS, como o respeito às diferenças, o direito à vida e à saúde, o acesso universal, a humanização e a acessibilidade. As diretrizes destacam o cuidado integral à PcD, a articulação intersetorial, o estímulo à autonomia e o combate à violência e ao preconceito.

Por meio da RCPD é realizada a criação, a ampliação e a articulação dos locais para a atenção à saúde para PcD, com o objetivo de disponibilizar ações e serviços para o cuidado integral à PcD de forma articuladas com a RAS e acordado com o Planejamento Regional Integrado (PRI). No Capítulo I, das disposições gerais, da Portaria de nº 1.526/GM/MS/2023, em seu art. 4º são apresentados os deveres que a RCPD tem com a população com deficiência e suas similaridades com as diretrizes da portaria nº 793/2012 e o Estatuto da PcD (Brasil, 2015) e os princípios do SUS, das quais pode-se destacar:

I - promover o cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência, por meio da promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, habilitação, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos em saúde; II - fortalecer as ações para identificação precoce de agravos à saúde que possam resultar em impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial e/ou em limitações no desempenho de atividades e restrições de participação da pessoa com deficiência; III - desenvolver ações de identificação de fatores de risco e de prevenção a agravos à saúde das pessoas com deficiência nos diferentes ciclos de vida, incluindo aqueles decorrentes de condições humanas geneticamente determinadas e/ou outros fatores; IV - desenvolver ações de habilitação e reabilitação com foco na funcionalidade, autonomia e inclusão social; V - promover a oferta, ampliação e a qualificação do acesso às Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção - OPM;...VII - propiciar e fomentar estratégias para a formação, qualificação e educação permanente de profissionais da área de saúde (Brasil, 2023).

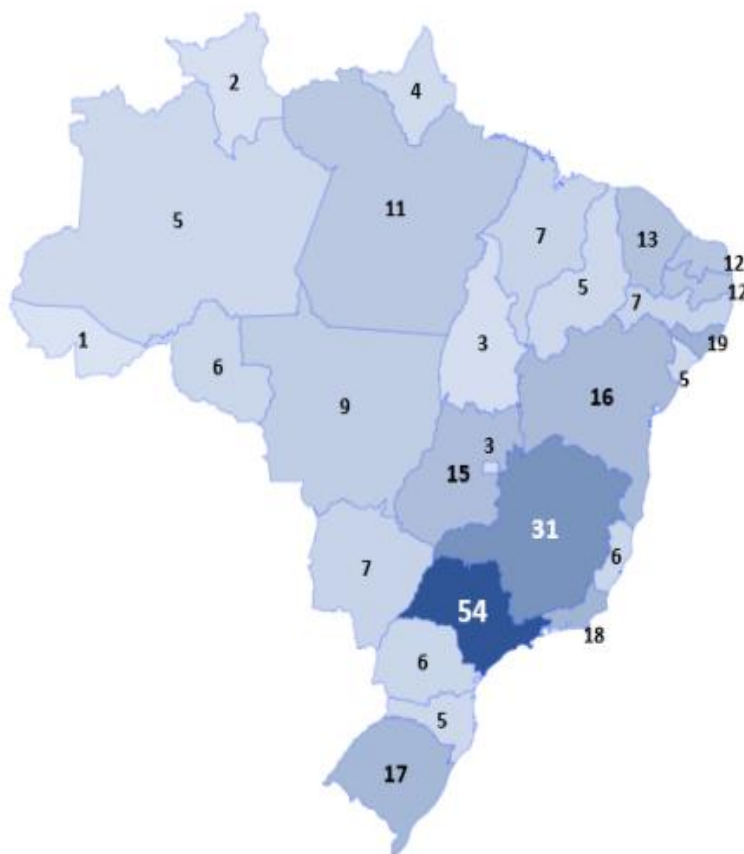
A nova regulamentação (Portaria nº 1.526/GM/MS, 2023) detalha a organização da RCPD em três níveis de atenção: Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Especializada Ambulatorial (AEA) e Atenção Especializada Hospitalar, incluindo Urgência e Emergência. A APS atua por meio das Unidades Básicas de

Saúde (UBS), que oferecem assistência integral, praticam reabilitação e prestam cuidados paliativos a PcD. O Art. 13 reforça a necessidade de identificação e registro das PcD em cada território, o acompanhamento de recém-nascidos de alto risco, a avaliação biopsicossocial, o suporte familiar e a comunicação entre os diversos níveis de atenção para viabilizar o cuidado continuado. No que diz respeito à AEA (Seção II, Art. 14), destacam-se os Centros Especializados em Reabilitação (CER), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e as Oficinas Ortopédicas. O Art. 15 dispõe sobre a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), o apoio matricial à Rede de Atenção à Saúde (RAS) e o trabalho intersetorial com a rede de ensino e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

O PTS consiste em uma abordagem terapêutica centrada na pessoa, elaborada de forma conjunta entre equipe de saúde, PcD e família, levando em conta crenças, valores, preferências e condições clínicas (Carvalho *et al.*, 2012; Ministério da Saúde, 2023). Já os CERs funcionam como pontos ambulatoriais da RCPD, oferecendo avaliação, tratamento, reabilitação, habilitação e concessão de tecnologia assistiva. Integram equipes multiprofissionais com médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos, psicopedagogos, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros (Ministério da Saúde, 2023; Suda, Mota, Bousquat, 2023).

De acordo com dados oficiais, em 2023, o Brasil conta com 51 Oficinas Ortopédicas e 299 CERs, distribuídos entre modalidades de reabilitação auditiva, visual, intelectual e física (Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, 2023). Na Região Nordeste, há 12 Oficinas Ortopédicas e 97 CERs, enquanto em Sergipe existem quatro CERs (três do tipo II e um tipo IV, localizados em Aracaju) e um CER III em Lagarto, mas nenhuma Oficina Ortopédica no estado (Sergipe, 2024; Brasil, 2024) (Figura 11).

Figura 11 - Número de Centros Especializados em Reabilitação, habilitados por Unidade Federativa do Brasil em 2023.



Fonte: https://www.estadao.com.br/blogs/vencer-limites/wp-content/uploads/sites/189/2023/11/relatorio-cgie-pcd-23102023-final_061120233522.pdf

Observa-se que o conjunto de leis, decretos e portarias promulgadas fortaleceu a proteção dos direitos das PcD, consolidando princípios constitucionais e do SUS para garantir um atendimento cada vez mais integral, humanizado e equitativo. O modelo biopsicossocial, a atuação multiprofissional e a integração em rede surgem como eixos fundamentais para a oferta de cuidados de qualidade, reafirmando o compromisso do poder público em promover a saúde e a inclusão social das Pessoas com Deficiência em todo o território nacional.

A análise documental das políticas públicas de saúde para pessoas com deficiência no Brasil evidencia uma trajetória de avanços significativos desde os primeiros marcos históricos até os dias atuais. Antes da Constituição de 1988, a legislação era fragmentada e marcada por uma abordagem assistencialista, com iniciativas pontuais que careciam de integração e amplitude. A promulgação da Carta Magna, entretanto, inaugurou uma nova era, fundamentada na universalização dos direitos, na equidade, na inclusão social e na justiça.

Os documentos analisados demonstram que, a partir de 1988, o Brasil passou a adotar o modelo biopsicossocial, reconhecendo as PcD como sujeitos plenos de

direitos e buscando eliminar barreiras físicas, sociais e atitudinais. Políticas como a Lei nº 10.098/2000, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2002) e a Lei Brasileira de Inclusão (2015) exemplificam o progresso em áreas como acessibilidade, reabilitação e atenção integral à saúde no âmbito do SUS.

Apesar dos avanços legislativos, a implementação dessas políticas enfrenta desafios significativos, especialmente em relação à desigualdade regional, à formação de profissionais alinhados aos princípios da CDPD e à garantia de financiamento sustentável. A análise evidencia que, embora o arcabouço legal seja robusto, a efetivação prática desses direitos ainda é uma meta a ser plenamente alcançada.

Como consideração final, reforça-se a importância de um contínuo monitoramento e aprimoramento das políticas públicas, garantindo sua adaptação às necessidades emergentes das PcD. Além disso, destaca-se a relevância do alinhamento às metas globais, como os objetivos de desenvolvimento sustentável, que promovem saúde, educação de qualidade, trabalho digno e redução das desigualdades.

O estudo conclui que a trajetória brasileira de inclusão das PcD reflete não apenas conquistas jurídicas e políticas, mas também o desafio constante de transformar esses direitos em práticas efetivas e acessíveis. É imprescindível o fortalecimento de uma cultura inclusiva, pautada no respeito à diversidade e no compromisso com a equidade e a justiça social.

Capítulo 3

Análise do Centro Especializado em Reabilitação na região centro-sul de Sergipe

Resumo

A atenção à saúde das Pessoas com Deficiência (PcD) no Brasil vem ganhando destaque à luz das políticas públicas e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que visam garantir cuidado integral e humanizado. Nesse cenário, o município de Lagarto, situado na região centro-sul de Sergipe, abriga um Centro Especializado em Reabilitação (CER III), fundamental para o acolhimento e assistência multiprofissional às PcD locais e de áreas vizinhas. Este estudo propõe analisar a atuação do CER III em Lagarto, considerando seus avanços, desafios e o papel que desempenha na garantia do acesso e qualidade do cuidado em saúde. Assim, busca-se contribuir para o fortalecimento das políticas de saúde destinadas às PcD no município e na região.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência; Brasil; Sistema Único de Saúde; Rede de cuidados a Pessoas com Deficiência; Centro Especializado em Reabilitação.

Abstract

Health care for Persons with Disabilities (PWD) in Brazil has been gaining prominence in light of public policies and the *Sistema Único de Saúde* (SUS) principles, which aim to ensure comprehensive and humanized care. In this scenario, the Care Network for People with Disabilities has consolidated itself as a strategy to articulate services and promote social inclusion, considering the different demands of this population. The municipality of Lagarto, located in the south-central region of Sergipe, houses a Specialized Rehabilitation Center (CER III), which is essential for the reception and multidisciplinary assistance of PWD in the city and neighboring areas. This study aims to analyze the performance of CER III in Lagarto, evaluating its advances, challenges, and the role it plays in ensuring access to and quality of health care. Thus, it seeks to contribute to strengthening health policies aimed at PWD in the municipality and the region.

Keywords: Persons with Disabilities; Brazil; Unified Health System; Health Services for Persons with Disabilities; Specialized Rehabilitation Center

As políticas públicas de saúde para Pessoas com Deficiência (PcD) no Brasil são fundamentadas em leis e portarias que visam assegurar um cuidado integral, humanizado e equitativo. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) surge como instrumento estratégico para articular serviços de diferentes níveis de complexidade, garantir o acesso aos recursos de reabilitação e promover a inclusão social. A RCPD é composta pela Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Especializada

Hospitalar e de Urgência e Emergência (Brasil, 2023). Nesse contexto, o Centro Especializado em Reabilitação (CER) é uma unidade ambulatorial integrante da AAE da RCPD, oferecendo avaliação, tratamento e acompanhamento de PcD, com atendimento multiprofissional e interdisciplinar (Suda, Mota, Bousquat, 2023, Brasil, 2023).

O CER pode oferecer de duas a quatro modalidades de reabilitação (auditiva, visual, intelectual e física), conforme a demanda da região e os dados do município sobre a população com deficiência na área de abrangência. A definição das modalidades ocorre com base na necessidade de suporte identificada na cidade e região onde o serviço será implementado. A organização do CER segue a seguinte classificação: CER II - atende duas modalidades de reabilitação; CER III - atende de três modalidades de reabilitação; e CER IV - atende quatro modalidades de reabilitação (Brasil, 2023).

Por ser o primeiro nível de atenção em saúde e abordar de forma individual e coletiva a população iniciada no seu cadastramento no sistema, a APS atua na promoção de saúde e prevenção de agravos, o que a torna essencial na efetividade na RCPD (Brasil, 2015). Mas, apesar dos avanços obtidos na última década, ainda há obstáculos na efetiva implementação dessa rede de cuidados. Entre os principais entraves, destacam-se a carência de equipes capacitadas, falta de recursos e dificuldades de transporte adaptado, o que compromete a continuidade do tratamento. No município de Lagarto, em Sergipe, essas questões podem ser agravadas pela demanda crescente de usuários, pela dispersão geográfica e por deficiências na gestão compartilhada, exigindo esforços contínuos de planejamento e avaliação para aprimorar a assistência às PcD (Suda, Mota, Bousquat, 2023, Brasil, 2023; Farias *et al.*, 2023).

Analisar o funcionamento do CER III em Lagarto apresenta grande relevância social e acadêmica. Primeiro, porque contribui para a compreensão dos desafios e potencialidades de uma unidade fundamental à RCPD na região, orientando intervenções capazes de ampliar a cobertura e a qualidade dos serviços. Além do mais, o CER contribui para fortalecer a integração e o acesso aos cuidados especializados e nos três níveis da RCPD, proporcionando uma melhora na continuidade do cuidado, o que possibilita uma atenção acessível e eficiente. O CER III atua em conjunto com a APS no encaminhamento assertivo da PcD e pessoas com transtorno do neurodesenvolvimento e como ponto de referência para a AAE e para Especializada

Hospitalar e de Urgência e Emergência, que fazem parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e na RCPD, .

Um dos papéis do CER é ser um centro de referência para a educação continuada de profissionais de saúde com o objetivo de promover a qualidade dos serviços prestados dentro da RCPD. Além disso, a pesquisa pode embasar a formulação de políticas mais eficazes no âmbito municipal, regional e estadual, fortalecendo a articulação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, principalmente entre a APS e o AAE, contribuindo para a efetividade da RCPD e na construção de um sistema de saúde com equidade e inclusão.

Partindo do pressuposto de que o CER III em Lagarto é essencial para o cuidado ao integrar os níveis de atenção, qualificar profissionais, reduzir barreiras e promover a reabilitação e inclusão da PcD, este estudo trabalha com duas hipóteses principais. A primeira é a de que, apesar de estruturado para atender as demandas regionais, o serviço ainda enfrenta limitações relacionadas à qualificação profissional e à disponibilidade de recursos. A segunda é a de que, mesmo diante desses obstáculos, o papel articulador da unidade junto à Rede de Cuidados pode favorecer a integração das ações de saúde e assistência social, contribuindo para o fortalecimento do SUS na região.

Diante desse panorama, o objetivo geral desta pesquisa é analisar a atuação do CER III no município de Lagarto quanto ao acesso, qualidade e resolutividade na atenção à PcD. Como objetivos específicos, busca-se (a) identificar os principais entraves estruturais e organizacionais que afetam o serviço; (b) verificar o perfil das pessoas e os serviços oferecidos no CER III; e (c) propor recomendações para o aprimoramento das políticas de reabilitação local. Dessa forma, espera-se contribuir para a construção de um modelo assistencial mais inclusivo e efetivo para a PcD em Lagarto e região.

Percurso Metodológico

Tipo e Abordagem de Pesquisa

Trata-se de um estudo documental de caráter exploratório sobre as características das pessoas que estão em atendimento e dos serviços ofertados no CER III do centro-sul do Estado de Sergipe, composto pelos municípios de Lagarto, Simão

Dias, Salgado, Tobias Barreto, Poço Verde e Riachão do Dantas. Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem quantitativa

Considerações éticas

Esta pesquisa respeitou os princípios éticos definidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Sergipe (UFS), CAEE nº 75076723.0.0000.0217 e Parecer nº 6.619.943 (Apêndice 8.1).

Cenário e População do Estudo

A pesquisa foi realizada no Centro Especializado em Reabilitação (CER III) do município de Lagarto, em Sergipe. A população-alvo compreende: as Pessoas com Deficiência (PcD) atendidas no CER III.

Amostragem e Seleção dos Participantes

PcD: amostragem por conveniência, incluindo usuários que estejam em atendimento no período de coleta de dados. O número de participantes será definido pelo número de pessoas que estão cadastradas no CER III, buscando-se representatividade suficiente para garantir validade e confiabilidade dos dados.

Crítérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas na pesquisa os dados dos prontuários das pessoas cadastradas no sistema de informação do CER III, tanto na lista de espera quanto as que estavam em atendimento,. As pessoas que não possuíam informações referentes ao tipo de deficiência, ao CID, ou nenhum relatório médico ou de outro profissional de saúde nos prontuários foram excluídas da pesquisa.

Coleta de Dados

- Pesquisa Documental: levantamento de leis, portarias e protocolos relativos à RCPD e ao funcionamento de CER, além de análise de relatórios de gestão do município e do próprio CER III.
- Formulário Estruturado: coleta dos dados contidos nos prontuários e na lista de espera no sistema do CER III, das informações referente: a idade, data de

nascimento, sexo, nível de escolaridade, tipo de deficiência, se está em atendimento e quais serviços realiza no CER III;.

➤ Observação de Campo: registro sistemático do ambiente e fluxos de atendimento.

Tamanho Amostral

Uma estimativa do tamanho amostral desejado para as PcD foi realizada a partir dos dados do Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão SISPEC (Prata, 2022), os quais constam que Lagarto possui 2.925 mil PcD. Assim, considerando um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5% a estimativa amostral é de 340 PcD para esta pesquisa.

Análise de Dados

Análise Quantitativa: emprego de estatística descritiva (frequências, médias e medianas) para caracterizar o perfil dos participantes. A análise estatística foi feita através do aplicativo *Jamovi*. Para os dados paramétricos, realizou-se uma análise descritiva calculando a média e desvio padrão, e para os dados não paramétricos foi utilizado a média e o intervalo interquartil (25 e 75%). Após realizar o teste de normalidade de *Kolmogorov-Smirnov*, observou-se que os dados não apresentavam distribuição normal. Dessa forma, a estatística descritiva foi realizada utilizando a mediana e o intervalo interquartil, juntamente com a apresentação dos resultados em porcentagens.

Resultados

Características das pessoas que utilizam os serviços do CER III

O CER III atende 671 pessoas, destes 384 (57,2%) estão em atendimento, 276 na lista de espera (41,1%) e 11 (1,6%) tiveram alta do atendimento. Dos 384 prontuários, 30 foram excluídos do estudo por não informar a deficiência ou condição clínica da pessoa atendida, restando 354 prontuários para análise. A maioria das pessoas que estão em atendimento no CER III é do sexo masculino (n=253 FR=38%), com idade média de 8 anos com intervalo interquartil de 4 e 11 anos (percentis 25% e 75% respectivamente). Quanto ao nível de escolaridade 19,1% possui ensino fundamental incompleto e 31% forneceram informações sobre saber ler e escrever. Detalhes na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização das pessoas em atendimento no Centro Especializado em Reabilitação (CER III), em Lagarto, Sergipe.

Sexo	n (%)
Masculino	253 (38%)
Feminino	103 (15,5%)
N.I.	24 (3,6%)
Idade	n
Mediana (25% - 75%)	8 (5-12)
Escolaridade	n (%)
Analfabeto	80 (11,9%)
Ensino fundamental incompleto	128 (19,1%)
Ensino fundamental completo	3 (0,4%)
Ensino médio incompleto	6 (0,9%)
Ensino médio completo	4 (0,6%)
Ensino superior incompleto	1 (0,1%)
Outros	1 (0,1%)
N.I.	24%
Lê/escreve	n (%)
Sim	86 (13%)
Não	96 (14%)
N.I.	206 (31%)

Abreviações: N.I. - Não Informado.

Cerca de 35% dos atendimentos são para autistas, seguido por autistas com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (7,6%), paralisia cerebral (PC) (3,1%), TDAH (2,9%), deficiência intelectual (DA) (2,9%) e Síndrome de Down (SD) (2,1%). Além disso, foi observada uma variabilidade de condições clínicas e deficiências sobrepostas em uma mesma pessoa, conforme observado na Tabela 3.

Tabela 3: Diagnóstico clínico de acordo com a CID dos usuários que estão em atendimento no CER III.

Diagnóstico clínico	n (%)
Ansiedade generalizada	1 (0,3%)
Ansiedade generalizada + outros	2 (0,5%)
Ataxia cerebelar	1 (0,3%)
Atraso na fala	1 (0,3%)
AVC	1 (0,3%)
Deficiência auditiva	11 (2,9%)
Deficiência auditiva + outros	2 (0,5%)
Deficiência intelectual	2 (0,5%)
Deficiência intelectual + outros	7 (1,8%)
Deficiência física	3 (0,8%)
Depressão	1 (0,3%)

Dislexia	2 (0,5%)
Dislexia + outros	2 (0,5%)
Distúrbio da voz	1 (0,3%)
Doença de Parkinson	1 (0,3%)
ELA + outros	1 (0,3%)
Epilepsia	1 (0,3%)
Epilepsia + outros	1 (0,3%)
Espinha bífida	2 (0,5%)
Espinha bífida + outros	1 (0,3%)
Esquizofrenia	1 (0,3%)
Hidrocefalia	1 (0,3%)
Laringomalácia congênita	1 (0,3%)
Malformação congênita não especificada + Retardo do desenvolvimento fisiológico normal	1 (0,3%)
Microcefalia	4 (1%)
Microcefalia + outros	1 (0,3%)
Neoplasia	2 (0,5%)
Neoplasia + outros	2 (0,5%)
Paraplegia e tetraplegia + Outros	2 (0,5%)
PC	12 (3,1%)
PC + outros	14 (3,7%)
Retardo mental	2 (0,5%)
Retardo mental + outros	3 (0,8%)
SD	8 (2,1%)
SD + outros	3 (0,8%)
Síndrome de Muller Fhiser + Diabetes tipo 1 + neuropatia não especificada	1 (0,3%)
Síndrome de Sandifer + Epilepsia + Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem	1 (0,3%)
Sintomas e sinais relativos à aparência e ao comportamento	1 (0,3%)
Sintomas e sinais relativos ao estado emocional	1 (0,3%)
Suspeita de distúrbio de conduta	1 (0,3%)
TCE	1 (0,3%)
TDAH	11 (2,9%)
TDAH+ outros	18 (4,7%)
TEA	134 (35%)
TEA + TDAH	29 (7,6%)
TEA + outros	33 (8,6%)
Tontura e instabilidade	1 (0,3%)
Transtorno cognitivo leve	1 (0,3%)
Transtornos comportamentais emocionais	1 (0,3%)
Transtorno específico da articulação da fala e da linguagem	1 (0,3%)
Transtorno específico da articulação da fala e da linguagem + Outros	1 (0,3%)
Transtornos específicos do desenvolvimento da fala	6 (1,6%)
Transtornos específicos do desenvolvimento motor	2 (0,5%)
Transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares	3 (0,8%)

Transtornos do desenvolvimento das habilidades escolares + Outros	1 (0,3%)
Transtorno não especificado do desenvolvimento das habilidades escolares	2 (0,5%)
Transtorno não especificado do desenvolvimento da fala ou da linguagem	1 (0,3%)
Transtorno específico da habilidade em aritmética + Dislexia e outras disfunções simbólicas + Outros transtornos ansiosos	1 (0,3%)
Outros	3 (0,8%)
N.I.	27 (7%)

*AVC - Acidente Vascular Cerebral; ELA - Esclerose Lateral Amiotrófica; TCE - Traumatismo Crânio Encefálico; N.I. - Não informado.

Durante a coleta de dados foi observado que as terapias oferecidas no CER III são de acordo com os tipos de modalidades (auditiva, física e intelectual), transtorno do neurodesenvolvimento. As intervenções terapêuticas são realizadas de forma isolada ou associada, conforme a necessidade das pessoas.

O CER III funciona de segunda a sexta-feira, das 7h30 às 16h, com uma equipe de saúde multiprofissional composta por 35 profissionais, sendo duas enfermeiras, quatro fisioterapeutas, oito fonoaudiólogos, quatro médicos, dois nutricionistas, oito psicólogos, quatro psicopedagogas e três terapeutas ocupacionais.

Os serviços de maior procura no CER III são: Psicopedagogia (7,9%); Psicologia (4,6%); Fonoaudiologia (6,1%); Fisioterapia (3,6%); Terapia Ocupacional (2%) (Tabela 4). Mas, quando os serviços são realizados em conjunto, destacam-se as seguintes combinações de atendimentos: Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Psicologia (7,9%); Fonoaudiologia associado à Psicopedagogia (6,9%); Fonoaudiologia associado à Terapia Ocupacional, Psicologia e Psicopedagogia (6,9%); Fonoaudiologia associado à Psicologia (6,1%); Terapia Ocupacional associado à Fonoaudiologia (5,3%); Fisioterapia associada à Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia (4,6%); Terapia Ocupacional e Psicologia (4,1%), Fonoaudiologia associada à Psicologia e Psicopedagogia (3,8%); e Fonoaudiologia associada à Terapia Ocupacional e Psicopedagogia (3,6%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Atendimentos realizados no CER por categoria profissional.

Terapias ofertadas no CER III	n (%)
Fisioterapia	14 (3,6%)
Fonoaudiologia	24 (6,1%)
Neuropsicologia	1 (0,3%)
Nutrição	2 (0,5%)
Psicologia	18 (4,6%)
Psicopedagogia	31 (7,9%)

Terapia Ocupacional	8 (2%)
Fisioterapia + Fonoaudiologia	4 (1%)
Fisioterapia + Fonoaudiologia + Psicologia	2 (0,5%)
Fisioterapia + Fonoaudiologia + Psicologia + Psicopedagogia	1 (0,3%)
Fisioterapia + Fonoaudiologia + Psicopedagogia	1 (0,3%)
Fisioterapia + Psicologia	1 (0,3%)
Fisioterapia + Psicopedagogia	1 (0,3%)
Fisioterapia + Terapia Ocupacional	12 (3,1%)
Fisioterapia + Terapia Ocupacional + Fonoaudiologia	18 (4,6%)
Fisioterapia + Terapia Ocupacional + Fonoaudiologia + Psicologia	10 (2,5%)
Fisioterapia + Terapia Ocupacional + Fonoaudiologia + Psicologia + Nutrição	2 (0,5%)
Fisioterapia + Terapia Ocupacional + Fonoaudiologia + Psicologia + Psicopedagogia	4 (1%)
Fisioterapia + Terapia Ocupacional + Fonoaudiologia + Psicologia + Psicopedagogia + Nutrição	1 (0,3%)
Fisioterapia + Terapia Ocupacional + Fonoaudiologia + Psicopedagogia	2 (0,5%)
Fisioterapia + Terapia Ocupacional + Fonoaudiologia + Psicopedagogia + Nutrição	1 (0,3%)
Fisioterapia + Terapia Ocupacional + Psicologia	3 (0,8%)
Fisioterapia + Terapia Ocupacional + Psicologia + Nutrição	1 (0,3%)
Fisioterapia + Terapia Ocupacional + Psicologia + Psicopedagogia	1 (0,3%)
Fisioterapia + Terapia Ocupacional + Psicopedagogia	1 (0,3%)
Fonoaudiologia + Nutrição	1 (0,3%)
Fonoaudiologia + Nutrição + Terapia Ocupacional	2 (0,5%)
Fonoaudiologia + Nutrição + Psicologia	1 (0,3%)
Fonoaudiologia + Nutrição + Psicologia + Psicopedagogia	2 (0,5%)
Fonoaudiologia + Psicologia	24 (6,1%)
Fonoaudiologia + Psicologia + Psicopedagogia	15 (3,8%)
Fonoaudiologia + Psicopedagogia	27 (6,9%)
Fonoaudiologia + Terapia Ocupacional + Psicologia	31 (7,9%)
Fonoaudiologia + Terapia Ocupacional + Psicologia + Neuropsicologia	1 (0,3%)
Fonoaudiologia + Terapia Ocupacional + Psicologia + Nutrição	10 (2,5%)
Fonoaudiologia + Terapia Ocupacional + Psicologia + Psicopedagogia	27 (6,9%)
Fonoaudiologia + Terapia Ocupacional + Psicologia + Psicopedagogia + Nutrição	1 (0,3%)
Fonoaudiologia + Terapia Ocupacional + Psicopedagogia	14 (3,6%)
Fonoaudiologia + Terapia Ocupacional + Psicologia + Nutrição + Medicina	1 (0,3%)
Fonoaudiologia + Terapia Ocupacional + Psicologia + Assistência Social + Medicina	1 (0,3%)
Psicologia + Nutrição	1 (0,3%)
Psicologia + Psicopedagogia	10 (2,5%)
Terapia Ocupacional + Fonoaudiologia	21 (5,3%)
Terapia Ocupacional + Nutrição	1 (0,3%)
Terapia Ocupacional + Nutrição + Psicologia + Psicopedagogia	1 (0,3%)
Terapia Ocupacional + Nutrição + Psicopedagogia	1 (0,3%)

Terapia Ocupacional + Psicologia	16 (4,1%)
Terapia Ocupacional + Psicologia + Psicopedagogia	10 (2,5%)

Discussão

Há uma escassez na literatura relacionada a estudos que retratem os serviços do CER. Até onde sabemos, esse estudo é pioneiro ao traçar o perfil dos usuários e dos atendimentos ofertados. O CER III atende 384 pessoas, sendo em sua maioria do gênero masculino, com a idade média de 8 anos e com o ensino fundamental incompleto. Cerca de 35% das pessoas atendidas são autistas e quando há sobreposição de condições, destaca-se o TEA com outras condições. O serviço com maior procura, isoladamente, é a psicopedagogia e a fonoaudiologia em segundo lugar. Os serviços realizados em conjunto com maior procura são: fonoaudiologia e psicopedagogia e fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia..Além disso, foi observado o número elevado de dados não informados nos prontuários, o que pode influenciar nos dados, como por exemplo o nível de escolaridade. Embora existam alguns estudos sobre CER em diferentes regiões do Brasil (Parasuraman *et.al*, 2020; Arrué *et al*, 2022; Chandy *et al*, 2024), até o momento, não identificamos estudos multicêntricos que permitam comparar esse panorama regional ou nacional do perfil dos usuários, o que reforça a relevância desta pesquisa.

Os resultados apresentam um panorama quantitativo dos atendimentos realizados pelo CER III, destacando o perfil demográfico das pessoas e a distribuição dos serviços mais procurados. A predominância de pessoas do gênero masculino e com idade média de 8 anos indica uma demanda significativa por atendimento infantil. Contudo, os dados não exploram as possíveis razões para essa distribuição, como fatores epidemiológicos, acesso ao diagnóstico ou políticas de encaminhamento. Embora este estudo tenha identificado uma predominância do gênero masculino em idade escolar, uma pesquisa de Arrué *et al* (2022), realizada em 32 Unidades Básicas de Saúde de três municípios da região Sul e Sudeste do país com população superior a 100.000 habitantes, revelou que a maioria dos participantes do estudo eram do gênero feminino e estavam em idade escolar. No entanto, esse mesmo estudo apresentou uma alta prevalência do gênero masculino com problemas de saúde mental, corroborando com os achados de Parasuraman *et.al* (2020), que avaliaram as características dessa população.

Cerca de 19,1% dos usuários possuem ensino fundamental incompleto e com idade média de 8 anos, associando, assim, à idade com o nível educacional. Contudo, a informação sobre o nível educacional (ensino fundamental incompleto) sugere a necessidade de suporte pedagógico e reforça a importância da integração entre saúde e educação. Com o aumento no número de crianças e adolescentes com algum tipo de deficiência e/ou transtorno do neurodesenvolvimento, possivelmente associado ao aumento populacional, vem junto o aumento dos desafios encontrados ao longo da vida, tanto na saúde quanto na educação dessas pessoas (Chandy *et al*, 2024). O relatório da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), publicado em 2018 com dados de 49 países, revela que PcD apresentam desempenho inferior em comparação às pessoas sem deficiência e é observado em diversos aspectos, como a taxa de matrícula, conclusão escolar, níveis de alfabetização e de anos de frequentados na escola, principalmente em países de baixa e média renda. Conforme o modelo social, a deficiência intelectual ou o transtorno do neurodesenvolvimento não são, por si sós, barreiras intransponíveis, mas a falta de adaptações curriculares, infraestrutura de ensino adequada e suporte especializado nas escolas contribui para a baixa escolaridade (França, 2013, Chandy *et al*, 2024). Essa condição interfere diretamente na inserção social e laboral dessas pessoas, perpetuando desigualdades ainda presente na sociedade.

Autismo (35%) é a condição mais atendida, seguida de paralisia cerebral (3,1%). Essa disparidade sugere que o CER III de Lagarto tem uma demanda expressiva de crianças autistas possivelmente refletindo um aumento nos diagnósticos ou maior procura por serviços especializados. A sobreposição de condições, como TEA associado a outras condições (8,6%) e TEA com TDAH (7,6%), reforça a necessidade de um atendimento multiprofissional e estratégias de intervenção. No entanto, os achados não possibilitaram aprofundamento para analisar se essa demanda está sendo adequadamente atendida ou se há desafios na oferta de serviços para esses casos mais complexos. A ocorrência simultânea de deficiências e transtorno de neurodesenvolvimento tem sido amplamente estudada nos últimos anos, com destaque para pessoas com DI e TEA cuja prevalência é maior na população do gênero masculino (Dunn *et al*, 2020; Chien *et al*, 2024).

Sob a ótica do modelo social, não basta reconhecer a condição clínica: é preciso promover adaptações e suporte social (escolas inclusivas, ambientes adequados, materiais acessíveis, equipes capacitadas) que evitem a “limitação” e

favoreçam o desenvolvimento pleno dessas crianças. A presença de condições sobrepostas reforça a necessidade de um olhar integral que considere aspectos multidimensionais da deficiência, não apenas o diagnóstico biomédico (França, 2013).

A psicopedagogia (7,9%) aparece como o serviço mais procurado, o que sugere que as dificuldades de aprendizagem são um dos principais motivos de busca pelo CER. Fonoaudiologia (6,1%) surge como o segundo serviço mais requisitado, reforçando sua relevância na reabilitação de comunicação, especialmente para crianças com TEA. A análise das combinações de serviços sugere que a atuação interprofissional é fundamental para o atendimento da PcD. O destaque para a associação entre fonoaudiologia, psicopedagogia e terapia ocupacional indica que as pessoas frequentemente necessitam de suporte em múltiplas áreas do desenvolvimento biopsicossocial do indivíduo.

A diversidade de serviços oferecidos (Psicopedagogia, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional), bem como a opção de atendimentos associados, demonstra uma tentativa de abordagem integral e multiprofissional, alinhada às diretrizes do SUS e ao modelo biopsicossocial. A possibilidade de combinar distintas especialidades (por exemplo, Fonoaudiologia e Psicopedagogia) sugere uma percepção ampliada das necessidades das pessoas atendidas. Contudo, do ponto de vista social, ainda é preciso verificar como essas combinações impactam a vida cotidiana das PcD e suas famílias, incluindo aspectos de transporte, acessibilidade física e horário de funcionamento do serviço, que podem dificultar a adesão ao tratamento (Feldman *et al.*, 2002; Sakellariou; Rotarou, 2017; Roos; Søndena, 2020).

O fato de 276 pessoas (41,1%) estarem em lista de espera e apenas 1,6% terem recebido alta revela um fluxo desproporcional entre a demanda e a capacidade de absorção do serviço. Embora não tenha sido o foco da pesquisa, do ponto de vista social, as barreiras não se resumem ao número de profissionais, mas incluem a dificuldade de deslocamento, a ausência de políticas de inclusão escolar robustas e a falta de suporte familiar (Feldman *et al.*, 2008; Dupuis *et al.*, 2022). Tais obstáculos podem acentuar a exclusão social das PcD, uma vez que o atraso no atendimento colabora para a manutenção ou o agravamento das dificuldades funcionais, reforçando o ciclo de dependência e marginalização (Silva *et al.*, 2020; Shumet *et al.*, 2024).

Do ponto de vista do Modelo Social da Deficiência, as barreiras que dificultam a participação das PcD não se resumem às características individuais ou a

um diagnóstico clínico. É fundamental considerar a influência de fatores ambientais, atitudinais e sociais para compreender como a deficiência se manifesta no cotidiano. Nesse sentido, analisar os dados do CER III — com 276 pessoas em lista de espera (41,1%) e apenas 11 (1,6%) que obtiveram alta — permite evidenciar um desequilíbrio entre a demanda e a capacidade de resposta do serviço. A espera prolongada pode resultar em agravamento das condições funcionais e em maiores dificuldades de inclusão e acesso, que preconiza o acesso pleno aos serviços de saúde em tempo hábil (Brasil, 2009; Dupuis *et al.*, 2022).

Durante a coleta não foi possível observar o uso dos qualificadores da funcionalidade no CER III, assim como a ausência do preenchimento do PTS nos prontuários. Consequentemente, não foi viável agrupar as pessoas atendidas no CER III de acordo com o modelo social de deficiência. Na Tabela 3 as pessoas foram agrupadas segundo o modelo biomédico, utilizando a Classificação Internacional de Doenças (CID), sem considerar as múltiplas dimensões da PcD, como ocorre no modelo social. Este último permite uma análise mais abrangente ao incorporar medidas de funcionalidade, como a Medida de Independência Funcional (MIF) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2004; Paulisso *et al.*, 2021; Leonardi *et al.*, 2022).

Formulários e prontuários estruturados segundo o modelo social da deficiência possibilitam classificar a população atendida com base nas barreiras pessoais e ambientais, favorecendo a oferta de serviços mais individualizados e personalizados, alinhados à qualidade de vida (QV) e à participação social (Chi *et al.*, 2021; Paulisso *et al.*, 2021; Leonardi *et al.*, 2022; Shumet *et al.*, 2024). A Política Nacional de Humanização (2004) enfatiza o prontuário multiprofissional como uma ferramenta essencial para consolidar o trabalho em equipe e, consequentemente, o diálogo entre os profissionais. De acordo com o estudo de Biz *et al.* (2024), os profissionais entrevistados pontuam que o registro no prontuário é meramente burocrático, resultando na ausência de um registro sistematizado pela equipe. O reconhecimento de que as barreiras sociais e ambientais são tão relevantes quanto as condições estruturais e funcionais da PcD amplia as possibilidades de promoção da independência funcional, garantindo um atendimento mais inclusivo e eficaz.

Por conter poucas ou quase nenhuma informação referente à estrutura/função, as limitações existentes nas atividades e participação sociais nos prontuários dos usuários do CER III não foi possível realizar uma classificação dessa população

baseando-se na CIF e seguindo o modelo social (Morwane *et al.*, 2021). Embora a CIF tenha sido normalizada pela Resolução 452/2012 do Conselho Nacional de Saúde, seu uso nas rotinas de saúde ainda é limitado. Isso se deve, em grande parte, à sua complexidade e a falta de ferramentas que facilitem sua aplicação na prática clínica-terapêutica, para contribuir na descrição de experiência de funcionalidade, na elaboração dos objetivos terapêuticos e intervenções adequadas para cada usuário (Biz; Chun, 2019). O CER III, pode utilizar e aplicar a CIF para obter informações por meio de avaliações, observação direta, leitura de prontuários e perguntas. Dessa forma, a equipe multiprofissional do CER pode elaborar um checklist baseado nos componentes da CIF e em seu sistema alfanumérico e conseguir, por exemplo, os graus de funcionalidade. Essa procedimento pode ser aplicada tanto na avaliação inicial quanto na reavaliação periódica de cada indivíduo, assegurando um acompanhamento mais preciso e personalizado (OMS, 2004; Biz; Chun, 2019).

A alta demanda por terapias (Psicopedagogia, Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional), bem como as combinações de atendimentos e a limitação no tempo de cada atendimento corrobora com o estudo de Biz *et al.* (2024) que enfatiza a importância do trabalho em equipe ao facilitar a interação com a família, usuário e a equipe. Além disso, a lista de espera extensa e as dificuldades em se obter alta sugerem que a efetivação dos princípios de integralidade e equidade está fragilizada, comprometendo também o potencial do PTS, que deveria assegurar planos de cuidados personalizados e pactuados entre profissionais, PcD e familiares.

Durante a coleta, observou-se algumas lacunas existentes no preenchimento das fichas de anamnese multiprofissional existente no CER III, como: a ausência de dados pessoais, do endereço (se é zona rural ou urbana) e o município que reside, o nível de escolaridade; a queixa principal e evolução do atendimento realizado; o preenchimento incompleto ou sem realizá-lo na ficha de avaliação multiprofissional de acordo com o tipo de terapia a ser realizada pelo usuário; duplicatas de prontuários; prontuários de paciente de alta juntos daqueles de usuários que estão em atendimento. Algumas destas lacunas corroboram com os depoimentos apresentados no estudo de Biz *et.al.* (2024), onde os profissionais apontam, principalmente, a dificuldade de cumprir com a parte burocrática no que confere principalmente atualização do prontuário após o atendimento devido ao número de pessoas que eles atendem ao dia. Porém, este estudo não realizou uma entrevista com os profissionais para poder obter

uma resposta referente a essas lacunas observadas nos prontuários e os desafios enfrentados no serviço.

O PFAA, ao buscar corrigir desigualdades históricas enfrentadas por diversos grupos, inclui a PcD como público prioritário (Brasil, 2023). Nesse cenário, apesar de não ter sido realizada uma investigação no CER III referente a estratégias adequadas para reduzir a espera por atendimento, existe na literatura planejamentos para diminuir o tempo e a fila de espera, como por exemplo: o acesso direto aos serviços de assistência possibilitando os usuários marcarem suas próprias consultas, ampliação do papel dos profissionais de saúde e a oferta de atendimentos em grupo; a avaliação inicial e a triagem clínica realizada pela equipe multiprofissional ao invés de uma avaliação inicial separada (Dupuis *et al.*, 2022). E assim, assegurar a plena participação social das crianças e adolescentes (a maioria com 8 anos) aponta para lacunas na aplicação efetiva de medidas afirmativas que facilitem, por exemplo, o acesso a escolas adaptadas, transporte adequado e suporte familiar. Ademais, a LBI, fundamentada nos princípios da CDPD, ressalta a responsabilidade do poder público em promover ambientes sem barreiras e políticas que garantam autonomia, dignidade e cidadania à PcD (Brasil, 2009, 2015). As baixas taxas de conclusão do ensino fundamental e as escassas informações sobre letramento reforçam a urgência em alinhar as políticas de saúde às de educação para efetivar a inclusão em todas as dimensões da vida social.

O papel da APS é fundamental para auxiliar na redução da lista de espera, pois ela realiza os encaminhamentos das PcD e pessoas com neurodesenvolvimento que estão cadastradas nas áreas que são abrangidas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Contudo, a ausência de algumas informações de usuários do SUS, o preenchimento incorreto e/ou incompleto das fichas cadastrais e o déficit no conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) referente a deficiência e consequentemente no preenchimento incorreto do tipo de deficiência que a pessoa possui, influencia no sistema de referência e contra-referência existentes entre os três níveis de saúde e que fazem parte da RCPD, como podemos ver no estudo de Prata (2022). A implementação de cursos de capacitação, de reciclagem e de aprimoramento para os ACS com temáticas como por exemplo o preenchimento das fichas cadastrais e sobre deficiência, auxiliará na obtenção de dados com informações mais detalhadas e com menos erros, na criação e implementação de novas políticas públicas e projetos de melhorias nos serviços de saúde e no aumento de profissionais.

Tais medidas influencia de positivamente na redução nas filas de espera e no aumento na oferta de novas vagas para realizar as terapias e, conseqüentemente, na redução no número de internamentos hospitalares.

A evolução das políticas específicas para a saúde das PcD dentro do SUS, especialmente com a PNAISPD e a Rede de Cuidados à PcD, demonstra uma ampliação do acesso e da qualidade dos serviços. Contudo, a implementação desigual em diferentes regiões ainda representa um desafio. Incorporar os princípios da CDPD ao seu ordenamento jurídico, alinhando-se à agenda global de direitos humanos e aos ODS Essa integração destacou o papel dos ODS 3 (saúde e bem-estar), 4 (educação de qualidade), 8 (trabalho descente e crescimento econômico), 10 (redução das desigualdades) e 16 (paz, justiça e instituições eficazes) na construção de políticas públicas voltadas às PcD.

Ao confrontar os resultados da pesquisa com os ODS, percebe-se que:

ODS 3 (Saúde e Bem-Estar): a longa fila de espera e o número reduzido de altas comprometem a universalidade e a qualidade do cuidado, dificultando a oferta de serviços de saúde acessíveis e abrangentes.

ODS 4 (Educação de Qualidade): a maioria das PcD atendidas estão em idade escolar, mas há lacunas educacionais que limitam a aprendizagem e a posterior inclusão socioeconômica.

ODS 8 (Trabalho Decente e Crescimento Econômico): as dificuldades de escolarização e reabilitação integral reduzem as perspectivas de inserção no mercado de trabalho, perpetuando condições de vulnerabilidade.

ODS 10 (Redução das Desigualdades): a deficiência continua sendo um fator de exclusão, agravado pela falta de acesso oportuno aos recursos de saúde e reabilitação, ampliando a desigualdade.

ODS 16 (Paz, Justiça e Instituições Eficazes): a efetivação dos direitos da PcD requer uma gestão pública articulada e transparente, capaz de fortalecer instituições e garantir a participação social nos processos decisórios.

Limitações do Estudo

Ressalta-se que, por ocorrer em um único serviço de saúde e envolver amostragem por conveniência, o estudo não permitirá generalizações estatísticas amplas. Entretanto, espera-se que a análise aprofundada do CER III em Lagarto traga contribuições relevantes, capazes de subsidiar melhorias locais e fomentar reflexões

sobre o fortalecimento da RCPD em contextos semelhantes. Com este percurso metodológico, buscou-se garantir uma visão abrangente do funcionamento do CER III, identificando avanços, limites e potenciais contribuições para o aprimoramento das políticas públicas de saúde destinadas às PcD na região.

Desafios e perspectivas

Embora se reconheça o esforço do CER III em adotar práticas baseadas na RCPD e no modelo biopsicossocial, bem como o potencial do PTS e da articulação em rede, os desafios estruturais, gerenciais e intersetoriais indicam que a implementação dos princípios da CDPD, da LBI e o alcance das metas dos ODS ainda esbarram em barreiras que tornam o atendimento fragmentado e insuficiente. A superação dessas limitações demanda políticas públicas robustas, ações afirmativas mais efetivas e um planejamento integrado que contemple saúde, educação, trabalho e assistência social, de modo a promover a verdadeira inclusão da PcD.

A análise dos serviços ofertados pelo CER III em Lagarto (SE) revela o quanto é extensa a fila de espera, o que compromete a efetividade das políticas públicas destinadas à PcD. Ao mesmo tempo, aponta oportunidades voltadas ao fortalecimento da RCPD por meio da APS e integração com outros serviços da rede. Além disso, destaca a necessidade de novos estudos para uma análise aprofundada do CER e dos demais serviços da RCPD, contribuindo para a redução de barreiras sociais, de infraestrutura e de gestão.

Possíveis caminhos para o fortalecimento do CER na RCPD em Lagarto

Embora não tenha sido possível avaliar profundamente as limitações estruturais e gerenciais comuns a outras regiões do Brasil, como são demonstradas no estudo de Biz *et.al* (2024), esta pesquisa apresenta os desafios referentes ao número elevado de pessoas na lista de espera, a falta de sistematização no preenchimento dos prontuários e a utilização da CIF. Contudo, a adoção de medidas voltadas à qualificação profissional, ao fortalecimento das redes de atenção e à busca por inovações na gestão e no financiamento pode resultar em melhorias expressivas nos indicadores de acesso e qualidade do cuidado. Dessa forma, Lagarto poderá se consolidar como referência regional na promoção da saúde e da inclusão das PcD, alinhando-se cada vez mais aos princípios fundamentais do SUS e às demandas da população local. Seguem as recomendações:

Investimento em treinamento e valorização profissional: através da formação continuada e de plano de carreira, ao ofertar cursos e oficinas de aperfeiçoamento para os profissionais atuantes na RCPD, promovendo atualização constante em metodologias e tecnologias de reabilitação. Estabelecer mecanismos de incentivo salarial e progressão funcional, reduz a rotatividade e aumenta o comprometimento da equipe.

Ampliação de recursos financeiros e parcerias: captação de recursos externos, em parceria com o Campus da Saúde da UFS localizado no município de Lagarto, buscar editais, convênios e parcerias público-privadas para complementar o financiamento.

Gestão e integração intersetorial: melhorar a transparência e o planejamento de gastos, priorizando a compra de equipamentos e adaptações fundamentais ao atendimento das PcD, garante uma gestão orçamentária eficiente. Criar ou fortalecer instâncias que reúnam representantes da saúde, educação, assistência social, transporte e conselhos de direitos, a fim de planejar ações conjuntas para a PcD. Articular com municípios vizinhos para compartilhar recursos e serviços especializados, reduz a sobrecarga do CER III e amplia a cobertura.

Logística e acessibilidade: implantar serviços de transporte com veículos equipados para PcD, inclusive em zonas rurais, garantindo o deslocamento seguro. Promover reformas e adequações em todas as unidades de saúde, escolas e espaços públicos, assegurando cumprimento das legislações vigentes. Implantar um sistema que permita monitorar em tempo real os atendimentos realizados e criar estratégias para extinguir a fila de espera. Além disso, produzir e distribuir materiais informativos em formatos acessíveis (Libras, Braille, textos ampliados), aumentando a autonomia das PcD e de seus familiares.

Participação e controle social: incentivar a atuação dos Conselhos Municipais de Saúde, da Pessoa com Deficiência e outros espaços de controle social, garantindo maior representatividade e o fortalecimento das entidades. Promover fóruns e conferências para estimular debates periódicos envolvendo PcD, familiares, gestores e profissionais de saúde, de modo a avaliar e reajustar estratégias.

Possíveis entraves na implementação das políticas públicas

Destacamos quatro possíveis entraves apartir da observação de campo do CER III: recursos humanos e financeiros, gestão e governança, logística, informação e comunicação.

1. Recursos humanos e financeiros: a falta de profissionais especializados e a carência de equipes multidisciplinares qualificadas dificulta a oferta de terapias diversificadas e adaptadas às necessidades das PcD. E a rotatividade de pessoal devido à ausência de planos de carreira ou incentivos pode levar a uma elevada rotatividade, prejudicando a continuidade do cuidado. Orçamento insuficiente, com a limitação de recursos alocados para equipamentos, adaptações estruturais e contratação de profissionais dificulta a expansão e a manutenção de serviços de qualidade. A Dependência de repasses pontuais devido à falta de previsibilidade nos repasses (municipais, estaduais e federais) impacta o planejamento de longo prazo.

2. Gestão e governança: falta de integração intersetorial, pela ausência de mecanismos eficazes de articulação entre saúde, educação e assistência social impede a formulação de estratégias conjuntas. A carência de planejamento territorial dificulta a distribuição equitativa de serviços, resultando em concentração de atendimentos em locais específicos e pouca cobertura em áreas remotas.

3. Aspectos logísticos: a falta de acessibilidade reforça as barreiras físicas e ausência de transporte adaptado dificultam a ida das PcD aos pontos de atenção, resultando em absenteísmo ou desistência do tratamento. Infraestrutura e mobilidade urbana inadequadas no município dificultam o acesso e o direito humano fundamental de ir e vir.

4. Informação e comunicação: dados incompletos e desatualizados nos prontuários dos usuários do serviço, a ausência de sistemas de informação integrados e constantemente alimentados prejudica o planejamento, a avaliação e a tomada de decisões. A fragilidade na comunicação acessível e a escassez de materiais informativos acessíveis limita o conhecimento dos próprios usuários sobre seus direitos e sobre a rede de atendimento disponível.

Reflexões e Implicações

Para as famílias: a sobrecarga de cuidados e a longa espera por atendimentos podem agravar a vulnerabilidade social, especialmente em famílias de baixa renda ou com poucos recursos de apoio.

Para a sociedade: é fundamental ampliar a conscientização e a eliminação de barreiras atitudinais, favorecendo a inclusão de crianças e jovens com deficiência nos ambientes escolares e comunitários.

Para a gestão: os gestores devem reconhecer que a RAS e a RCDP são grande aliadas na redução das listas de espera e que a garantia de alta resolutividade não se limitam ao aumento do quantitativo de profissionais, mas exigem estratégias intersetoriais, educação permanente, políticas de transporte adaptado e parcerias com outras instâncias governamentais (assistência social, educação, trabalho). A APS realiza o trabalho crucial no levantamento de dados da população através dos ACS que atuam como elo entre a APS e a população.

A análise dos resultados sob a perspectiva do modelo social da deficiência reforça que a efetividade das intervenções terapêuticas depende não apenas de diagnósticos e recursos clínicos, mas de condições sociais favoráveis, políticas inclusivas e mudanças de atitude que promovam a plena participação das PcD em todos os espaços da vida em comunidade.

CONCLUSÕES

A análise do Centro Especializado em Reabilitação (CER III) em Lagarto (SE) evidencia que, embora haja avanços na oferta de terapias e serviços de reabilitação, a alta demanda e as longas filas de espera limitam a efetividade das políticas públicas de saúde para Pessoas com Deficiência (PcD).

Para pesquisas futuras, recomenda-se aprofundar a avaliação do impacto de ações intersetoriais entre os níveis de saúde como a APS e a RCPD, como o sistema de referência e contrareferência e melhorias nos cadastramentos realizados na APS influenciará na redução de filas de espera e na ampliação do acesso em todos os níveis de saúde, bem como investigar a percepção das PcD e familiares sobre a qualidade e resolutividade dos atendimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta dissertação, foi apresentada a importância da coleta e análise de dados da população, em destaque sobre pessoas com deficiência (PcD) para subsidiar políticas públicas eficazes, o fortalecimento e melhoria da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) e no planejamento de serviços e recursos para essa população, não somente no Brasil como também em todo o mundo. Por isso,

faz-se necessário uma padronização metodológica de coletas juntamente com o modelo social da deficiência.

Além disso, pode-se observar as inconsistências encontradas nos cadastros municipais, que podem estar relacionados ao déficit do conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) referente a deficiência e no preenchimento das fichas cadastrais, o que indica a necessidade de cursos de aprimoramento principalmente com estes profissionais. Ao realizar uma melhoria na coleta dos dados e no cadastramento da população, consequentemente, haverá um avanço na redução das filas de espera em todos os níveis de saúde, dos quais podemos destacar o Centro Especializado em Reabilitação (CER) que faz parte da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e presta serviços as PcD e pessoas com transtorno do neurodesenvolvimento.

Nesse contexto, o poder público, gestores e a sociedade civil devem colaborar de forma intersetorial, fortalecendo programas de capacitação profissional, expandindo a infraestrutura e promovendo a participação das PcD no planejamento e monitoramento de ações alinhando-se às metas globais, como os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Somente com esse envolvimento conjunto será possível efetivar os princípios do SUS, da Lei Brasileira de Inclusão e de outras normas voltadas à garantia dos direitos e das necessidades emergentes das PcD.

Assim, esta dissertação visa instigar os profissionais de saúde, a população em geral e os gestores públicos sobre a necessidade de realizar pesquisas futuras referentes aos temas apresentados em todos os níveis de saúde, pois eles poderão proporcionar um desenvolvimento na resolutividade dos atendimentos essenciais, redução em filas de espera e aumento na oferta de serviços.

REFERÊNCIAS

Aguiar *et. al.* Pessoas com deficiência e as políticas públicas de saúde no Brasil. **Rev. Enferm. Atual In Derme**, v. 96, n. 36, p. 1-9. 2021. Disponível em <https://docs.bvsaalud.org/biblioref/2022/06/1373257/katiasimoes20181107en.pdf> . Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

Almeida, M. C.; Campos, G. W. S. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas / Policies and assistencial models in disabled's health and rehabilitation in Brazil: analisys about two decades. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.3, n. 3, p. 118-126. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v13i3p118-126> . Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

APAE BRASIL(FENAPAES). Política de Atenção Integral e Integrada da Rede APAE [Internet]. Brasília (Fenapaes); 2021. 130p. Disponível em: <https://media.apaebrasil.org.br/FENAPAES-CARTILHA-POLITICA-DE-ATENCAO-INTEGRAL-E-INTEGRADA-DA-REDE-APAE-Web.pdf> . Acesso em: 28 de novembro de 2024.

Arrué *et.al.* Prevalence of children with special healthcare needs: An epidemiological survey in Brazil. **J Pediatr Nur**, v. 67, p. 95-101. 2022 Disponível em: 10.1016/j.pedn.2022.08.013. Epub 2022 Sep 1. PMID: 36058190. Acesso em: 20 de fevereiro de 2025.

Bernardes *et.al.* Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil reflexões bioéticas. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p 31-8. 2009. Disponível em 10.1590/s1413-81232009000100008. PMID: 19142306. Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

Biz, M.C.P; Chun, R.Y. S. Operacionalização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, em um Centro Especializado em Reabilitação. **CODAS**. São Paulo. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192019046>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2025.2.24

Biz *et.al.* Centros Especializados em Reabilitação: avaliando os desafios à implementação do modelo biopsicossocial nas práticas assistenciais à pessoa com deficiência. **Interface**. Botucatu, v. 28. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.230178>. Acesso em 21 de fevereiro de 2025.

BRASIL, Lei nº 11.793, de 23 de novembro de 2023. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Novo Viver sem Limite. Brasília, DF: República Federativa, 2023. Disponível em: [D11793 \(planalto.gov.br\)](https://www.planalto.gov.br/_ato2023-2026/2023/decreto/D11793). Acesso em: 31 de março de 2023.

BRASIL, Decreto nº 11.785, de 20 de novembro de 2023. Institui o Programa Federal de Ações Afirmativas. Diário Oficial da União, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11785.htm . Acesso em 23 de novembro de 2024.

BRASIL, Lei 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 (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: República Federativa, 2023. Disponível em: [Ministério da Saúde \(www.gov.br\)](http://www.gov.br). Acesso em: 31 de março de 2023.

BRASIL, Lei nº 14.126, de 19 de julho de 2023. Altera a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, e a Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001, para prever atendimento prioritário a pessoas com transtorno do espectro autista ou com mobilidade reduzida e a doadores de sangue e reserva de assento em veículos de empresas públicas de transporte e de concessionárias de transporte coletivo nos dois primeiros casos. Diário Oficial da União, 2023. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Lei/L14626.htm . Acesso em 24 de novembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde : PCATool-Brasil – 2020 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200506_Pcatool_versao_preliminar_Final.pdf . Acesso em: 28 de agosto de 2023.

BRASIL, Informação e Gestão da Atenção Básica (2020). Ministério da Saúde. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml> Acesso em: 01 de setembro de 2023.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 30 de novembro de 2024.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. Dispõe sobre a instituição da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: República Federativa, 2015. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm. Acesso em: 23 de junho de 2023.

BRASIL, Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm . Acesso em: 23 de novembro de 2024.

BRASIL. Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e custeio para o componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília, DF: República Federativa, 2012. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html. Acesso em 23 de junho de 2023.

BRASIL, Decreto 7612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Secretaria Nacional De Promoção Dos Direitos Da Pessoa Com Deficiência – SNPD. Brasília, DF: República Federativa, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm. Acesso em: 22 de junho de 2023.

BRASIL, Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, 30 de março de 2007. Diário Oficial da União, [2009]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm . Acesso em: 25 de novembro de 2024.

BRASIL. Decreto nº 186, de 9 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência Comentada. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. 165p. Disponível em: <https://www.gov.br/governodigital/pt-br/acessibilidade-digital/convencao-direitos-pessoas-deficiencia-comentada.pdf>. Acesso em: 22 de junho de 2023

BRASIL, Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005. Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Diário Oficial da União, 2005. disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/decreto/d5626.htm. Acesso em 23 de novembro de 2024.

BRASIL, Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.. Diário Oficial da União, 2004. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm . Acesso em 25 de novembro de 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf . Acesso em 20 de fevereiro de 2025.

BRASIL, Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002. Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências. Brasília, DF: República Federativa, 2002. Disponível em: [L10436 \(planalto.gov.br\)](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2002-2004/2002/lei/L10436.htm). Acesso em 30 de março de 2024.

BRASIL, Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: República Federativa, 2001. Disponível em: [L10216 \(planalto.gov.br\)](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2001-2004/2001/lei/L10216.htm). Acesso em 30 de março de 2024.

BRASIL. Lei nº 10.048, de 08 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências., Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: República Federativa 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110048.htm Acesso em: 28 de agosto de 2023.10.26

BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências., Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: República Federativa 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110098.htm Acesso em: 28 de agosto de 2023.10.26

BRASIL, Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, DF: República Federativa, 1999. Disponível em: [D3298 \(planalto.gov.br\)](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm). Acesso em 30 de março de 2024.

BRASIL, Decreto nº 914, de 06 de setembro de 1993. Institui a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, e dá outras providências.. Brasília, DF: República Federativa, 1993. Disponível em: [D914 \(planalto.gov.br\)](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D914.htm). Acesso em 30 de março de 2024.

BRASIL, Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS – e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: República Federativa, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm. Acesso em: 22 de junho de 2023.

BRASIL, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.Brásilia, DF: República Federativa, 1990. Disponível em: [L8080 \(planalto.gov.br\)](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm) Acesso em: 22 de junho de 2023.

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: República Federativa, 1989. Disponível em: [L7853 \(planalto.gov.br\)](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17853.htm). Acesso em 30 de março de 2024.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 30 agosto de 2023.

BRASIL, Lei nº 4.169, de 4 de dezembro de 1962. Oficializa as convenções Braille para uso na escrita e leitura dos cegos e o Código de Contrações e Abreviaturas Braille. Diário Oficial da União, 1962. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/14169.htm . Acesso em 24 de novembro de 2024.

BRASIL, Lei nº 1920, de 25 de julho de 1953. Separação do Ministério da Saúde e Educação, com a criação do Ministério da Saúde como órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros. Diário Oficial da União. 1953. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/25-7-aniversario-de-criacao-do-ministerio-da-saude-3/#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20foi,que%20responde%20pelas%20duas%20pastas>. Acesso em: 25 de novembro de 2024.

BRASIL, Decreto nº 1.428, de 12 de setembro de 1854. Crea nesta Corte um instituto denominado Imperial Instituto dos meninos cegos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1854. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1428-12-setembro-1854-508506-publicacaooriginal-1-pe.html> . Acesso em 24 de novembro de 2024.

BRASIL, Lei nº 939, de 26 de setembro de 1857. Crea nesta Corte um instituto denominado Imperial Instituto dos menino cegos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 1857 Sept 26. Available from: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/leimp/1824-1899/lei-939-26-setembro-1857-557839-publicacaooriginal-78539-pl.html> . Acesso em 24 de novembro de 2024.

BRASÍLIA (Estado). Resolução 217 A (III), de 10 de dezembro de 1948. Declaração dos Direitos Humanos, adotada e proclamada na Assembleia Geral das Nações Unidas. Diário Oficial da União 1948. Disponível em: <https://www.tjsp.jus.br/Download/Portal/Neddif/AtosNormativos/DeclaracaoUniversalDireitosHumanos.pdf> . Acesso em 24 de novembro de 2024.

Chandy *et.al.* Prevalence of Functional Difficulty Among School-Aged Children and Effect on School Enrolment in Rural Southern India: A Cross-Sectional Analysis. **J Epidemiol Glob Health**, v. 14, n. 4, p. 1476-1489. 2024. Disponível em: 10.1007/s44197-024-00293-7. Epub 2024 Sep 19. PMID: 39298111; PMCID: PMC11652546. Acesso em: 19 de fevereiro de 2025.

Chi *et. al.* Exploring Factors Associated with Functional Change and Predictors of Participation Improvement-A Two Years Follow-Up on People with Depression. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 7, p. 3439.2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph18073439> . Acesso em 19 de fevereiro de 2025.

Chien *et.al.* Impairment Types and Combinations Among Adolescents and Young Adults with Disabilities: Colorado 2014-2018. **Acad Pediatr**, v. 24, n. 4, p. 587-595. 2024. Disponível em: 10.1016/j.acap.2023.10.010. Epub 2023 Nov 2. PMID: 37925071; PMCID: PMC11056312. Acesso em: 19 de fevereiro de 2025.

Costa *et.al.* Estudos Sobre Deficiência e Discriminação no Brasil: Direitos Humanos em Foco / Disability and Discrimination Studies in Brazil: Human Rights in Focus. **Pesqui. prá. psicossociais**, v. 6, n. 1 p. 155-157. 2011. Disponível em:

https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/volume6_n1/Costa_et_al.pdf . Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

De Araujo e Silva, Roberta et al . Políticas públicas para la inclusión social en la discapacidad - revisión sistemática. **Av.enferm.**, Bogotá , v. 30, n. 2, p. 13-24, July 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002012000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

Dunn *et.al.* Prevalence of mental health conditions, sensory impairments and physical disability in people with co-occurring intellectual disabilities and autism compared with other people: a cross-sectional total population study in Scotland. **BMJ Open**. v. 26, n 4. 2020. Disponível em: 10.1136/bmjopen-2019-035280. Acesso em: 15 de fevereiro de 2025.

Dupuis *et.al.* Strategies to reduce waiting times in outpatient rehabilitation services for adults with physical disabilities: A systematic literature review. **Journal of health services research & policy**, v. 27, n. 2, p. 157–167. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/13558196211065707> . Acesso em: 15 de fevereiro de 2025.

Feldman *et.al.* Is waiting for rehabilitation services associated with changes in function and quality of life in children with physical disabilities?. **Physical & occupational therapy in pediatrics**, v. 28, n. 4, p. 291–307. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01942630802224868>. Acesso em 16 de fevereiro de 2025.

Foresti, T; Bousield, A. B.S. A compreensão da deficiência a partir das teorias dos modelos médico e social. **Revista psicologia política**, São Paulo , v. 22, n. 55, p. 654-667. 2022 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2022000300010&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 22 de janeiro 2025.

Fraga, M. N. O; Souza, A. F. Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil: o desafio da inclusão social / Public policies for disabled people in Brazil: the challenge of social inclusion / Políticas públicas para personas con incapacidad en Brasil: el desafío de la inclusión social. **Rev. eletrônica enfermagem**, v. 11, n. 2. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v11.47052>. Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

França, I. S. X.; Pagliuca, L. M. F.; Baptista, R. S. Policies for the inclusion of disabled people: limits and possibilities: [review] / Política de inclusão do portador de deficiência: possibilidades e limites: [revisão], **Acta paul. enferm**, (Online). v. 21, n. 1, p. 112-116. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/TCM7H9DdqJ9GnKFjkQnGwPG/?lang=en> . Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

França, T. H. Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. **Lutas Sociais**, v. 17, n. 31, p. 59-73. 2013. Disponível em: <https://www4.pucsp.br/neils/revista/vol%2031/tiago-henrique-franca.pdf>. Acesso em 22 de janeiro de 2025.

França *et.al.* Application of principlist bioethics to public policies for disabled people: systematic review / Aplicação da bioética principialista às políticas públicas para pessoas com deficiência: revisão sistemática. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v. 9, n. 1. 2010. Disponível em:

<https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2893/653> . Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

Girondi, J. B. R.; Santos, S. M. A. O cuidado de si no contexto da pessoa com deficiência / Self-care in the context of the person with deficiency. **Rev. enferm. UFSM. Rio Grande do Sul**, v.1, n. 3, p. 481-488. 2011. Disponível em:

<https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/2891/2411> . Acesso em: 20 de janeiro de 2025

Ingram *et. al.*. Establishing a professional profile of community health workers: results from a national study of roles, activities and training. **Journal of community health**, Washington, n. 37, p. 529-537. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10900-011-9475-2>. Acesso em: 22 de junho de 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD) 2022** , Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2023. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102013>. Acesso em 15 de julho de 2023.

Jardim, D. S. P., Lemos, S. M. A., & Souza, Y. S. Produção assistencial de um Centro Especializado em Reabilitação: análise de atendimentos por modalidade e especialidades. **Distúrbios Da Comunicação**, v.35, n. 1. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2023v35i1e59117> . Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

Kuper, H; Reichenberger, V; Polack, S. Strengthening the inclusion of persons with disabilities in the health system in Brazil. **INTERNATIONAL CENTRE FOR EVIDENCE IN DISABILITY, London School of Hygiene & Tropical Medicine**, 29 mar 2023. Disponível em: <https://www.lshtm.ac.uk/newsevents/events/strengthening-inclusion-persons-disabilities-health-system-brazil> Acesso em 23 de janeiro 2025.

Leonardi *et.al.*(2022). 20 Years of ICF-International Classification of Functioning, Disability and Health: Uses and Applications around the World. **International journal of environmental research and public health**, v. 19, n. 18. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph191811321>. Acesso em: 16 de fevereiro de 2025.

Lyra *et. al.* The National Health Policy for people with disabilities in Brazil: an analysis of the content, context and the performance of social actors. **Health Policy Plan**, v.12, n. 37(9), p. 1086-1097. 2022. DOI: 10.1093/heapol/czac051. PMID: 35771660; PMCID: PMC9557334.13 . Acesso em 29 de novembro de 2024.

Machado, W. C. A.; Santos, A. S. Pessoas com deficiência, pobreza e políticas públicas de saúde: interfaces do cuidado de enfermagem na comunidade / Disabled

people, poverty and health public policies: nursing care in the community appearance. **Online braz. j. nurs. (Online)**. v. 6. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1676-4285.20071042> . Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

Malta *et al.* The GBD Brazil network: better information for health policy decision-making in Brazil. **Population Health Metric**. v. 30, n. 18. 2020. DOI: 10.1186/s12963-020-00224-1. Acesso em 30 de março de 2024.

Mefano, V. Política pública para a pessoa com deficiência: Brasil e experiência internacional / Public policy for a pessoa com deficiência Brazil and international experiência. **Repositório Insitucional da Fiocruz**. Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14409> . Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

Mhlongo E.M.; Lutge E.; Adepeju, L. The roles, responsibilities and perceptions of community health workers and ward-based primary health care outreach teams: a scoping review. **Global Health Action**, Londres, v.13, n 1. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/16549716.2020.1806526>. Acesso em: 22 de junho de 2023.

Ministério da Saúde. Proposta de Emenda à Constituição nº 25, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: República Federativa, 2017. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br). Acesso em 31 de março de 2024.

Ministérios da Saúde. Portaria nº 03/MS/GM, de 01 de novembro de 2017. Altera os arts. 7º, 23, 24, 37, 40, 201, 203, 208, 227 e 244 da Constituição Federal para incorporar-lhes a nomenclatura “pessoa com deficiência”, utilizada pela Convenção Internacional sobre o Direito das Pessoas com Deficiência. DF: República Federativa, 2017. Disponível em: [PEC 25/2017 - Senado Federal](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/2017/09/Portaria/2017_003.htm). Acesso em 31 de março de 2024.

Ministério da Saúde. Portaria nº 1.328, de 3 de dezembro de 2012. Institui as Diretrizes de Atenção à Triagem Auditiva Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: República Federativa, 2012. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br). Acesso em 31 de março de 2024.

Ministério da Saúde, Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília: DF: República Federativa, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 22 de junho de 2023.

Ministério da Saúde, Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. Brasília. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2073_31_08_2011.html . Acesso em: 25 de novembro de 2024.

Ministério da Saúde. Clínica Ampliada, Equipe De Referência E Projeto Terapêutico Singular, 2ª edição. Brasília, 2007. 60p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf. Acesso em: 22 de junho de 2023.

Ministério da Saúde, Portaria nº 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília, DF: República Federativa, 2004. Disponível em: [Ministério da Saúde \(saude.gov.br\)](http://saude.gov.br). Acesso em 30 de março de 2024.

Ministérios da Saúde. Portaria Ministerial nº 1060. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html . Acesso em: 24 de novembro de 2024.

Morwane, R. E.; Dada, S.; Bornman, J. Barriers to and facilitators of employment of persons with disabilities in low- and middle-income countries: A scoping review. **African journal of disability**, v. 10, p. 833. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4102/ajod.v10i0.833>. Acesso em 16 de fevereiro de 2025.

Neves-Silva, P.; Prais, F. G.; Silveira, A. M. Inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho em Belo Horizonte, Brasil: cenário e perspectiva / The inclusion of disabled persons in the labor market in Belo Horizonte, Brazil: scenario and perspective. **Ciênc. Saúde Colet.** v.20, n. 8, p. 2549-2558. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n8/2549-2558/> . Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

Nunes J, Lotta G. Discretion, power and the reproduction of inequality in health policy implementation: Practices, discursive styles and classifications of Brazil's community health workers. **Social Science & Medicine**, v. 242. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112551>. Acesso em 22 de junho de 2023.

Olusanya *et al.* Global prevalence of developmental disabilities in children and adolescents: A systematic umbrella review. **Frontiers in Public Health**, Londres, v. 11. 2023 DOI: 10.3389/fpubh.2023.1122009. Acesso em: 22 de junho de 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo**. 2006. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-deficiencia#:~:text=O%20prop%C3%B3sito%20da%20presente%20Conven%C3%A7%C3%A3o,respeito%20pela%20sua%20dignidade%20inerente> Acesso em 23 de junho de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), The World Bank. Relatório mundial sobre a deficiência; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo : SEDPCD, 2012. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf . Acesso em 24 de agosto de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10**. OMS.

2019. Disponível em: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/>. Acesso em 05 de maio de 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Tradução e Revisão: Amélia Leitão – Lisboa, 2004. Disponível em: <https://catalogo.inr.pt/documents/11257/0/CIF+2004>. Acesso em 22 de junho de 2023.

Parasuraman, S. K; Ghandour, R. M; Kogan, M. D. Epidemiological profile of health and behaviors in middle childhood. **Pediatrics**, v. 145. 2020. Disponível em: <https://doi-org.ez20.periodicos.capes.gov.br/10.1542/peds.2019-2244>. Acesso em 20 de fevereiro de 2025.

Pasche *et. al.* Diálogo (bio)político: sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS / A (bio)Political discussion: about a few challenges over the development of the Health Care Network for People with Disability from the Brazilian's Health Care System. Brasil. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília; Ministério da Saúde; p. 150. 2015. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dialogo_bio_politico_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

Paulisso *et.al.* (2021). Functional mobility assessment is reliable and correlated with satisfaction, independence and skills. **Assistive technology : the official journal of RESNA**, v 33, n 5, p 264–270. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/10400435.2019.1629125>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2025.

Pereira *et. al.* Invisibilidade sistemática: pessoas com deficiência e Covid-19 no Brasil / Systematic invisibility: people with disabilities and Covid-19 in Brazil / Invisibilidad sistemática: personas con discapacidad y Covid-19 en Brasil. **Interface (Botucatu, Online)**, v. 25. 2021. Disponível: <https://doi.org/10.1590/interface.200677>. Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

Peixoto *et.al.* Análise da participação popular na política de atenção à saúde da pessoa com deficiência em Aracaju, Sergipe, Brasil / Analysis of popular participation in healthcare policy for people with disabilities in Aracaju, Sergipe, Brazil / Análisis de la participación popular en la política de atención a la salud de la persona discapacitada en Aracaju, estado de Sergipe, Brasil. **Interface (Botucatu, Online)**, v. 22, n. 67, p.1099-1110. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sFmbxG95tjzJzVZNcG853dz/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

Relatório mundial sobre deficiência Relatório mundial sobre a deficiência / **World Health Organization**, The World Bank ; tradução Lexicus Serviço Lingüísticos. - São Paulo : SEDPcD, 334p. 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf. Acesso em: 23 de junho de 2023.

Roos, E.; Sondenaa, E. Improving the transition process to independent living for adolescents with profound intellectual disabilities. Experiences of parents and employees. **BMC health services research**, v. 20, n. 1, p. 1133. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05976-y> . Acesso em: 20 de fevereiro de 2025.

Sabariego, C. Aprimoramento da política pública com foco na funcionalidade: avaliações e reflexões sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC) no Brasil / Enhancement of public policy with a focus on functioning: evaluations and reflections on the Continuous Cash Benefit program in Brazil. **Ciênc. Saúde Colet. (Online)**, v. 22, n. 11, p.3494-3494. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n11/3494-3494/> . Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

Sakellariou, D.; Rotarou, E. S. Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data. **BMJ open**, v. 7, n 8. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016614> . Acesso em: 20 de fevereiro de 2025.

Santos, W. R. Pessoas com deficiência: nossa maior minoria / People with disability: our larger minority. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p.501-519. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/SDWpCmFGWGn69qtRhdqqGSy/?lang=pt>. Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

Silva *et.al.* (2020). Physiotherapy access for children and adolescents with physical disabilities in public institutions. Acesso à fisioterapia de crianças e adolescentes com deficiência física em instituições públicas. **Ciencia & saude coletiva**,v 25, n 7, p 2859–2870. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020257.12682018>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2025.

Souza, J. D *et al.* Desmistificando a pessoa com deficiência pelo olhar de agentes comunitários de saúde. **Peer Review Journls**, v. 5, n. 15, p. 58–73. 2023. DOI: <https://doi.org/10.53660/737.prw1924> . Acesso em: 29 de agosto de 2023.

Souza, J. M. Carneiro, R. Universalismo e focalização na política de atenção à pessoa com deficiência / Universalism and targeting in the policy of attention to the handicapped person **Saúde Social**, v.16, n. 3, p. 69-84. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nzpXPmmZ5Sh6MdfnPrqhwj/?lang=pt> . Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

Shumet *et.al.* (2024). Socio-demographic, psychosocial, and suicidal behavior correlates of stigma among people with physical disabilities in Northwest Ethiopia. **BMC public health**, v. 24, n. 1, p. 2901. 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-024-20379-y> . Acesso em: 20 de fevereiro de 2025.

Teixeira-Machado, Lavínia. Estigma, capacitismo e identidade social: de quem é a deficiência?. **Peer Review**. V. 5, p. 1-15. 2024. DOI: <https://doi.org/10.53660/PRW-2308-4229> . Acesso em 23 de novembro de 2024.

Tomaz *et.al.* Políticas públicas de saúde para deficientes intelectuais no Brasil: uma revisão integrativa [Public health policies for the intellectually disabled in Brazil: an integrative review]. **Cien Saude Colet**, v. 21, n. 1, p. 155-72. 2016. Disponível em: 10.1590/1413-81232015211.19402014. PMID: 26816173 . Acesso em: 20 de janeiro de 2025.

Washington Group on Disability Statistics: Introdução aos conjuntos de perguntas do Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência. US National Center for Health Statistics (NCHS). Estados Unidos, 2020. Disponível em: [The Washington Group Primer - Portuguese Brazil .pdf \(washingtongroup-disability.com\)](#). Acesso em 28 de outubro de 2023.

UNESCO, Educação e Deficiência: Análise de Dados de 49 Países. 2018. Disponível em: <https://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/ip49-education-disability-2018-en.pdf> . Acesso em 21 de fevereiro de 2025.

APÊNDICES

Comprovante da aprovação no Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFSLAG/HUL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DE SERGIPE.

Pesquisador: Lavinia Teixeira Machado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 75076723.0.0000.0217

Instituição Proponente: Departamento de Educação em Saúde de Lagarto

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.619.943

Apresentação do Projeto:

A definição de pessoa com deficiência (PcD), segundo a Convenção sobre os Direitos da PcD (ONU, 2006), é aquela que apresente algum tipo de deficiência física, intelectual, sensorial ou mental a longo prazo, que necessitam de um suporte, em sua maioria em suas necessidades específicas e para participação plena, ativa e efetiva na sociedade (BRASIL, 2015). Eventualmente, algumas dessas deficiências estão relacionadas ao desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) e necessitam de assistência e suporte multiprofissional desde o seu nascimento até as fases jovem/adulta/ idosa ou o fim de vida (OLUSANYA et al., 2023).

Cerca de 15% da população mundial tem algum tipo de deficiência, as quais enfrentam barreiras físicas, sociais e emocionais, além das dificuldades encontradas nos cuidados da sua saúde, principalmente em países de baixa e média renda (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). A variabilidade destas deficiências, únicas ou múltiplas, requer abordagens de intervenções de maneira sistematizada levando em conta dimensões amplas de atenção à saúde.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua (PNAD) de 2022 (BRASIL, 2023) divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Censo Demográfico do Brasil de 2023, o Brasil possui aproximadamente 18,6 milhões de PcD na faixa etária de 2 a 60 anos ou mais, cerca de 8,9% da população brasileira, enquanto a região nordeste tem o maior número de PcD (10,3%) e Sergipe é o estado que possui maior prevalência (12,1%).

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é o profissional de saúde responsável em realizar a ligação

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.619.943

da família e aos profissionais de saúde e serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das suas responsabilidades é realizar o cadastro das famílias, para notificar a Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu território de abrangência e facilitar a prestação de serviços de saúde dessa família (GOMES et al., 2010; NASCIMENTO; CORREIA, 2008; MOTTA, BATISTA, 2015; INGRAM et al., 2012; NUNES, 2019; MHLONG, LUGTE, ADEPEJU, 2020; OBRASIL, 2023). Porém, a maioria dos ACS só conseguem identificar as deficiências mais visíveis como mental e física, o que torna a necessidade de um treinamento referente à PcD essencial para aprimorar e agilizar o seu trabalho.

A proposta aqui apresentada foi construída a partir do disposto na Convenção dos Direitos Humanos para a PcD realizada pela ONU em 2006, cujo propósito de promover, proteger, assegurar a equidade e o pleno exercício dos direitos humanos e liberdades da PcD e promover o respeito pela sua dignidade. Além de centrar-se nos pilares da saúde, da educação, do direito à participação social e cultural, promovendo autonomia e empoderamento para a PcD. Baseando-se no Art. 2º da portaria nº 793/2012 (BRASIL, 2012), listamos as essenciais diretrizes: o respeito aos direitos humanos, a promoção da equidade, garantia de acesso e cuidado integral, desenvolvimento de atividades no território com vistas à promoção e ao exercício da cidadania, através de ações exequíveis de educação continuada com participação e controle social nos diversos âmbitos que compõem o cenário da PcD.

O escopo do projeto tem como princípio identificar lacunas existentes no gerenciamento da Rede de Cuidados à PcD, pactuada na portaria nº 793/2012, com vistas à otimização dos serviços ofertados para a pessoa com PcD em Sergipe.

Objetivo da Pesquisa:

4.1. Objetivo Geral

Identificar a prevalência de PcD no estado de Sergipe.

4.2. Específicos

Descrever características de PcD em Sergipe nos seguintes parâmetros: (a) prevalência, (b) causas, (c) diagnósticos, (d) características clínicas, (e) características funcionais de acordo com a CIF, (f) tratamentos e linhas de cuidado da atenção em saúde no estado de Sergipe;

Identificar o nível de conhecimento dos ACS sobre PcD;

Prestar curso de educação continuada para os ACS sobre PcD.

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
 Bairro: Centro CEP: 49.400-000
 UF: SE Município: LAGARTO
 Telefone: (79)3632-2189 E-mail: cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.619.943

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo apresenta riscos mínimos relacionados a: invasão de privacidade; desconforto psicológico para responder questões relacionadas à saúde; o participante pode se sentir discriminado (a) ou estigmatizado (a) a partir do conteúdo revelado; tempo despendido por parte do(a) entrevistado (a) para responder as avaliações. Os pesquisadores se comprometem em esclarecer devida e adequadamente qualquer dúvida que eventualmente o participante venha a ter. Caso em algum momento da coleta de dados o participante sinta algum desconforto ou incômodo, poderá interromper e retirar o consentimento sem qualquer custo. Em qualquer circunstância, também poderá entrar em contato com os pesquisadores para que se possa tomar as medidas adequadas com as informações fornecidas. Os pesquisadores providenciarão informações necessárias para minimizar possíveis desconfortos e estarão disponíveis para contato posterior. Os dados dos participantes serão anonimizados para garantir a ética da pesquisa.

8.7. Benefícios

O levantamento epidemiológico será fundamental para também conhecer e documentar as necessidades de atenção e linha de cuidado à Pessoa com deficiência (PCD). A partir daí a aplicabilidade no SUS se faz possível, por permitir o planejamento em saúde e subsidiar a avaliação dos serviços ofertados para a PCD, principalmente no que tange a abrangência e cobertura dos serviços.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**6.1. Tipo de estudo e plano de ação**

Trata-se de um estudo de caráter exploratório que visa identificar a prevalência de PcD com vistas a explorar o perfil diagnóstico, clínico e funcional, incluindo distribuição territorial e acompanhamento terapêutico. Para a sistematização da proposta, serão incluídas as etapas de: (1) Análise da situação das PcD através dos ACS; (2) levantamento do Cadastro da Família via e-SUS e/ou Benefício de Prestação Continuada (BPC) para PcD; (3) visitas domiciliares indicadas pelos ACS; (4) aplicação de formulários estruturados pelo responsável para coleta de dados sociodemográficos; (5) Avaliação funcional (distribuição topográfica, tônus muscular); aplicação de sistema de Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

(1) Análise da situação das PcD através dos ACS: A extração dos dados nos prontuários das PcD que são atendidas e estão na lista de espera para atendimento nos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Clínicas Especializadas em Sergipe, será realizada através de um formulário (ANEXO 1) confeccionado no Google Forms (<https://docs.google>).

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
 Bairro: Centro CEP: 49.400-000
 UF: SE Município: LAGARTO
 Telefone: (79)3632-2189 E-mail: cepulag@ufls.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 6.619.943

com/forms/dle/1FAIpQLSd39pHgQDzI7iN0mMOczsHgkha5ZU7gzhhXJl7PmMZOKCiW0w/viewform?usp=sharing) e será preenchido pelos pesquisadores com as informações encontradas nos prontuários dessas instituições. A análise do conhecimento dos ACS acerca da PCD e treinamento dos mesmos: Será aplicado um formulário (ANEXO 2) para a identificação do conhecimento dos ACS acerca da Pcd. Os dados coletados serão armazenados em um dispositivo eletrônico local após a conclusão da coleta as informações contidas em qualquer meio de compartilhamento e armazenamento online serão excluídas após concluída a coleta. O treinamento será realizado conforme disponibilidade dos setores e tratará dos seguintes temas: conceito de Pcd, fatores de risco e etiologia, saúde global e questões clínicas.

(2) Levantamento sociodemográfico da Pcd a partir do Cadastro da Família via e-SUS e/ou Benefício de Prestação Continuada (BPC) para Pcd: Analisar, juntamente com os ACS, os dados coletados das Pcd para que seja possível a localização e futura visita domiciliar para traçar o perfil destas pessoas.

(3) Visitas domiciliares: serão realizadas juntamente com o ACS da área adscrita para a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - para Pcd maiores de 18 anos ou responsável) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE -para maiores de 12 anos e menores de 18 anos) daqueles que irão participar da pesquisa. Terão prioridade os territórios com maior prevalência de Pcd. Além disso, as visitas serão previamente agendadas e informadas pelos ACS aos participantes do estudo.

(4) Aplicação dos questionários estruturados: O questionário (ANEXO 3) será composto de informações sobre a mãe e/ou responsável: idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, renda familiar, tempo de gestação, ocorrências durante a gestação, tipo de parto, uso de medicamentos. E informações sobre a Pcd: idade, sexo, peso ao nascer, peso, altura, situação conjugal, escolaridade, atividade principal, condição de saúde (congenita ou adquirida), uso de órteses e dispositivos auxiliares, acompanhamento terapêutico, uso de medicamentos, dosimetria da medicação, histórico de condição pregressa e histórico familiar.

(5) Avaliação funcional: A avaliação funcional será realizada a partir da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), com foco nos fatores pessoais e ambientais (qualificadores "d" e "e") (OMS, 2004).

6.2. Participantes, critérios de inclusão e exclusão

Uma estimativa do tamanho amostral desejado foi realizado a partir dos dados do IBGE (2023), os

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro CEP: 49.400-000
UF: SE Município: LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 E-mail: cepulag@ufs.br

Continuação do Parecer: 6.619.943

quais constam que Sergipe possui 279.000 mil PcD. Assim, considerando um nível de confiança de 95% e margem de erro de 5% a estimativa amostral é de 384 PcD para este projeto. Serão incluídos na pesquisa toda as pessoas que tenham diagnóstico de algum tipo de deficiência de acordo com a Classificação Internacional de Doença (CID) a partir de relatório médico. As pessoas que não possuem a CID serão excluídas da pesquisa.

1. Execução da ação

Considerando o alinhado no Art. 5º da portaria 793/2012 (BRASIL, 2012) referente à operacionalização da Rede de Cuidados à PcD, torna-se fundamental o diagnóstico e desenho da rede com vistas a adesão destas pessoas no atendimento integral.

Em 1994, o Ministério da Saúde instituiu a Estratégia de Saúde da Família (ESF) com o objetivo de ampliar a atenção básica nos municípios, visando a prevenção e promoção da saúde da população. A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde (MS), por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), e com base nos princípios das políticas nacionais de educação e de saúde, estabelece as diretrizes para a qualificação de profissionais de enfermagem e de agentes comunitários de saúde, através da educação permanente. Estes profissionais atuam na rede assistencial do SUS nos diversos níveis de complexidade, incluindo a Rede de Atenção à PcD (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 2011; BRASIL, 2012; BRASIL, 2007).

Segundo a PNAD (2022), dos 8,9% da população com deficiência 10% são mulheres, 7,7% homens, 47,2% das pessoas idosas referiram algum tipo de deficiência e das pessoas que se autorreferiram como de raça cor preta 9,5%, parda 8,9% e 8,7% da população branca apontaram algum tipo de deficiência. Com base na pesquisa realizada, a PNAD apontou que as desigualdades permanecem em relação às PcD que tem taxas de escolarização, ocupação e rendimentos menores que a maioria da população sem deficiência. Baseando-se nos objetivos da RCPD, o projeto objetiva ampliar o acesso, número de profissionais de saúde e qualificar o atendimento, para garantir articulação e incorporação dos serviços de atenção das redes de saúde no território.

Para tal, o ponto de partida será a coleta de dados de todos prontuários dos que estão em atendimento e na lista de espera dos CER's. A capacitação dos agentes comunitários de saúde (ACS) para a identificação de pessoas com PcD. O treinamento utilizará a CIF, focando na observação da acessibilidade dos ambientes escolares e laborais, detecção de barreiras atitudinais, estruturais e sociais; atividades de autocuidado, atividades de classe; relacionamento dos serviços (unidades de saúde, centro especializado e comunidade).

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
 Bairro: Centro CEP: 49.400-000
 UF: SE Município: LAGARTO
 Telefone: (79)3632-2189 E-mail: cepulag@ufls.br

Continuação do Parecer: 6.619.943

Será realizado estudo diagnóstico para detecção de agravos à saúde e de serviços preventivos, para a eliminação de fatores de risco e adoção de hábitos de vida que interferem sobremaneira na qualidade de vida. O estudo focará na vigilância e pesquisa analítica da distribuição e característica dos indivíduos, destacando os determinantes sociais em saúde (DSS) com base nos elementos da CIF (físicos, biológicos, sociais, culturais e comportamentais) que age na saúde da pessoa com PCD. O estudo descritivo almejado terá como objetivo determinar a distribuição da pessoa com PCD, com vistas a examinar a incidência de casos novos e a prevalência de casos existentes de acordo com características sociodemográficas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Foram apresentados adequadamente os principais documentos: folha de rosto; cadastro CEP UFS-Lag/HUL; projeto completo, orçamento financeiro, cronograma. - SIM
- 2- Outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil. - SIM - Termo de confidencialidade; Termo de utilização de dados TCUD;
- 3- O(A) Pesquisador(a) solicitou a dispensa do TCLE. - Não
- 4- O modelo do TCLE foi apresentado pelo(a) pesquisador(a). - SIM
- 5- O modelo de questionário está anexado. - SIM
- 6- Foi apresentado a carta resposta - SIM

Recomendações:

RECOMENDAÇÃO 1- O parecer do CEP UFS-Lag/HUL é fortemente baseado nos textos do protocolo encaminhado pelos pesquisadores e pode conter, inclusive, trechos transcritos literalmente do projeto ou de outras partes do protocolo. Trata-se, ainda assim, de uma interpretação do protocolo. Caso algum trecho do parecer não corresponda ao que efetivamente foi proposto no protocolo, os pesquisadores devem se manifestar sobre esta discrepância. A não manifestação dos pesquisadores será interpretada como concordância com a fidedignidade do texto do parecer no tocante à proposta do protocolo.

RECOMENDAÇÃO 2- Destaca-se que o parecer consubstanciado é o documento oficial de aprovação do sistema CEP/CONEP, disponibilizado apenas por meio da Plataforma Brasil.

RECOMENDAÇÃO 3- É obrigação do pesquisador desenvolver o projeto de pesquisa em completa conformidade com a proposta apresentada ao CEP. Mudanças que venham a ser necessárias após a aprovação pelo CEP devem ser comunicadas na forma de emendas ao protocolo por meio da

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro CEP: 49.400-000
UF: SE Município: LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 E-mail: cepulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 6.619.943

Plataforma Brasil.

RECOMENDAÇÃO 4- O CEP informa que a partir da data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil. Os pesquisadores devem informar e justificar ao CEP a eventual necessidade de suspensão temporária ou suspensão definitiva da pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 5- Os pesquisadores devem manter os arquivos de fichas, termos, dados e amostras sob sua guarda por pelo menos 5 anos após o término da pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 6- Intercorrências e eventos adversos devem ser relatados ao CEP UFS Lag/HUL por meio de notificação enviada pela Plataforma Brasil.

RECOMENDAÇÃO 7- Se na pesquisa for necessário gravar algum procedimento (exemplos: entrevistas, grupos focais), o CEP UFS-Lag/HUL recomenda que as gravações sejam feitas em aparelhos a serem utilizados única e exclusivamente para a pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 8- Os pesquisadores deverão tomar todos os cuidados necessários relacionados à coleta dos dados, assim como, ao armazenamento dos mesmos, a fim de garantir o sigilo e a confidencialidade das informações relacionadas aos participantes da pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 9- Uma vez concluída a coleta de dados, é recomendado ao pesquisador responsável fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

RECOMENDAÇÃO 10- Se a coleta de dados for realizada em ambiente virtual, solicitamos que sigam as orientações contidas no OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, disponível para leitura em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise ética, de acordo com as Resoluções e Normativas do Conselho Nacional de Saúde vigentes, dentre elas a Resolução 466/12, Resolução 510/16 e a Norma Operacional 01/2003, não identificamos óbices éticos, desse modo nos posicionamos por parecer favorável.

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto

Bairro: Centro

CEP: 49.400-000

UF: SE

Município: LAGARTO

Telefone: (79)3632-2189

E-mail: cephulag@ufls.br

Continuação do Parecer: 6.619.943

ANÁLISE DAS RESPOSTAS ÀS PENDÊNCIAS DO PARECER 6.493.300 DE 07/11/2023

Pendência 1 – resolvida

Pendência 2 – resolvida

Pendência 3 – resolvida

Pendência 4 – resolvida

Pendência 5 – resolvida

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o CEP UFS Lag/HUL, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se por dar como parecer final: APROVADO.

Ainda de acordo com Resolução 466/2012, em seu item IX.1 A responsabilidade do pesquisador é indelegável e indeclinável e compreende os aspectos éticos e legais. E cabe ao pesquisador (Item IX.2): a. apresentar o protocolo devidamente instruído ao CEP ou a CONEP, aguardando a decisão de aprovação ética, antes de iniciar a pesquisa; b. elaborar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; c. desenvolver o projeto conforme delineado; d. elaborar e apresentar os relatórios parciais e final; e. apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento; f. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa; g. encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e h. justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro CEP: 49.400-000
UF: SE Município: LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 E-mail: cepulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFSLG/HUL



Continuação do Parecer: 6.619.943

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2196100.pdf	20/12/2023 15:49:13		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2196100.pdf	20/12/2023 15:19:22		Aceito
Outros	carta_resposta_pendencias_cep_lag_Pc D assinado_20_12_23.doc	20/12/2023 14:59:50	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Outros	carta_resposta_pendencias_cep_lag_Pc D assinado_20_12_23.doc	20/12/2023 14:59:50	Lavinia Teixeira Machado	Postado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO_PCD_20_12_23.d oc	20/12/2023 14:54:42	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO_PCD_20_12_23.d oc	20/12/2023 14:54:42	Lavinia Teixeira Machado	Postado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO_ACS_20_12_23.d oc	20/12/2023 14:52:48	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO_ACS_20_12_23.d oc	20/12/2023 14:52:48	Lavinia Teixeira Machado	Postado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	modelo_termo_autoriza_o_uso_de_da dos_CER3 assinado_20_12_23.pdf	20/12/2023 14:52:32	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	modelo_termo_autoriza_o_uso_de_da dos_CER3 assinado_20_12_23.pdf	20/12/2023 14:52:32	Lavinia Teixeira Machado	Postado
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_completo_Modificad o_modificado_anexado_20_12_23.doc	20/12/2023 14:52:16	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_completo_Modificad o_modificado_anexado_20_12_23.doc	20/12/2023 14:52:16	Lavinia Teixeira Machado	Postado
Brochura Pesquisa	projeto_brochura_modificado_20_12_23 .doc	20/12/2023 14:51:10	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto_brochura_modificado_20_12_23 .doc	20/12/2023 14:51:10	Lavinia Teixeira Machado	Postado
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2196100.pdf	19/12/2023 12:14:00		Recusad o
Outros	carta_resposta_pendencias_cep_lag_Pc D assinado.pdf	19/12/2023 12:13:12	Lavinia Teixeira Machado	Aceito

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro CEP: 49.400-000
UF: SE Município: LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 E-mail: cepulag@ufls.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 6.519.943

Outros	carta_resposta_pendencias_cep_lag_PcD assinado.pdf	19/12/2023 12:13:12	Lavinia Teixeira Machado	Postado
Outros	carta_resposta_pendencias_cep_lag_PcD.doc	19/12/2023 12:12:58	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Outros	carta_resposta_pendencias_cep_lag_PcD.doc	19/12/2023 12:12:58	Lavinia Teixeira Machado	Recusado
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_completo_Modificado_modificado_anexado.doc	18/12/2023 22:20:08	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_completo_Modificado_modificado_anexado.doc	18/12/2023 22:20:08	Lavinia Teixeira Machado	Recusado
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2196100.pdf	23/11/2023 17:26:27		Recusado
Outros	carta_resposta_pendencias_cep_lag_PcD assinado.pdf	23/11/2023 17:18:02	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Outros	carta_resposta_pendencias_cep_lag_PcD assinado.pdf	23/11/2023 17:18:02	Lavinia Teixeira Machado	Recusado
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_completo_Modificado_modificado_anexado.doc	23/11/2023 17:17:04	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_completo_Modificado_modificado_anexado.doc	23/11/2023 17:17:04	Lavinia Teixeira Machado	Recusado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_adolescente.doc	23/11/2023 17:15:43	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO_PCD.doc	23/11/2023 17:15:28	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto_brochura_modificado.doc	23/11/2023 17:13:53	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto_brochura_modificado.doc	23/11/2023 17:13:53	Lavinia Teixeira Machado	Recusado
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	modelo_termo_autoriza_o_uso_de_dados_CER3assinado.pdf	19/10/2023 12:52:18	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Anuencia_Coordenador_CER3assinado.pdf	17/10/2023 15:36:57	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Cronograma	Cronograma_Modificado.doc	17/10/2023 14:53:04	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Detalhado_completo_Modificado.doc	17/10/2023 14:52:50	Lavinia Teixeira Machado	Aceito

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
 Bairro: Centro CEP: 49.400-000
 UF: SE Município: LAGARTO
 Telefone: (79)3632-2189 E-mail: cepulag@ufs.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFSLAG/HUL**



Continuação do Parecer: 6.619.943

Investigador	Projeto_Detalhado_completo_Modificado.doc	17/10/2023 14:52:50	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto_brochura.doc	17/10/2023 14:52:13	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MODIFICADO_ACS.doc	17/10/2023 14:51:17	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Compromisso_de_Utilizacao_de_Dados_TCUD.pdf	15/10/2023 12:28:19	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Compromisso_de_Utilizacao_de_Dados_TCUD.pdf	15/10/2023 12:28:19	Lavinia Teixeira Machado	Recusado
Orçamento	Orçamento_Modificado.doc	11/10/2023 12:43:38	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_e_confidencialidade_ITSA.pdf	11/10/2023 12:34:24	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_de_anuencia_da_Instituicao.pdf	11/10/2023 12:11:21	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_e_confidencialidade_JMO.pdf	11/10/2023 12:09:56	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_e_confidencialidade_AP.pdf	11/10/2023 12:09:43	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_confidencialidade_LTM.pdf	10/10/2023 17:58:26	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_Anuencia_secretario_de_sau_de.pdf	09/10/2023 16:14:24	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_compromisso_e_confidencialidade ETA.pdf	05/10/2023 22:19:37	Lavinia Teixeira Machado	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	04/09/2023 16:09:26	Lavinia Teixeira Machado	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida Governador Marcelo Déda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro CEP: 49.400-000
UF: SE Município: LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 E-mail: cepulag@ufs.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SERGIPE - UFSLAG/HUL



Continuação do Parecer: 6.619.943

LAGARTO, 22 de Janeiro de 2024

Assinado por:
Júlia Guimarães Reis da Costa
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Governador Marcelo Dêda, 13, Sala: Biblioteca do Campus de Lagarto
Bairro: Centro CEP: 49.400-000
UF: SE Município: LAGARTO
Telefone: (79)3632-2189 E-mail: cepulag@ufs.br

ANEXOS

Anexo I: Formulário online utilizado na coleta de dados dos prontuários dos usuários do Centro Especializado em Reabilitação (CER) em Lagarto-se



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CAMPUS PROFESSOR ANTÔNIO GARCIA FILHO
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Link:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScUHN4HPSIrrq2dGkq16mIebuUVFggolI9cDEa_uzIEo1uXdXQ/viewform?usp=preview

Formulário dados coletado no CER III

B I U  

Para ser coletado nos prontuários e lista de espera.

Data da coleta *

Mês, dia, ano 

Quem coletou? Nome *

Texto de resposta curta

Dados pessoais

Dados pessoais do participantes em atendimento ou em lista de espera no CER 3

Data de Nascimento *

Mês, dia, ano

**Idade (anos completos) em números ***

Texto de resposta curta

Peso (em kg) (em números)

Texto de resposta curta

Altura (em cm)

Texto de resposta curta

Identidade de gênero

- ☐ (1) cis-homem
- ☐ (2) cis-mulher
- ☐ (3) trans-homem
- ☐ (4) trans-mulher
- ☐ (5) não binário
- ☐ N.D.A.

Cor/Raça

- ☐ (1) Branca
- ☐ (2) Preta
- ☐ (3) Amarela
- ☐ (4) Parda
- ☐ (5) Indígena
- ☐ (6) n.d.a.

Lê/ Escreve

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Prefiro não dizer
- ☐ N.D.A.

**Escolaridade ***

- ☐ (1) analfabeto
- ☐ (2) ensino fundamental incompleto
- ☐ (3) ensino fundamental completo
- ☐ (4) ensino médio incompleto
- ☐ (5) ensino médio completo
- ☐ (6) ensino técnico
- ☐ (7) ensino superior incompleto
- ☐ (8) ensino superior completo
- ☐ (9) pós-graduação
- ☐ (10) outros
- ☐ N.D.A.

Escola de vínculo *

- ☐ (1) Escola Municipal
- ☐ (2) Escola Estadual
- ☐ (3) Escola Particular
- ☐ (4) Creche Municipal
- ☐ (5) Creche Particular
- ☐ (6) Instituição Federal
- ☐ (7) Outro
- ☐ N.D.A.

Situação conjugal *

- ☐ (1) solteiro (a)
- ☐ (2) casado (a)
- ☐ (3) viúvo (a)
- ☐ (4) separado (a)
- ☐ (5) divorciado (a)
- ☐ (6) vivendo como casado (a) / união estável
- ☐ (7) outros
- ☐ N.D.A.

...

Atividade principal *

- ☐ (1) Emprego formal (com carteira assinada)
- ☐ (2) Trabalho informal (Sem carteira)
- ☐ (3) Funcionário público
- ☐ (4) Empregador (+ de dois funcionários)
- ☐ (5) Contr própria (paga ISS) / Autônomo (profissional Liberal)
- ☐ (6) Conta própria temporário (bico, free lancer)
- ☐ (7) Trabalha na produção do próprio consumo
- ☐ (8) Aposentado/Pensionista
- ☐ (9) Afastado (auxílio, doença e outros)
- ☐ (10) Do Lar
- ☐ (11) Estudante / universitário
- ☐ (12) Desempregado

☐ (13) Outros

☐ N.D.A.

Condição de saúde



Diagnóstico clínico, CID, condição clínica e etc.

Diagnóstico clínico

Texto de resposta curta

Qual o(s) CID(s)?

Texto de resposta curta

Data do diagnóstico

Mês, dia, ano



Condição clínica

Sim

Não

Adquiridas

☐☐

Congênitas

☐☐

Mão dominante

☐ (1) Esquerda []

☐ (2) Direita []

☐ (3) Ambidestro []

☐ N.D.A.

Está em atendimento terapêutico? *

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Lista de espera

...

Qual(is) atendimento(s) terapêutico(s)? (pode ser mais de um por pessoa) *

- ☐ fisioterapia
- ☐ fonoaudiologia
- ☐ terapia ocupacional
- ☐ Psicologia
- ☐ Psicopedagogia
- ☐ nutrição
- ☐ Lista de espera

Medicação



Descrição (opcional)

Em uso medicamentos

- ☐ sim
- ☐ não

Nome dos medicamentos

Texto de resposta curta

Dosimetria dos medicamentos

Texto de resposta curta

Administração dos medicamentos

Texto de resposta curta

Dados da família



Dados da genitora (histórico gestacional se houver) e dados dos responsáveis

Idade da genitora (anos completos) em números

Texto de resposta curta

Escolaridade

- ☐ (1) analfabeto
- ☐ (2) ensino fundamental incompleto
- ☐ (3) ensino fundamental completo
- ☐ (4) ensino médio incompleto
- ☐ (5) ensino médio completo
- ☐ (6) ensino técnico
- ☐ (7) ensino superior incompleto
- ☐ (8) ensino superior completo
- ☐ (9) pós-graduação
- ☐ (10) outros
- ☐ N.D.A.

Situação conjugal

- ☐ (1) solteiro (a)
- ☐ (2) casado (a)
- ☐ (3) viúvo (a)
- ☐ (4) separado (a)
- ☐ (5) divorciado (a)
- ☐ (6) vivendo como casado (a) / união estável
- ☐ (7) outros
- ☐ N.D.A.

Atividade principal

- ☐ (1) Emprego formal (com carteira assinada)
- ☐ (2) Trabalho informal (Sem carteira)
- ☐ (3) Funcionário público
- ☐ (4) Empregador (+ de dois funcionários)
- ☐ (5) Contr própria (paga ISS) / Autônomo (profissional Liberal)
- ☐ (6) Conta própria temporário (bico, free lancer)
- ☐ (7) Trabalha na produção do próprio consumo
- ☐ (8) Aposentado/Pensionista
- ☐ (9) Afastado (auxílio, doença e outros)
- ☐ (10) Do Lar
- ☐ (11) Estudante / universitário
- ☐ (12) Desempregado
- ☐ (13) Lavradora
- ☐ (14) Outros
- ☐ N.D.A.

Histórico gestacional

Texto de resposta curta

Antecedentes pessoais

Texto de resposta curta

Antecedentes familiares

Texto de resposta curta

Anexo II: Artigo aprovado em 2023 pela revista Peer Review Journals.

Desmistificando a pessoa com deficiência pelo olhar de agentes comunitários de saúde

1 de 16

Zoom automático

PEER REVIEW

PEER REVIEW, Vol. 5, Nº 15, 2023
DOI: 10.53660/737.prw1924
ISSN: 1541-1389

Desmistificando a pessoa com deficiência pelo olhar de agentes comunitários de saúde

Demystifying people with disabilities through the eyes of community health agents

Jucimara Dutra de Souza
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0192-0070>
Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: jucimara.dutra@gmail.com

Adrielle Andrade Passos
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9372-7430>
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: adrielle_passos@hotmail.com

Evanilza Teixeira Adorno
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2754-3817>
Programa de Pós-graduação em Ciências Aplicadas à Saúde, Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: evanilza.adorno@gmail.com

Juliana Maria Freitas de Oliveira
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0308-804X>
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: julianamfo@gmail.com

Beatriz Menezes DeJesus
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2205-7799>
Programa de Pós-Graduação em Ciências Fisiológicas, Universidade Federal de Sergipe, Brasil
E-mail: fisio.heatriz19@gmail.com

RESUMO

Na Atenção Primária à Saúde (APS), os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) desempenham um papel central na identificação das necessidades relacionadas à promoção da saúde e prevenção de agravos, especialmente no contexto da pessoa com deficiência (PcD). O objetivo deste estudo foi identificar o conhecimento dos ACS sobre a PcD. O estudo consistiu na oferta de um curso de educação continuada para esses profissionais, realizado virtualmente, composto por dez encontros semanais, com duração de 60 minutos cada. Concluíram o estudo 45 ACS, sendo 80% mulheres, com idades variando entre 20 e 56 anos. Quanto ao nível de escolaridade, apenas 40% possuíam ensino médio completo, e 49% trabalham como ACS há menos de cinco anos. Antes do curso, os participantes demonstraram conhecimento superficial e genérico sobre a definição e as características básicas das PcD. Mais de 51% dos ACS não tinham conhecimento sobre os direitos das PcD, mas após o curso esse número foi reduzido para 16%. O estudo evidenciou a necessidade de promover educação continuada e permanente para esses profissionais, a fim de garantir os direitos legais das pessoas com deficiência.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Pessoas com Deficiência; Capacitação Profissional.

ABSTRACT

Downloaded from <https://www.peer-review.com/peer-review/article/view/737/469>

Anexo III - Comprovante de submissão do artigo

em

L

The Lancet Regional Health - Americas

Lavinia Teixeira-Machado

Logout

Home

Main Menu

Submit a Manuscript

About

Help

← Submissions Being Processed for Author

Page: 1 of 1 (1 total submissions)

Results per page 10

Action	Manuscript Number	Title	Initial Date Submitted	Status Date	Current Status
View Submission Correspondence Publishing Options Send E-mail	TLRHAMERICAS-D-25-00024	Advances in Public Health Policies for Persons with Disabilities in Brazil	Jan 08, 2025	Jan 08, 2025	Submitted to Journal

Page: 1 of 1 (1 total submissions)

Results per page 10