

Texto n. 45

Textos para Discussão
ISSN 2447-8210

**PONTOS DIFICULTADORES
PARA ACESSO DE USUÁRIOS
AO ATENDIMENTO NA
MODALIDADE VISUAL NO
CER III/APAE DE PARÁ DE
MINAS**

Thaís Cristina Noronha¹
Fabício Pelloso Piurcosky²

Educacional

PONTOS DIFICULTADORES PARA ACESSO DE USUÁRIOS AO ATENDIMENTO NA MODALIDADE VISUAL NO CER III/APAE DE PARÁ DE MINAS

DIFFICULT POINTS FOR USERS ACCESS TO ATTENDING IN VISUAL MODE IN CER III / APAE OF PARÁ DE MINAS

Thaís Cristina Noronha¹
Fabrício Pelloso Piurcosky²

RESUMO

Este trabalho visa identificar pontos dificultadores para acesso dos usuários com demanda de atendimento especializado na modalidade visual no CER III/APAE de Pará de Minas, visto que o serviço está habilitado para atender esse público e a capacidade total instalada de atendimentos ainda não foi preenchida integralmente. Tal análise poderá auxiliar outros serviços a traçar estratégias que minimizem esses pontos dificultadores e favoreçam ações mais assertivas. Trata-se de uma pesquisa de caráter qualitativo: uma pesquisa-ação. A análise dos resultados apontou os pontos dificultadores relacionados por profissionais da instituição e possibilitou uma reflexão sobre a necessidade de redefinição de estratégias para favorecer a chegada do usuário a esse serviço especializado. Evidenciou, também, a necessidade de realização de novos estudos para identificação de outros pontos dificultadores e para verificação da percepção dos fatores evidenciados por outros serviços especializados, em outras regiões.

Palavras-chave: Pontos dificultadores. Acesso a serviços de saúde.

ABSTRACT

This work aims to identify difficult points for users fundraising with demand for specialized assistance in visual modality at CER III / APAE of Pará de Minas, since the service is found qualified to serve this audience and the total capacity of activities is not yet fully filled. Such analysis may guide other services to devise strategies that minimize these difficult points and favor more assertive actions. It is a qualitative research, being an action research. An analysis of the results showed the difficult points related by professionals of the institution and enabled a reflection on the need to redefine strategies to favor the user's arrival at the specialized service. It also evidenced the need to carry out new studies to identify other difficult points and to verify the perception of factors evidenced by other specialized services in other regions.

Keywords: Difficult points; Access to health services.

¹ Pós-graduanda em Gestão de OSC, Fisioterapeuta, PUC-MG. E-mail: reabilitacao.parademinas@apaemg.org.br

² Doutorando em Administração pela Universidade Federal de Lavras (UFLA), Mestre em Engenharia Elétrica pela Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ), Especialista em Tecnologias para a Comunicação e Inovação Empresarial pelo Instituto Politécnico do Porto (IPP - Portugal), MBA em Gestão de TI, Especialista em Redes de Computadores, Bacharel em Ciência da Computação pelo Centro Universitário do Sul de Minas (Unis-MG E-mail: fabricio.piurcoski@professor.unis.edu.br)

1 INTRODUÇÃO

Segundo Escorel (2008), através da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a formulação do sistema de saúde no Brasil caracterizou-se pela concentração de recursos na previdência social, centralização administrativa e financeira, uniformização dos benefícios e expansão dos serviços médicos com cobertura previdenciária aos trabalhadores segurados, privilegiando a contratação do setor privado. Esse cenário privilegiava a assistência médica individual e especializada, sob a responsabilidade do Ministério da Previdência e Assistência Social, enquanto o Ministério da Saúde cumpria o papel de ente normativo e executor de ações de caráter preventivo.

Gerschma (2004) e Escorel (2008) relatam que, na década de 1970, surgiu o Movimento Sanitário, que defendia a reforma do sistema de saúde a partir de uma mudança da abordagem primordialmente biológica dos problemas de saúde para uma histórico-estrutural que considerava a determinação dos aspectos socioeconômicos e políticos na distribuição desigual das doenças. Nessa argumentação, Fleury (2009) já afirmava que o Estado teria um papel capital na promoção de saúde, regulação do sistema e na oferta de serviços e seriam imperativas a democratização do acesso à saúde e a reestruturação do sistema de serviços.

Giovanella *et al.* (2008) acrescentam que, em 1988, com a promulgação da atual Constituição Federal, o acesso à saúde através de um Sistema Único passou a ser um direito social. A Lei 8.080/1990, por sua vez, instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como princípios e diretrizes fundamentais: a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; a igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégios de qualquer gênero; a integralidade da assistência; a participação da comunidade e a descentralização político-administrativa.

A Emenda Constitucional Nº 95 (2016) confirma que o percurso de 30 anos do SUS se caracterizou por importantes mudanças na atenção à saúde da população. Dentre os principais elementos de mudança encontram-se a ampliação da oferta de serviços e profissionais vinculados ao SUS e das possibilidades de acesso, assim como as mudanças nos padrões de utilização.

Viacava *et al.* (2018) ratificam o aumento do acesso aos serviços de saúde ao longo das três últimas décadas e afirmam que indicadores registram que mais pessoas têm procurado e obtido serviços de saúde.

Assis e Jesus (2012) trazem, ainda, que o acesso aos serviços de saúde é um tema multifacetado e multidimensional, envolvendo aspectos políticos, econômicos, sociais, organizativos, técnicos e simbólicos no estabelecimento de caminhos para a universalização da sua atenção. Identificaram-se avanços na diminuição das iniquidades e na ampliação do acesso à rede do SUS. Observaram-se, também, limites relacionados a acessibilidade, fragmentação, descentralização e regionalização da rede de assistência, com inadequação no processo de acolhimento e da atenção a grupos específicos, além das assimetrias regionais.

Considerando a necessidade de ampliar e diversificar os serviços do SUS para a atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, através da Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012 (Ministério da Saúde, 2012).

A partir de 2014, os Instrutivos da Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência trouxeram a garantia de acesso do usuário à atenção à saúde em tempo adequado como uma das prerrogativas do SUS. Para isso, é possível se dispor de um conjunto de mecanismos, tais como estabelecimento de redes de atenção à saúde (em seus componentes e pontos de atenção) a partir de uma linha de cuidado integral à saúde da pessoa com deficiência; implementação de diretrizes e protocolos de atendimento; definição de fluxos assistenciais que atendam as especificidades e necessidades dos usuários.

O acesso ao serviço de reabilitação está fortemente relacionado à capacidade de acolhimento e resposta às necessidades das pessoas atendidas. Isto requer análise e definição do perfil epidemiológico dos territórios, dos recursos disponíveis e de processos permanentes de capacitação/atualização das equipes de saúde para que os resultados dos cuidados ofertados possam gerar melhor qualidade de vida e maior autonomia possível à saúde da pessoa com deficiência (Instrutivos da Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, 2014).

Giovanella *et al* (2012) apontam que as profundas desigualdades regionais são características fundamentais da realidade brasileira e que a atenção à saúde expressa essas diferenças. A oferta de serviços e profissionais, além das

características do acesso e dos padrões de utilização, constituem desafios nesse contexto.

Em 2012, através da Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS.

A APAE de Pará de Minas, fundada em 1969 por um movimento de pais de pessoas com deficiência, tem como missão promover e articular ações de defesa de direitos e prestar serviços nas áreas de educação, saúde e assistência social direcionados à melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual e múltipla em todo o seu ciclo de vida.

Os serviços de saúde da APAE de Pará de Minas foram habilitados através da Portaria Nº1.357, de 2 de dezembro de 2013, do Ministério da Saúde, criando o Centro Especializado em Reabilitação, nas modalidades Física e Intelectual/Autismo.

Já em 2018, através da Portaria Nº 2.659, de 27 de setembro de 2018, o Centro Especializado em Reabilitação da APAE de Pará de Minas foi habilitado pelo Ministério da Saúde, também, na modalidade visual, tornando-se CER III, ou seja, serviço especializado de referência para atendimento de pessoas com deficiência física, intelectual e autismo e visual, em território definido. Desde então, a instituição busca angariar novos usuários para receberem atendimentos multiprofissionais no que diz respeito à habilitação/reabilitação da pessoa com deficiência visual.

A habilitação dessa modalidade de reabilitação visa favorecer o acesso dos usuários com deficiência visual (pessoas com cegueira ou visão subnormal) e, através disso, promover maior autonomia dos mesmos.

Este trabalho analisa pontos que podem ser elencados como dificultadores à chegada de usuários da Macrorregião Oeste de Saúde do Estado de Minas Gerais com demanda de atendimento especializado na modalidade visual ao CER III/APAE de Pará de Minas. Como citado anteriormente, esse serviço está habilitado para atender a esse público desde setembro de 2018 e a capacidade total instalada de atendimentos ainda não está totalmente preenchida.

Tal análise se faz necessária para relacionar pontos dificultadores e promover reflexões sobre redefinição de ações para a chegada do usuário ao

serviço. É importante ressaltar que essas ações poderão orientar outros atendimentos nessa modalidade de reabilitação no que se refere ao acesso de novos usuários, assim como nortear novos serviços habilitados.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 CONTEXTUALIZANDO O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO/HABILITAÇÃO VISUAL

Brito e Veitzman (2000), no estudo “Causas de cegueira e baixa visão em crianças”, apresentam dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) relatando que, anualmente, cerca de 500.000 crianças ficam cegas no mundo. Em 1992, a OMS estimava em 1,5 milhão o número de cegos menores de 16 anos de idade no mundo, sendo que 90% deles viviam em países em desenvolvimento e citaram, ainda, que estudos populacionais indicam baixa prevalência da cegueira infantil, de 0,2 a 0,3 por 1000 crianças em países desenvolvidos e de 1,0 a 1,5 por 1000 crianças em países em desenvolvimento. Já a prevalência de baixa visão é estimada como sendo três vezes maior, segundo o Banco de Dados Mundiais sobre a Cegueira da OMS.

De acordo com os Instrutivos da Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (2014), a prevalência global estimada da população com deficiência visual é de 285 milhões de pessoas, sendo 39 milhões cegas e 246 milhões com baixa visão. No Brasil, os dados de prevalência da deficiência visual são: 0,062% de cegueira na população menor de 15 anos de idade 0,15% de cegueira na população entre 15 e 49 anos; 1,3% na população com mais de 50 anos de idade prevalência de cegueira na população geral de 0,3% e prevalência de baixa visão na população geral de 1,7%. Ao considerar a população com mais de 50 anos de idade no Brasil, as principais causas de cegueira são: a catarata, o glaucoma, a retinopatia diabética e a degeneração macular relacionada à idade.

Ávila, Alves e Nishi (2015) citam que o Plano de Ação do Programa 2020 mostrou que muitas crianças morrem em decorrência do problema que levou à cegueira (sarampo, meningite, rubéola, doenças genéticas, lesões neurológicas ou prematuridade), e que a maioria dessas crianças ou nasce cega, ou adquire essa

condição em seu primeiro ano de vida. Além disso, eles apresentam, ainda, que cerca de 40% das causas de cegueira infantil são evitáveis ou tratáveis, tais como cicatrizes corneanas, catarata, glaucoma, retinopatia da prematuridade, deficiência visual e cegueira por causas intratáveis.

Esses autores citam, também, que mais da metade das crianças cegas do mundo o são devido a causas evitáveis (15% tratáveis e 28% preveníveis) e que, dentre as causas prevalentes de cegueira infantil está a ambliopia (olho preguiçoso), que está relacionada a erro refracional não corrigido, a privação de imagem na retina (por obstrução nos meios oculares até os seis anos de idade) ou o estrabismo que levam ao não desenvolvimento da visão no cérebro. A cegueira por ambliopia pode ser prevenida com o exame oftalmológico das crianças com até três anos de idade. A incidência de ambliopia varia entre 0% a 5% da população geral.

Ainda segundo os Instrutivos (2014), ao se considerar os critérios para indicação de habilitação/reabilitação visual, são elegíveis para atendimento nos serviços especializados, os usuários com deficiência visual (baixa visão e cegueira), de acordo com a definição da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) apresentada e que forem classificados em H 54.0, H 54.1 e H 54.2, classes que correspondem à deficiência visual binocular, e não há restrição em relação a faixas etárias. Os Instrutivos (2014) preconizam, também, o tratamento desses usuários com enfoque integral em saúde, através de abordagem interdisciplinar e que as estratégias de ações para habilitação e reabilitação visual devem ser estabelecidas a partir das necessidades particulares de cada usuário, de acordo com o impacto da deficiência visual sobre sua funcionalidade, implicando no envolvimento da pessoa e de sua família.

Visto que a prevalência de doenças oculares que levam ao comprometimento da resposta visual cresce com o avanço da idade e taxas maiores de cegueira e baixa visão são observadas com o aumento da vida média da população, é de extrema importância pensar em estratégias preventivas para esse usuário tanto na atenção básica quanto no serviço especializado; assim como pensar em acolher precocemente a criança com comprometimento visual na tentativa de otimizar o processo de estimulação/reabilitação. Brito e Veitzman (2000) afirmam que com os conhecimentos médicos atuais, pelo menos 60% das causas de cegueira e severo comprometimento visual infantil são preveníveis ou tratáveis. Com isso, a OMS vem estimulando a implementação de programas de prevenção da

perda visual. Os programas de saúde pública em oftalmologia devem priorizar ações relacionadas à prevenção de condições predisponentes à cegueira e à incapacidade visual, à promoção de saúde ocular, à organização de assistência oftalmológica e à reabilitação de deficientes visuais.

2.2 MATERIAL E MÉTODO

Este trabalho consiste em uma pesquisa de caráter qualitativo, do tipo pesquisa-ação, uma forma de investigação baseada em autorreflexão coletiva. Koerich *et al.* (2009) ratificam e complementam, dizendo que a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa interpretativa que compreende a identificação do problema dentro de um contexto social e/ou institucional, o levantamento de dados relativos ao problema, a análise e significação dos dados levantados pelos participantes, a identificação da necessidade de mudança, o levantamento de possíveis soluções e, por fim, a intervenção e/ou ação propriamente dita no sentido de aliar pesquisa e ação, simultaneamente. Esses autores ainda apresentam a pesquisa-ação como uma importante ferramenta metodológico-gerencial capaz de aliar teoria e prática por meio de uma ação que visa à transformação de uma determinada realidade.

Esta pesquisa foi realizada considerando os dados do setor e a percepção dos profissionais do serviço de Reabilitação/Habilitação Visual do CER III/APAE de Pará de Minas.

A partir de uma questão dissertativa, os profissionais descreveram pontos identificados como dificultadores para a chegada dos usuários para atendimento na reabilitação visual no CER III/APAE de Pará de Minas.

Três profissionais vinculados a essa modalidade de reabilitação descreveram sua opinião e, entre eles estão gestores e técnicos que realizam atendimento ao usuário.

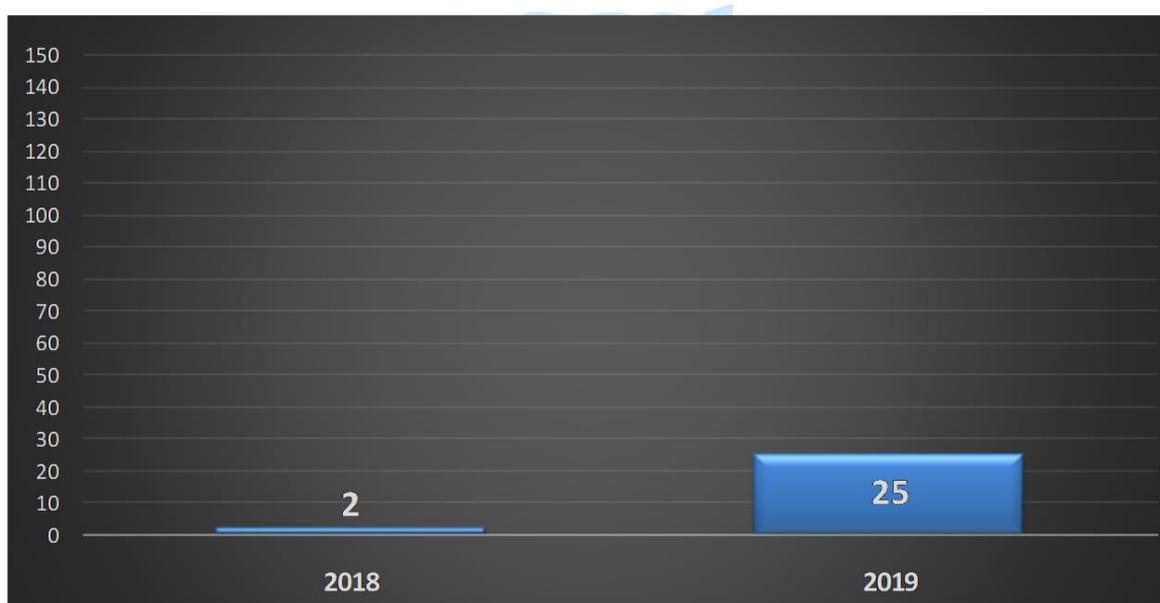
2.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde setembro/2018, o CER III/APAE de Pará de Minas encontra-se habilitado e com equipe interdisciplinar disponível para atendimento de usuários com deficiência visual da macrorregião Oeste de Saúde do Estado de Minas Gerais, composta por Pará de Minas e outros cinquenta e quatro municípios.

De acordo com os Instrutivos de Reabilitação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS (2014) que regulamentam os Centros Especializados em Reabilitação, a média mensal de usuários atendidos deve considerar o estabelecido para cada modalidade de reabilitação, sendo 150 usuários da modalidade visual.

No gráfico 01, está representada a média mensal de usuários atendidos na modalidade visual no CER III/APAE de Pará de Minas, em 2018 e 2019.

Gráfico 01 - Média mensal de usuários atendidos na modalidade visual no serviço especializado, em 2018 e 2019



Fonte: Dados do CER III/APAE de Pará de Minas

A partir da análise do gráfico 01, é possível perceber que o serviço especializado ainda não atinge as metas estabelecidas na modalidade visual, trazendo reflexões sobre os fatores que dificultam a chegada do usuário ao serviço, assim como estratégias para eliminá-los ou minimizá-los.

Foi possível relacionar alguns pontos dificultadores a partir das respostas dissertativas dos profissionais que atuam nessa modalidade de reabilitação, conforme apresentado no quadro a seguir:

Quadro 1 – Pontos dificultadores para acesso de usuários ao atendimento na modalidade visual do CER III/APAE de Pará de Minas relacionados por profissionais do setor

(continua)

Ausência de dados epidemiológicos fidedignos que identifiquem o usuário com demanda

para o serviço;

Ausência de política pública na região para detecção precoce, prevenção de agravos e promoção de saúde ocular;

Ausência de articulação entre o serviço especializado, a atenção básica, a maternidade, as escolas e o centro de atendimento à criança para que ocorra sensibilização da importância e priorização da saúde ocular na região;

(conclusão)

Entendimento, por parte do município, de que o processo de reabilitação deve ser oferecido somente para usuários que já possuem a deficiência instalada;

Burocratização do processo para chegada do usuário ao serviço especializado;

Ausência de suporte oftalmológico para familiares de usuários que apresentam doenças hereditárias/genéticas;

Falta/insuficiência/poucos médicos de oftalmologistas para realização da consulta e encaminhamento para avaliação no serviço;

Ausência de profissionais especializados para avaliação de casos de Baixa Visão.

Fonte: Dados da pesquisa realizada com profissionais da modalidade visual do CER III/APAE de Pará de Minas

A seguir, são apresentadas reflexões sobre os apontamentos dos profissionais expostos no quadro apresentado anteriormente.

A habilitação dos serviços especializados em modalidades de reabilitação distintas leva em conta o vazio assistencial existente na região, e o CER III/APAE de Pará de Minas foi habilitado na modalidade visual considerando esse contexto. No entanto, o serviço não dispõe de informações significativas sobre as demandas dos usuários dos municípios pertencentes a esta região de saúde.

A ausência de políticas públicas também é um grande desafio. A estruturação dessas políticas poderia justificar a garantia de outras possibilidades para a pessoa com deficiência visual, em serviços distintos como, por exemplo, a detecção precoce, prevenção de agravos e promoção de saúde ocular. Isso também poderia favorecer a implantação/solidificação de uma rede de serviços mais integrada.

Os Instrutivos da Reabilitação (2014) apresentam como pré-requisitos para entrada do usuário com deficiência visual no serviço especializado a realização prévia de uma consulta com médico oftalmologista para diagnóstico, definição da pertinência de tratamentos (clínicos ou cirúrgicos) e prescrição de correção óptica de

ametropias que possam levar à recuperação da visão. O serviço especializado conta com médico oftalmologista apto para o atendimento dessas demandas, o que permite encaminhamentos feitos por outros especialistas, favorecendo a chegada do usuário ao serviço.

Outro ponto a ser destacado, é o engessamento dos Instrutivos (2014) em relação aos usuários elegíveis para atendimento na modalidade, preconizando apenas três CIDs, cujos usuários já estão com perda funcional importante (cegos ou com baixa visão bilateral). O município se baseia nessas orientações ao entender que o processo de reabilitação deve ser realizado somente para usuários que já possuem deficiência.

A possibilidade de realização de um trabalho preventivo, integrando ações da rede básica de saúde e do serviço especializado, poderia garantir uma intervenção mais precoce com o intuito de minimizar o desenvolvimento da deficiência visual e seu impacto funcional na vida do usuário. Por exemplo: ações integradas para usuários com diagnóstico de diabetes mellitus com comprometimento visual (porém, CID ainda não compatível com os três permitidos pela legislação); atuação conjunta do serviço especializado com outros pontos de atenção da rede para a detecção e tratamento de doenças oculares na infância, prevenindo a progressão de deficiências e também possíveis atrasos de aprendizagem associados a doenças oculares.

É notório, então, que não há enfoque no tratamento da pessoa com deficiência visual com atuação preventiva e identificação de estratégias / orientações para otimizar a articulação entre serviço especializado e rede.

Essa possibilidade de execução de ações preventivas e integradas também poderia favorecer o acompanhamento de familiares dos usuários que apresentam doenças hereditárias/genéticas.

Veras *et al.* (2014) entendem que a coordenação do cuidado e integração da rede de serviços são requisitos para compor uma linha de cuidados, e isso pode ser feito com a utilização de programas mais complexos, mais articulados.

Ao se pensar em crianças, sabe-se que os primeiros anos de vida da criança são considerados períodos críticos para o desenvolvimento da visão e as experiências visuais vivenciadas são fundamentais para a formação e o fortalecimento das conexões cerebrais responsáveis pela visão. Ao nascimento, tanto o Sistema Nervoso Central quanto o sistema ocular são ainda imaturos, sendo

necessárias experiências visuais para que ambos se desenvolvam (Ministério da Saúde, 2016). Destaca-se, ainda, que todo bebê nasce com baixa visão; porém, assim como o Sistema Nervoso Central, o sistema visual desenvolve-se, também, conforme os estímulos visuais aos quais é exposto. Nas primeiras semanas de vida, tanto retina, quanto as vias ópticas e córtex visual têm um rápido desenvolvimento, sendo o primeiro ano de vida o período evolutivo de maior importância. Até os quatro anos, há um refinamento do desenvolvimento das funções visuais que se completa entre nove e dez anos de idade. O acesso das crianças com comprometimento visual ao serviço em tempo hábil é de extrema importância para favorecer a estimulação o mais precocemente possível, otimizando o desenvolvimento das funções visuais.

Há necessidade de fomentar discussões e favorecer a integração e complementação da rede de atenção à pessoa com deficiência visual para facilitar o acesso do usuário ao serviço e para sensibilizar sobre a importância da priorização da saúde ocular na região. É fundamental que cada ponto da rede entenda o seu papel na integralidade do sujeito com deficiência visual, a fim de favorecer a minimização/resolutividade de sua condição ocular, tendo como foco a autonomia e a participação do sujeito na sociedade.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O não cumprimento da meta de atendimentos de um serviço especializado, habilitado para receber usuários com deficiência visual numa região com vazio assistencial para atendimento desse público e composta por 55 municípios, possibilita reflexões sobre os motivos que justificam a não chegada desses usuários ao serviço de referência.

Faz-se necessária, além da identificação dos pontos dificultadores, a definição de estratégias para minimizá-los. Considerar novas propostas para otimização do acesso e do serviço ofertado é uma possibilidade. Dentre essas, pode-se pensar na melhor articulação entre rede e serviços especializados; no apontamento da necessidade de revisão de legislações, considerando outros contextos e demandas do usuário, como por exemplo, inserção de outros CIDs ou a possibilidade de trabalho preventivo integrado entre serviço especializado e rede,

onde o serviço pudesse receber usuários com deficiência visual, porém com funcionalidade menos comprometida.

Diante do exposto, fica evidente a necessidade de novos estudos com o intuito de apresentar estratégias resolutivas para favorecer o acesso do usuário aos serviços de saúde de referência, assim como identificar outros pontos dificultadores e verificar se os fatores relacionados neste estudo como dificultadores também são evidenciados por outros serviços especializados em outras regiões.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A; JESUS, W. L. A. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise.** Ciênc. saúde coletiva, vol.17, n.11, 2012.

[ÁVILA, Marcos](#); ALVES, Milton Ruiz; [NISHI, Mauro](#). **As condições de saúde ocular no Brasil.** Conselho Brasileiro de Oftalmologia. 1 ed. São Paulo, 2015.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Diário Oficial da União 2016; 16 dez.

BRITO, P. R., VEITZMAN, S. **Causas de cegueira e baixa visão em crianças.** Arq. Bras. Oftalmol. vol.63, nº 1, São Paulo, Fev. 2000.

SCOREL, S. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária.** Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

FLEURY, S. **Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído.** Ciência & Saúde Coletiva, 2009.

GERSCHMAN, S. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.

GIOVANELLA L., SCOREL S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA J. C.; CARVA-LHO, A. I. (organizadores). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

GIOVANELLA, L., *et al.* **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

KOERICH, M.S. *et al.* **Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2009.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de estimulação precoce crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília, DF. 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instrutivos da Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**. Brasília, DF. 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 15 mar. 2020.

VERAS, R. P. *et al.* **Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis**. Rev. Saúde Pública, RJ, 2014.

VIACAVA, F. *et al.* **SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos**. Ciência & Saúde Coletiva, 2018.



**Grupo
Educativo**