



# DEMOCRACIA E DIREITOS

DIMENSÕES DAS  
POLÍTICAS PÚBLICAS  
E SOCIAIS

## **CUIDADOS PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL NA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE:**

UMA QUESTÃO INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL PARA  
DIMINUIÇÃO DA DEPENDÊNCIA?

**Jessica Aparecida dos Santos Sampaio**, Universidade  
Federal do Recôncavo da Bahia

**Edgilson Tavares de Araújo**, Universidade Federal do  
Recôncavo da Bahia

### RESUMO

O cuidado para as pessoas com deficiência enquanto direito social é tema recente na agenda política e acadêmica no Brasil. Trata-se de um conceito polissêmico e intergeracional, inicialmente tratado numa lógica tradicional da saúde e que passa a ser lócus da proteção social. A ideia de políticas de cuidados surge no intuito de resolver o problema público da dependência das pessoas com deficiência e, conseqüente, da oneração do cuidador familiar. Todo cidadão tem direito tanto de cuidar como de ser cuidado (CEPAL, 2015). No caso da deficiência busca-se para além dos aspectos biomédicos, a ampliação das condições de autonomia e independência. A Política de Atenção a Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012) busca a organização de Redes de Atenção à Saúde propiciando a integralidade do cuidado. Este texto objetiva analisar a concepção de cuidados para a pessoa com deficiência no âmbito da Estratégia de Saúde na Família (ESF), mediante a compreensão dos atores que a compõe sobre o problema público enfrentado e as soluções implementadas no âmbito deste instrumento de implementação da *policy*. 1. Faz-se uma revisão bibliográfica, análise documental, observações simples e entrevistas com alguns atores, identificando como compreender a dependência X cuidados. Prevalece a relação entre os discursos explícitos (professados oralmente e contidos nas normas e documentos que planejam tais instrumentos) e os discursos implícitos (como problemas e soluções são implementadas e praticadas). A noção disciplinar e a compreensão biomédica sobre a pessoa com deficiência aparecem como desafios à efetivação das políticas numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial.

**Palavras-Chave:** deficiência intelectual; cuidados; interdisciplinaridade; intersetorialidade.

## **CUIDADOS PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL NA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE:**

UMA QUESTÃO INTERDISCIPLINAR E INTERSETORIAL PARA DIMINUIÇÃO DA DEPENDÊNCIA?

SAMPAIO, Jessica Aparecida dos Santos

ARAÚJO, Edgilson Tavares de

### **INTRODUÇÃO**

A discussão acadêmica e política em torno do cuidado enquanto direito social no Brasil ainda é tímida e muito recente. Bem como a nova aceção da deficiência trazida pela Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CPDC) 2007. A qual avança ao agregar ao conceito a relação da pessoa com deficiência aos aspectos biopsicossociais e não somente à condição patológica. Entretanto, ao empreender um novo conceito, abre-se um leque de questões a serem desveladas nesta seara tendo vista a necessidade de se romper com os estereótipos e estigmas presentes nesse contexto. Nesse sentido, diversos são fenômenos presentes no cotidiano destas pessoas, os quais, envolvem várias peculiaridades. Dentre elas, tem-se a prática do cuidado, prática esta, que, necessita ser repensada numa perspectiva mais ampla, ou seja, a perspectiva do direito social.

O cuidado denota um conceito polissêmico e intergeracional, e estar presente em todos os estágios da vida, desde a infância até a velhice sendo caracterizado como uma ação caritativa e informal no seio das famílias, cuja responsabilização recaia, principalmente, em algum membro da família, normalmente a genitora. Evidenciando que em sua maioria há uma relação de dependência entre cuidador e quem é cuidado. É nesta seara que alguns estudos vêm sendo gestados a partir do paradigma do cuidado enquanto direito social e necessidade de políticas de cuidado, as quais busquem o enfrentamento da dependência, compreendida aqui enquanto problema público.

Para tanto a discussão que ora se segue traz uma reflexão acerca da compreensão de alguns atores da Estratégia de Saúde da Família, no município de Cruz das Almas-BA. No que tange o problema público da dependência e as soluções implementadas no âmbito deste instrumento de política pública. Tendo em vista que a Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência busca a organização das Redes de Atenção a fim de propiciar a integralidade do cuidado. No contexto da macro política pública de saúde, situa-se a Política Nacional de Atenção Básica PNAB<sup>1</sup>, que se caracteriza pela descentralização, haja vista seu potencial de aproximação com o usuário e/ou paciente. Essa orienta-se por premissas que balizam a política de saúde no Brasil, materializada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), normatizado pelo Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90.

<sup>1</sup> Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

O SUS tem como princípios a universalidade, acessibilidade, e premissas como o cuidado contínuo, a humanização, a integralidade das ações, bem como a equidade e a participação social. Em seu vasto elenco de serviços e ações, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) por meio do instrumento ESF vem sendo orientada pelo princípio da equidade.

A Atenção Básica visa articular e ampliar ações intersetoriais, essencialmente ações de caráter preventivo, A diversidade de instrumentos da PNAB está associada não apenas a questão de ampliação de oferta e cobertura territorial, mas também a diversidade de públicos que a política deve atender que vai de crianças a idosos, em diferentes situações de vulnerabilidade social, agravadas por questões de gênero, raça e deficiência.

No universo complexo de demandas da política de saúde, a atenção básica necessita está vinculada aos demais instrumentos de políticas públicas a fim de viabilizar ações que intervenham em determinados problemas específicos. Nesse contexto, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída por meio da Portaria nº 793/2012 estabelece as diretrizes inerentes ao cuidado para pessoas com deficiência em suas diversas formas. A Rede visa ampliar e qualificar o acesso e a oferta de serviços e ações de saúde no sentido de integralidade do cuidado. Tendo como característica básica a intersetorialidade e a busca pela interdisciplinaridade. A qual pode ser tida como estratégia voltada à diminuição da dependência, e consequentemente a efetivação de políticas de políticas de cuidados.

## 1. A Deficiência Intelectual

O conceito de pessoa com deficiência perpassa por um processo evolutivo e de diferentes paradigmas que influenciam o modo como a sociedade lida com a questão. Desse modo, o atual conceito de deficiência adotado no Brasil e nos países signatários da Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência da ONU (2007) afirma que “pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2012, p. 90).

Conforme a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2007), termo deficiência é um conceito em construção, ao passo que avançou no sentido de atribuir na concepção uma abordagem não somente pautada nos aspectos biológicos e patológicos, mas considerando os aspectos biopsicossociais e suas relações com a ambiência ao quais estas pessoas estão inseridas.

Essa concepção patológica baseada na Classificação Internacional de Doenças (CID) assemelhava a deficiência à doença, passa a ser superada a partir da Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF), A partir da CIF pessoa com deficiência apresenta uma condição de limitações que estão relacionadas às diversas dimensões da vida social, que não somente a situação doença.

A CDPD (2007) em seu protocolo facultativo, agregou e ampliou o arcabouço legal brasileiro, no que refere às questões voltadas as necessidades da pessoa com deficiência. Percebe-se que o Brasil avança em termos de dispositivos legais, viabilizando novas ações, novos conceitos e novas discussões em torno da temática. A CDPD (2007) ratifica, dentre outros direitos, o direito à saúde, bem como o acesso aos serviços de saúde sem discriminação. A legislação nacional vem, assim, adotando os conceitos de pessoa com deficiência com base na CDPD (2007) e na CIF, como é o caso da recente Lei Brasileira de Inclusão (Lei Nº 13.146 de julho de 2015) – Estatuto da Pessoa com Deficiência. Para tanto,

A publicação da CIF neste caminho, como classificação complementar à CID, com seu foco na funcionalidade, trouxe o interesse em explorar as sobreposições e interfaces das duas classificações, no que tange aos próprios limites a serem desenhados para as definições de deficiência. Associar as categorias de diagnósticos de estados de saúde da CID-10 com os elementos da recém-apresentada CIF, oferecendo uma discussão sobre a prática possível a partir das duas classificações, pode contribuir para um melhor entendimento de possíveis definições de deficiência ou incapacidade. (DI NUBILA, 2008, p. 326).

É perceptível o avanço que a CIF trouxe, já que além de ampliar o espectro de compreensão e necessidades da deficiência, contribui sobremaneira para uma mudança nos padrões de representatividade social desta condição social e humana. Cabe as instituições, profissionais, estudiosos da área e a sociedade de maneira geral apropriarem-se desta classificação enquanto ferramenta de readaptação e requalificação no que toca os conceitos, definições e formas de atendimento, principalmente aquelas voltadas à habilitação, reabilitação e aos cuidados nas suas mais variadas formas. A discussão voltada para as necessidades e as formas de cuidado quanto à pessoa com deficiência e suas famílias, de maneira geral, vem sendo aprofundada cada vez mais na atualidade. Contudo, ainda carece de estudos específicos que visem à compreensão de suas particularidades e necessidades específicas. Nesse sentido, tem-se a deficiência intelectual, muitas vezes confundida com transtorno mental, o que pode evidenciar práticas de cuidados, políticas públicas, dentre outras ações muitas vezes equivocadas e incoerentes com suas reais peculiaridades.

Assim, como o conceito de deficiência, o da deficiência intelectual vem sendo construído socialmente, considerando os aspectos de saúde em termos médicos, políticos e sociais.

Conforme a *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD)*<sup>2</sup>, a deficiência intelectual pode ser caracterizada por limitações relativas ao desempenho intelectual (como atividades que exijam o raciocínio, aprendizagem, resolução de situações com problemas), bem como, as limitações quanto à adaptação ao meio social, envolvendo assim as habilidades sociais. Sua limitação abarca os processos de pensamento, ou seja, o componente cognitivo, e surge antes dos 18

<sup>2</sup> Associação Americana de Deficiência Intelectual e do Desenvolvimento. Fundada em 1876, a AAIDD tem sua sede em Washington-EUA. Seu objetivo é estudar a deficiência intelectual, a fim de propor definições, nomenclaturas, informações, orientações e ainda formas de classificações, materializados em manuais, sua última versão é de 2010.”

anos de idade. Contudo, existem deficiências que são denominadas de “Deficiências do Desenvolvimento”<sup>3</sup>, envolvendo não só a deficiência intelectual, mas um leque diferenciado que, não necessariamente se desenvolve nos estágios infantis. A deficiência intelectual abrange também o retardo mental em suas diversas formas. Contudo, os termos retardo mental e deficiência mental vem caindo em desuso, em detrimento do termo deficiência intelectual, apesar de muitas instituições ainda utilizarem.

Conforme a AIDD, o diagnóstico da DI é baseado em três principais critérios, a saber: o funcionamento intelectual, as limitações relacionadas ao comportamento adaptativo e o desenvolvimento da limitação antes dos 18 anos de idade. Outra ferramenta utilizada é o teste de QI (quociente de inteligência), o qual, mensura o desempenho intelectual. Mediante a resolução de problema e o raciocínio voltado a capacidade de aprendizagem. Há ainda outros mecanismos que auxiliam o diagnóstico, como testes relativos ao comportamento adaptativo, que tendem a mensurar as habilidades sociais da vida cotidiana, habilidades interpessoais, dentre outras.

A AAIDD (2010) salienta na 11ª edição do manual, Deficiência Intelectual: definição, classificação, e sistemas de suportes que pode ainda agregar as formas de diagnóstico, avaliações que permitam considerar fatores como o ambiente sociocultural, linguístico e comportamental, em que o mesmo se insere.

As causas da deficiência intelectual são inúmeras. As principais estão relacionadas a fatores de risco de natureza biomédica, comportamental, social e ainda há causas pré-natais, perinatais e pós-natais. Grande parcela da incidência da DI são consequências de varias síndromes, tais como: Síndrome de Down, Síndrome do X Frágil, Síndrome do Alcool Fetal, Síndrome de Cornelia de Lange, Síndrome Prader-Willi, Síndrome de Algehan, Síndrome de Rubistein-Taybi, Síndrome de Klinefelter, Esclerose Tuberosa (Doença de Bourneville-Pringle), Hipomelanose de Ito, Síndrome de Apert, Síndrome de Sturge Weber, Fenilcetonúria, Hipotireodismo Congênito e Toxoplasmose Congênita, dentre outros. Diante dos vários fatores de risco que podem evidenciar a deficiência intelectual, diversas formas de diagnóstico e ações voltadas ao desenvolvimento da pessoa vêm sendo desenvolvidas ao longo do tempo e vários estudos na área. Sendo que se considera recente a caracterização desta condição enquanto deficiência intelectual, já que ainda é confundida, até mesmo, por profissionais de saúde, como transtorno e/ou mental.

Para tanto, cabe frisar o importante papel das políticas públicas que ofertam ações e/ou serviços que tendem a viabilizar meios mais equitativos e acessíveis de convivência das pessoas com deficiência

---

<sup>3</sup> “Deficiências de desenvolvimento são a deficiência crônicas graves que podem ser cognitivas ou físicas, ou ambos. As deficiências aparecem antes dos 22 anos de idade [...]. Algumas deficiências de desenvolvimento são em grande parte os problemas físicos, tais como paralisia cerebral ou epilepsia. Alguns indivíduos podem ter uma condição que inclui uma deficiência física e intelectual, por exemplo síndrome de Down.” Fonte: [https://aaid.org/intellectual-disability/definition/faqs-on-intellectual-disability#.WC2\\_0S0rLcc](https://aaid.org/intellectual-disability/definition/faqs-on-intellectual-disability#.WC2_0S0rLcc), Acesso em novembro de 2016.

dentre as barreiras impostas pela sociedade contemporânea. É perceptível alguns avanços neste âmbito, contudo o cuidado permeia-se nesta seara como fenômeno que precisa ser enxergado em suas minúcias na relação ente sujeito cuidado e sujeito cuidador. Visto aqui como um problema de pública relevância, o mesmo pode ser inserido nas arenas de discussão a fim de se pensar desenhos de políticas públicas capazes de dar soluções ao problema da dependência enfrentado pelas pessoas com deficiência intelectual e da oneração destes cuidadores.

## 2. Políticas Públicas Para Pessoas Com Deficiência

Dentre os mecanismos de políticas públicas voltadas as necessidades das pessoas com deficiência, no Brasil, têm-se o Plano Viver Sem Limites, por meio do Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011, o qual ratifica o compromisso do Estado brasileiro, bem como da sociedade com relação às determinações da Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CDPD, a qual tivera caráter de emenda constitucional. O Plano denota uma perspectiva de garantia de direitos das pessoas com deficiência, de forma articulada mediante políticas públicas, que garantam o acesso à educação, à saúde, inclusão social e a acessibilidade.

A CDPD (2007) em seu protocolo facultativo, agregou e ampliou o arcabouço legal brasileiro, no que refere às questões voltadas as necessidades da pessoa com deficiência. Percebe-se que o Brasil avança em termos de dispositivos legais, viabilizando novas ações, novos conceitos e novas discussões em torno da temática. A CDPD (2007) ratifica, dentre outros direitos, o direito à saúde, bem como o acesso aos serviços de saúde sem discriminação. A legislação nacional vem, assim, adotando os conceitos de pessoa com deficiência com base na CDPD (2007) e na CIF, como é o caso da recente Lei Brasileira de Inclusão (Lei Nº 13.146 de julho de 2015) – Estatuto da Pessoa com Deficiência.

Diversas ações vêm sendo planejadas desde então, principalmente ações que visem qualificar as equipes da atenção básica, a criação de Centros de Reabilitação (CER), oficinas ortopédicas, ampliar a oferta de órteses, próteses e meios de locomoção, bem como qualificar a atenção odontológica. A identificação precoce da deficiência é outro quesito citado pelo plano, o que exige a realização de exames realizados por profissionais da área com o objetivo de detectar doenças e fatores de risco que acomete essencialmente as crianças recém-nascidas, o que contribui sobremaneira para o tratamento e/ou intervenção clínica mais eficaz.

O Plano Viver Sem Limites prevê a revisão da Política Nacional de Triagem Neonatal, que passa a incluir o Teste do Pezinho, a triagem auditiva (Teste da Orelhinha) e a triagem ocular (Teste do Olhinho) com o objetivo de detectar os mais variados tipos de deficiência e conseqüentemente ofertar o cuidado e assistência em saúde necessários. Outra questão reforçada no Plano, diz respeito às diretrizes terapêuticas que trazem informações acerca do tratamento adequado em relação aos cuidados da saúde da pessoa com deficiência. Ainda corroboram com a criação de parâmetros clínicos

na área, devendo ser esses atendimentos acessíveis a qualquer pessoa, para que sejam agregadas contribuições e sugestões.

Com o intuito de melhorar a habilitação e a reabilitação, para que as pessoas com deficiência possam viver com autonomia, melhorando suas funcionalidades, o Plano Viver Sem Limites visa a implementação dos Centros Especializados de Reabilitação (CER). Os Centros ofertam ações articuladas com os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente com atenção básica e os serviços de urgência e emergência, estruturando assim a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.

O Plano também estabeleceu a aquisição de transportes a fim de garantir a acessibilidade, principalmente, das pessoas que tenham sua condição motora restrita e, conseqüentemente, ter o tratamento garantido. Há ainda a provisão das oficinas ortopédicas e oferta de próteses, órteses e outros meios de locomoção e cadeiras de rodas adaptadas. Há também preocupação com a assistência odontológica destas pessoas, neste sentido vem ocorrendo a qualificação de diversos Centros Especializados em Odontologia (CEO), e a capacitação de equipes da atenção básica.

No tocante ao eixo do acesso a saúde, suscitado no Plano, foi criada em 2012 a Política de Atenção a Saúde da Pessoa com Deficiência, com o intuito de qualificar e implantar ações de saúde nos estados e municípios brasileiros. Consiste na articulação de políticas e serviços de promoção à saúde, a prevenção de riscos e agravos, a identificação precoce, bem como o tratamento e reabilitação. Amparada pelo SUS, o foco se dá mediante a organização de Redes de Atenção à Saúde, no sentido da integralidade do cuidado. Por Rede de Cuidados compreende-se os “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010 – Portaria 4.279, de 30/12/2010).

Dentre as políticas que estruturam a rede de cuidados, tem-se a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). A qual pode ser considerada um locus privilegiado no tocante à atenção em saúde para pessoas com deficiência, dada sua característica de prevenção e vigilância em saúde. E basicamente através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual se depara com os mais diversos problemas e/ou situações que careçam de atendimento, serviços, ações, acompanhamento e cuidados.

A Estratégia de Saúde da Família, enquanto instrumento de política pública, no contexto da atenção básica em saúde, visa à materialização dos princípios propostos pelo SUS, no sentido de ampliar e qualificar a resolutividade dos casos os quais lhe são apresentados. Os instrumentos são encarados enquanto um tipo peculiar de instituição, permitindo enxergar as políticas públicas através das técnicas e ações. Contudo, assim como as demais instituições são portadores de significados, o qual produz e o reproduz (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012).

Seu campo de abrangência é caracterizado pelos diversos contextos e problemáticas, os quais,

demandam da equipe ações e estratégias cada vez mais criativas e interventivas. Nesta seara, é importante considerar as particularidades que envolvem as necessidades das pessoas com deficiência e suas famílias no que tange aos cuidados que necessitam. Portanto, é crucial pesquisar tal fenômeno e, sobretudo adensar a discussão não somente no âmbito acadêmico, como também dentre os profissionais e famílias em questão, e assim promover formas mais equitativas de cuidar e conseqüentemente sua viabilização qualificada no que tange os direitos sociais.

A ESF, pode ser considerada um instrumento de política pública que através de suas ferramentas, técnicas e outros aparatos ofertam ações e serviços da macro política de saúde. Desta forma, cabe esboçar que a concepção teórica aqui adotada diz respeito à teoria da instrumentalização de políticas públicas, a qual concebe política pública enquanto ação pública, tendo em vista que, a instrumentalização da ação pública remete ao conjunto de problemas apresentados pela escolha e o uso de instrumentos (técnicas, formas de operar, dispositivos) que permitem materializar e operacionalizar a ação governamental. “Trata-se de compreender não apenas as razões que levam a escolher um instrumento em detrimento de outro, mas também verificar os efeitos produzidos por essas escolhas”. (LASCOURMES; LE GALÈS, 2004, *apud* LASCOURMES; LE GALÈS, 2012, p. 200).

A ação pública considera a complexidade que envolve o emaranhado de fenômenos sociais que caracterizam a sociedade contemporânea. Tal perspectiva permite enxergar as políticas públicas para além das ações reguladas pelo Estado, permite adentrar no espaço das implexas relações que envolvem os espaços de enfrentamento de problemas públicos inerentes e imbricados às instituições sociais.

A ação pública é um “espaço sócio-político construído tanto para as técnicas e instrumentos como para finalidades e conteúdos” (LASCOURMES; LE GALÈS, 2012, p. 199). A instrumentação da ação pública é uma forma de conexão/intercâmbio entre a sociedade, os elementos políticos e os sociais. Tal relação se materializa através de serviços, estatísticas, recomendações. Nesse contexto, pode ser encarado como as orientações, acompanhamento, dentre outras ações ofertados às pessoas com deficiência e suas famílias. A técnica, portanto, é o elemento que dá materialidade às instituições. As ferramentas são tidas como um dos componentes da técnica. Considerando tais compreensões, entendemos que as políticas públicas “[...] são ações coletivas que participam da criação de determinada ordem social e política, da direção da sociedade, da regulação de suas tensões, da integração dos grupos e da resolução de conflitos” (LASCOURMES; LE GALÈS, 2012, p. 33).

Compreender a ação pública é entender as políticas públicas, enquanto uma sociologia que abrange as relações sociais, políticas que envolvam estratégias, atividades interventivas, recursos financeiros, governos, governança, dentre outros elementos. Envolvem os mais diversos tipos e formas de atores sociais, públicos e privados. A ação pública não se limita as concepções centralizadoras do Estado, mas transcende para a diversidade de componentes que estejam articulados e impulsionados ao enfrentamento de problemas públicos.



Analisar a política pública, desta forma, compreende a articulação de cinco principais elementos. A saber: 1) os atores, sejam eles coletivos e/ou individuais; 2) as representações sociais enquanto ambientes normativos e cognitivos; 3) as instituições como regras; 4) procedimentos; 5) processos como meios de interação e os resultados enquanto resultados da ação pública. Para tanto, a articulação entre a regulação social e a política emana uma relação profícua de resolução de problemas públicos. Nisso cabe considerar que a governança, enquanto processo de organização de atores e instituições, que almejam objetivos construídos de forma coletiva está intrinsecamente relacionada “às dinâmicas multiatores e multiformes que asseguram a estabilidade de uma sociedade, [...] e sua capacidade de assegurar serviços e garantir a legitimidade.” (LASCOUMES; LE GALÈS, 2012, p. 59). Nesse sentido buscou-se, compreender os discursos explícitos (aqueles planejados e registrados nas normas e professados oralmente sobre como os problemas públicos e suas alternativas de enfrentamento são idealizada) e os discursos implícitos (aqueles que dizem respeito a forma como os problemas e soluções são vividos na prática, no cotidiano) da ESF com relação a pessoa com deficiência intelectual.

Considerando a dinamicidade dos processos históricos e sociais, especificamente, no que tange os avanços legais que foram engendrados no âmbito das políticas públicas voltadas as pessoas com deficiência. O cuidado vem erigindo-se de forma peculiar e seus desdobramentos reforça a exigência do mesmo, enquanto construto social ser inserido na agenda e discutido como problema público almejando ações que visem à diminuição da relação de dependência entre o cuidador e a pessoa com deficiência.

### 3. O Cuidado Enquanto Direito Social e o Problema Público da Dependência

Atualmente no Brasil, 23,9 % da população apresenta algum tipo de deficiência visual, motora, auditiva e intelectual, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (2010). Dentre estas a maior ocorrência está na deficiência visual ao denotar 18,6% dos casos, em seguida a auditiva com 5,10% e a deficiência intelectual com 1,40%. Dada a expressividade da incidência de tal fenômeno na sociedade brasileira, faz-se necessário discussões no sentido de (re)pensar ações que viabilizem formas mais equitativas de sobrevivência dentre os empecilhos que a sociedade contemporânea apresenta. Estas ações concebem o contorno de política pública ao passo que um problema de pública relevância, enquanto construção social, passa a ser inserido nas pautas de discussão das agendas.

Com a mais recente aceção atribuição à deficiência, a qual a compreende pelo prisma social e não somente biológico, diversas questões relativas à esta seara carecem também de novos contornos e novos delineamentos. Principalmente quanto se trata do cuidado, prática, a qual não é recente, mas

exige novos olhares e, portanto, novas maneiras de se enxergar a condição da pessoa com deficiência, fincada numa perspectiva de diminuição da dependência. Nesse sentido, o cuidado é aqui entendido não somente como uma prática social, mas enquanto um direito social. Entretanto, tal concepção ainda é recente na agenda política e acadêmica no Brasil. Haja vista que as práticas de cuidado para com as pessoas deficiência ainda tem uma forte relação com o campo da caridade e da filantropia, em um contexto que responsabiliza a família e desobriga o Estado enquanto coparticipante no que toca o provimento de ações e serviços, no formato de políticas públicas, especialmente, aquelas cujas ações estejam voltadas diminuição da dependência da pessoa com deficiência e a desoneração do cuidador. Assim,

“no âmbito acadêmico cria-se um campo do disability studies, no qual há uma efervescência de temas como os desafios da inclusão educacional, a capacitação e colocação no mundo trabalho, o modelo social da deficiência, a habilitação e reabilitação, entre outros. Mais recentemente, emergem alguns poucos estudos e pesquisas voltados para a proteção social das pessoas com deficiência, os serviços e benefícios socioassistenciais, a intersectorialidade das políticas sociais e as chamadas políticas de cuidados.” (ARAUJO, 2016, p. 04).

Faz-se necessário deslocar a prática do cuidado do âmbito “informal” e “não institucional” da família, das ações fincadas no voluntariado, enquanto ações focalizadas e residuais e como ações meramente femininas. As quais tendem a reproduzir e perpetuar paradigmas ultrapassados, que vão desde à patologização da pessoa com deficiência ao seu isolamento, desconsiderando suas motivações, aspirações e até sucumbir meios que possam viabilizar uma interação de forma mais equitativa destas pessoas com o meio social. Para tanto, a diminuição da dependência perpassa antes de tudo por um processo de desvelamento de conceitos e pré-noções, no sentido de evidenciar e difundir a abordagem trazida pela CDPD , a qual esboça uma concepção da deficiência não somente em seus aspectos biológicos e patológicos, mas transcende a uma concepção mais ampla que abrange os aspectos biopsicossociais e reconhece a pessoa com deficiência como um sujeito portador de direitos sociais, os quais podem propiciar o seu desenvolvimento de forma equânime em sociedade. Todo cidadão tem o direito tanto de cuidar como de ser cuidado (CEPAL, 2015), devendo ser garantido pelo Estado por meio de serviços e benefícios coproduzidos com as famílias e a sociedade civil (ARAUJO, 2016).

O cuidado é um conceito intergeracional e deve estar presente em todos os estágios da vida, desde a infância até a velhice, podendo ser entendido como

todos los bienes, servicios, valores y afectos involucrados en la atención de niños, mayores, enfermos y personas con discapacidades, se fue instalando como un tema central de la protección social. Además, se avanzó en reconocer que cuidar a otras personas que lo necesitan es un trabajo, aunque socialmente no se lo reconozca como tal. [...]Además, cuidar es una responsabilidad social y una obligación, y ser cuidado es un derecho. La noción de cuidado, desde un enfoque de derechos, implica que todo ciudadano tiene derecho tanto a cuidar como a ser cuidado. Existen ciertos grupos poblacionales que, por sus particularidades, constituyen el foco de las políticas públicas de cuidado: los niños, niñas y adolescentes, los adultos mayores y las personas con discapacidad. Cada caso presenta particularidades propias que

deben ser tomadas en cuenta al momento de pensar su abordaje.(PNUD, 2014, p. 03).

A concepção do cuidado está atrelada aos bens, serviços, valores e afetos destinados às crianças, enfermos, pessoas com deficiência, dentre outros segmentos. Logo, o tema foi sendo agregado à lógica de seguridade e proteção social. Tem avançado no sentido de se reconhecer que aquele que cuida também necessita de cuidados levando assim a concepção do cuidado sob o enfoque dos direitos.

Apesar dos avanços trazidos com a Lei Brasileira de Inclusão (Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015), diversas questões emergem como expoentes ainda sem respostas legais, ou seja, enquanto ação pública voltadas ao enfrentamento destas. Tal dispositivo esboça em seu Artigo 3º que são considerados profissionais de cuidado,

“XII - atendente pessoal: pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, assiste ou presta cuidados básicos e essenciais à pessoa com deficiência no exercício de suas atividades diárias, excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas; XIII - profissional de apoio escolar: pessoa que exerce atividades de alimentação, higiene e locomoção do estudante com deficiência e atua em todas as atividades escolares nas quais se fizer necessária, em todos os níveis e modalidades de ensino, em instituições públicas e privadas, excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas; XIV - acompanhante: aquele que acompanha a pessoa com deficiência, podendo ou não desempenhar as funções de atendente pessoal” (BRASIL, 2015, p. 02).

Tais características denotam que estas atividades podem ser desempenhadas por qualquer pessoa que não necessariamente seja um familiar da pessoa com deficiência, demonstrando que a função do cuidador pode ser vista com uma prestação de serviço que deve ser legalmente regulado e que não compete somente à família, essencialmente na figura da genitora, como normalmente acontece. O paradigma do cuidado enquanto direito social abre um leque de questões a serem examinadas, dentre elas, a diminuição da dependência da pessoa com deficiência e de certa forma a desoneração do cuidador. Cabendo a inserção da dependência enquanto pauta de discussão nas agendas e conseqüentemente a sua compreensão e/ou construção social enquanto problema público. Que possa engendrar (re) desenhos de *policy* articuladas e intersetoriais que sejam capazes de contribuir para tal diminuição.

#### 4. Cuidados Para Pessoas Com Deficiência: uma Questão Interdisciplinar e Intersetorial Para a Diminuição da Dependência?

Um dos avanços em termos de políticas públicas para pessoas com deficiência tem sido a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, conforme já mencionado, a Rede é estruturada por diversas políticas cujo objetivo é garantir a integralidade do cuidado. No sentido etimológico da palavra, rede compreende o entrelaçamento de fios de materiais diversos. Assim como a rede de cuidados é composta por ações e serviços de saúde diferenciados. Dentre as quais se tem a Política Nacional de

Atenção Básica, a qual, se materializa, através da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como sendo a porta de entrada das mais diversas problemáticas, sobretudo no que toca as condições de saúde, tanto da pessoa com deficiência quanto do cuidador. Apesar de não possuir suporte técnico especializado, a ESF, é tida como o ponto central de atendimento e encaminhamento das demandas para os demais serviços que compõe a Rede de Cuidados. Desta forma, tais serviços precisam estar conectados no que tange a sua oferta de modo interdisciplinar e intersetorial. Para tanto,

A busca de ações integradas nas práticas de cuidados, a associação [...]de serviços e a questão da interface entre o biológico e o social passam pelas relações interdisciplinares, pois “regra geral” os problemas de saúde não são disciplinares. Nesse sentido, deve-se levar em conta, “além do plano do conhecimento ou da teorização, o domínio da intervenção efetiva no campo da realidade social”. A interdisciplinaridade deve ser vista como um modelo aplicável, e como um desafio, uma meta a ser alcançada. (MATOS, 2009, p. 340).

Nesse sentido a condição da pessoa com deficiência, pautada no modelo social requer uma nova abordagem técnica. A qual não prevaleça a conduta médica, mas que esta se agregue a demais condutas profissionais, ampliando o leque de possibilidades, no sentido da atenção e do cuidado prestado as pessoas com deficiência e seus cuidadores. A noção do trabalho em rede e/ou intersetorial pressupõe uma abordagem mediante serviços que sejam ofertados por variados setores por meio de equipes multiprofissionais. Como é reforçado pelos princípios balizadores dos SUS.

Contudo há ainda uma escassez de literatura que evidenciem experiências interdisciplinares exitosas no âmbito da saúde, tendo em vista, o desafio da prática na realidade social. E a interconexão entre os saberes, que abrange vários conceitos como multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, transdisciplinaridade, bem como o nível de envolvimento e troca destes saberes. Diante da complexidade deste envolvimento e/ou intercâmbio, é que se materializa o desafio de inserção das práticas interdisciplinares no contexto da Política de Atenção Básica, através da ESF. Soma-se ainda outras questões como a precarização e flexibilização das relações contratuais de trabalho, a recorrente escassez de recursos, há ainda, a dificuldade de nivelamento dos discursos entre profissionais de diferentes áreas, ou seja, a não agregação dos saberes e a falta de diálogo entre os profissionais. Desse modo, a efetivação da interdisciplinaridade nas políticas de saúde, principalmente, na Atenção Básica, é um desafio que está posto sob diversos aspectos. Estes desafios podem obscurecer a capacidade criativa e motivadora dos profissionais em engendrar processos de trabalho, ferramentas, técnicas e processos de gestão mais articulados e concatenados com as demandas da realidade local. Para tanto, a intersetorialidade pressupõe

“a articulação de saberes e experiências com vistas ao planejamento para a realização e a avaliação de políticas, programas e projetos, com o objetivo de alcançar resultados sinérgicos em situações complexas”. Do ponto de vista organizacional é o que se apresenta como direcionamento para lidar com os novos desafios que a situação atual apresenta a nível governamental”. (INOJOSA, 2001, p. 102).

Logo a intersetorialidade pressupõe a necessidade da interdisciplinaridade, uma vez que os instrumentos de políticas públicas como a ESF, enquanto integrante da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Tem como premissa norteadora das ações relativas ao planejamento, execução e avaliação, a articulação dos saberes. Numa relação simbiótica entre a prestação do cuidado à pessoa com deficiência e os demais profissionais que compõe a Rede de Cuidados como um todo. A interdisciplinaridade requer a parceria entre os profissionais, com vistas a dar respostas as várias demandas apresentadas pela pessoa com deficiência e seu cuidador. Haja vista que o mesmo traz consigo varias questões as quais um único profissional não consegue dar todas as respostas necessárias. Logo não há intersetorialidade sem interdisciplinaridade. E esta não se reduz e não se esgota na mesma, mas pode transcender a outros processos interativos e que contribuem com meios cada vez mais proficuos quanto às dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência, em especial, processos que diminuam a dependência destes em relação aos seus cuidadores. O espaço limítrofe entre os saberes tende a ser negado e superado quando o esforço de materializar uma ação interdisciplinar conseguir agregar as contribuições dos vários campos do saber, ou seja,

A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico (...). O espaço interdisciplinar deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares. (...) Podemos dizer que nos reconhecemos diante de um empreendimento interdisciplinar todas as vezes em que ele conseguir incorporar os resultados de várias especialidades, que tomar de empréstimo a outras disciplinas certos instrumentos e técnicas metodológicas, fazendo uso dos esquemas conceituais e das análises que se encontram nos diversos ramos do saber, a fim de fazê-los integrarem e convergirem, depois de terem sido comparados e julgados (SANTOS; CUTOLO, 2004, p. 37)

Com a implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), a Portaria N° 3.124/12 salienta que o mesmo deve ter uma equipe multiprofissional que visem a superação das formas tradicionais de assistência e que busquem a integração das ações relativas ao cuidado em parceria com a ESF e o agentes comunitários de saúde (PACS). A fim de articular as ações relativas à promoção, a prevenção e a recuperação com ênfase nas práticas interdisciplinares e na articulação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e os demais setores que estruturam as políticas de saúde e a integração das demais políticas sociais, como Educação, Assistência Social, Previdência Social e outras.

Para tanto, as práticas interdisciplinares no âmbito da saúde evidenciam novas possibilidades frentes às problemáticas vivenciadas, essencialmente pelas pessoas com deficiência e seus cuidadores. A interdisciplinaridade pode ser tida como uma diretriz e deve ser inserida nas agendas com vistas à elaboração de políticas de cuidados, voltadas à diminuição da dependência. Assim, faz-se necessário que o paradigma do cuidado enquanto direito social, seja elevado como premissa norteadora no desenho de políticas. Ao passo que o problema público da dependência na relação entre pessoa com deficiência e seu cuidador seja atenuado, mediante serviços ofertados por instrumentos de ação

pública, os quais sejam estruturados de forma intersetorial.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do novo paradigma que envolve a definição da deficiência, abre-se o leque de possibilidades no âmbito das políticas públicas. Sobretudo, a política de saúde, mediante a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Uma vez que enquanto estratégia, tal modelo de atenção em saúde denota o desafio de engendrar práticas pautadas nos princípios basilares do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os quais, cabe destacar o princípio da universalidade, integralidade, participação social, equidade e outros. Para tanto, trazer à tona a discussão acerca da intersetorialidade no espaço da ESF, é crucial para perceber os desafios e entraves que emperram os cuidados em saúde em sua integralidade.

Diante de tal empreitada, foi possível perceber mediante os discursos explícitos e os implícitos atores entrevistados, que prevalece ainda a noção de que os cuidados em saúde são limitados à compreensão biomédica. O qual não enxerga os aspectos biopsicossociais que abrangem tal fenômeno. Soma-se ainda a preponderância, dentre os entrevistados, que existe uma relação estática entre deficiência e dependência. Sendo que se acredita que a pessoa com deficiência tende a está relegada totalmente à dependência, e por conseguinte, a sua não participação plena em sociedade. Foi perceptível um evidente desconhecimento do fenômeno, muitas vezes sendo confundido com doenças psíquicas e relacionadas à tratamentos, numa perspectiva de medicalização compulsória.

No que tange a intersetorialidade, apreendeu-se, que há ainda uma noção enviesada e superficial desta. Carecendo de uma imersão por parte dos técnicos lotados na ESF, nas questões problemáticas que circundam o cotidiano das ações e serviços, a fim de pensar estrategicamente possibilidades que agregue a prática intersetorial e interdisciplinar enquanto mecanismo de enfrentamento das situações problemáticas. Entretanto, longe de responsabilizar apenas tal seara, é imprescindível avançar no âmbito de divisão de tarefas e responsabilidades entre os níveis de gestão.

Outra estratégia importante consiste no fortalecimento dos processos comunicativos voltados a participação e o controle social, principalmente, no que refere aos espaços, como os conselhos municipais que abarcam as necessidades das pessoas com deficiência, e possam contribuir para um planejamento participativo. De fato, existem inúmeras possibilidades de fortalecer o trabalho em rede, entretanto, é perceptível a relevância e necessidade da formação de profissionais antenados com dinamicidade dos problemas sociais inerentes ao contexto atual, e que vislumbrem a intersetorialidade como estratégia de enfrentamento dos problemas de pública relevância. Nesse limiar é necessário destacar o papel fundamental da academia, que tem como modelo de ensino a articulação com a comunidade. No sentido de contribuir para a formação crítica e reflexiva, com vistas à intervenção na realidade social.

Soma-se a importância desta análise quantos aos aspectos políticos, uma vez que permite reforçar e

evidenciar os desafios e avanços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a necessidade de reforçar a intersetorialidade das ações, ratificando os princípios da universalidade e acessibilidade que almeja a política pública de saúde no Brasil. E assim problematizar a discussão no campo da saúde, já que tal política pública constitui-se enquanto porta de entrada e espaço prioritário da descoberta da família quando nasce uma pessoa com deficiência em determinada família. Há ainda que considerar a importância do engajamento da equipe de saúde no sentido de contribuir com práticas coerentes com as necessidades da pessoa com deficiência intelectual, bem como não reforçar e/ou perpetuar ações carregadas de estigma e enviesadas pela noção de que a pessoa com deficiência necessita de tratamento, enquanto uma questão patológica e apenas de medicalização. Nesse sentido, prevalece uma percepção a partir de um modelo mais biomédico e menos biopsicossocial da pessoa com deficiência intelectual.

É notório assim o fomento da discussão no campo do *disability studies*. Sobretudo no que toca os problemas vivenciados pelas pessoas com deficiência, essencialmente o problema público da dependência. Adensando as arenas de discussão em torno da *policy*. Principalmente, reforçar o debate sobre o cuidado na perspectiva do direito social e corroborar para o desenho de políticas de cuidados capazes de agregar cuidadores técnicos, profissionais e familiares. E ainda, não somente falar daqueles que são cuidados, mas discutir também acerca de quem cuida dos cuidadores. E contribuir para o fortalecimento do sistema de proteção social brasileiro.

Analisar o cuidado em saúde a partir dos discursos explícitos e implícitos, quanto à sua oferta para pessoas com deficiência intelectual e suas famílias, denota sua relevância ao passo que permite empreender referências balizadoras da temática e a produção de conhecimento. Trata-se aqui de uma discussão voltada aos cuidados numa perspectiva de direitos sociais. Podendo assim contribuir para a criação de estratégias e ações que ampliem o acesso e qualifiquem a promoção da saúde. Uma vez que a Estratégia Saúde da Família constitui o locus privilegiado para o fomento de ações que promovam a saúde em sua integralidade, haja vista, que tal cenário configura-se a porta de entrada das mais diversas problemáticas sociais.

## Referências

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. **Intellectual disability**: definition, classification, and systems of supports. Washington, DC: AAIDD, 2010.

ALMEIDA FILHO N. **Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva**: atualizando um debate em aberto. 2000. p. 12-24. Disponível em: [http://ebape.fgv.br/academico/asp/dsp\\_rap\\_artigos.asp?cdi=7](http://ebape.fgv.br/academico/asp/dsp_rap_artigos.asp?cdi=7). Acesso em: 12 de Maio. 2017.

ARAÚJO, Edilson Tavares de. Avanços e desafios para implementação do Centro-dia de referência para a pessoa com deficiência e suas famílias. In: **XVIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Montevideo, Uruguay, 29 oct. - 1 nov. 2013.

AMORIM, Simone; BOULLOSA, Rosana de F. Processos de migração de escala de instrumentos de políticas públicas: compreendendo sua natureza e fronteiras. Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social, **VIII ENAPEGS, Anais...** Cachoeira-BA: UFRB, 2014 Disponível em: [http://www.anaisenapegs.com.br/2014/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=3&Itemid=](http://www.anaisenapegs.com.br/2014/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=3&Itemid=) Acesso em 10 jan. 2014.

BENITO, G.A. V.; SILVA, L. L da; MEIRELLES, S. B. C.; FELIPPETTO, S. **Interdisciplinaridade no cuidado às famílias**: Repensando a prática em saúde. Fam. Saúde Desenv., Curitiba, v.5, n.1, p.66-72, jan./abr. 2003.

BERNARDES, J. *et al.* **A Construção do PET-Saúde da UFAL em Maceió**: avanços e desafios para a formação em saúde. Relatório anual PET-Saúde da Família – Campus. Maceió: abril/2010-março/2011. UFAL, 2011.

BOCCHI, SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC): uma análise do conhecimento. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004.

BORGES, R; DOHN; O Trabalho de Equipe Interdisciplinar. In: CUTOLO, L. R. A. (org.). **Manual Terapêutica Assistência à Família**. Florianópolis: Associação Catarinense de Medicina, 2006.

BOULLOSA, Rosana de Freitas (Org). **Dicionário para formação em gestão social**. Salvador: Editora CIAGS/UFBA, 2014. 210 p. ; 25 cm.-(Série Editorial CIAGS, Coleção Observatório da Formação em Gestão Social).

BRAVO, M. I. de S. **As Políticas Brasileiras de Seguridade Social**: saúde, capacitação em Serviço Social e Política Social – Módulo 3. P. 3-116. Brasília, CEAD/UnB – CFESS – ABEPSS, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde)

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015** - Lei Brasileira de Inclusão. Estatuto da Pessoa com Deficiência. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm) Acesso em: 12 de maio de 2017.

\_\_\_\_\_. **Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência** (2007). Protocolo facultativo à Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. Decreto legislativo nº. 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº. 6.949, de 25 de agosto de 2009, 4 ed., ver e atual. – Brasília: 22



\_\_\_\_\_. **Viver Sem Limite** – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Disponível em [www.pessoacomdeficiencia.gov.br](http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br) Acesso em: 15 set. 2013.

CEPAL. **Dialogos sobre Políticas de Cuidado en Argentina**. Documento de cierre. Buenos Aires: CEPAL, 2015.

CORBO, A. M. D.; MOROSINI, M. V. **Saúde da família: história da recente organização da atenção à saúde**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Textos de apoio em políticas de saúde. p. 60-84. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções ano V – n. 8. p.107-124. Barbacena: **Mental** (Periódicos Eletrônicos em Psicologia), 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v5n8/v5n8a08.pdf>. Acesso em: 20/03/2011.

DEBERT, G. G. Arenas de conflito em torno do cuidado. **Tempo Social. Revista de Sociologia da USP**, v. 26, n. 1, São Paulo, jun. 2014, p. 35-45.

DEFICIÊNCIA. **Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com/Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República** (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) • Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência : SNPD – SDH-PR, 2014.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp.1497-1508. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700062>.

INOJOSA RM. **Sinergia em políticas e serviços públicos**: desenvolvimento social com intersetorialidade 2001. p. 102- 104. Disponível em: <http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad22/>. Acesso em: 14 de maio 2017.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LACOUMES, Pierre; LE GALÈS, Patrick. Governance. **International Journal of Policy, Administration, and Institutions**, v. 20, n. 1, USA: Blackwell Publishing, jan. 2007, p. 1-21

\_\_\_\_\_. **Sociologia da Ação Pública**. Tradução e estudo introdutório: George Sarmiento, Maceió: EDUFAL, 2012.

LORENC VALCARSE, Federico La Sociología de los problemas públicos. Una perspectiva crítica para los estudios de las relaciones entre sociedad y política. Nómadas. **Revista de Ciencias Sociales y Jurídicas**. Publicación electrónica de la Universidad Complutense de Madrid, 12, Madrid, 2005 Disponible en en: <http://www.ucm.es/info/nomadas/12/florenc.pdf> Aceso en 13 jde maio. 2017.

MONNERAT. G. L; SOUZA, R. G.. 2014. Intersectorialidade e Políticas Sociais: Um diálogo com a literatura atual. In: MONNERAT, G. L; ALMEIDA, N.L.T.de; SOUZA, R.G. de. **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**, Campinas - SP: Papel Social, 2014.

NOGUEIRA, V. M. R. A Importância da Equipe Interdisciplinar no Tratamento de Qualidade na Área da Saúde. **Katálysis**. v. 8, nº 2 j/dez. Florianópolis, SC, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

POLÍTICAS DE SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. Seminário Nacional sobre Deficiência e Funcionalidade Transitando do Modelo Médico para o Biopsicossocial 21/11/2014.

SANTANA, E. P. **Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência em Cruz das Almas – BA: uma análise sobre os desafios da intersetorialidade entre as políticas de Previdência e Assistência Social.** Dissertação. Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social. Cruz das Almas: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2016.

SANTOS MAM, CUTOLO LRA. **A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família.** Arq Catarinenses Medina. 2004.

SANTOS, B. R. L. dos; THIESEN, F. V. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde fortalecendo a **interdisciplinaridade na formação dos profissionais da área da saúde.** Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 1, jan./jun. PUCRS,

SANTOS, J. dos; SANTOS, M. B. **A Política de Atenção Básica: Aproximação com o debate sobre a efetivação do SUS e a Participação do Assistente Social na ESF.** Trabalho de Conclusão de Curso. Maceió - UFAL, 2010.

SANTOS, K. J. N. dos *et al.* **O Serviço Social na Unidade de Saúde São José/Canaã: relato da experiência no pet saúde da família. (2010-2011).** UFAL, 2011.

SASSAKI, R. K. **Como chamar os que têm deficiência?.** Rede Saci, 20/05/2003. Disponível em: [www.saci.org.br](http://www.saci.org.br) Acesso em: 20 de maio de 2017.

SECRETARIA NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2012.

SPOSATI, A. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 85, p. 133-141, mar. 2017.