

RESOLUÇÃO Nº 09/2011

O CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DE MATO GROSSO, no uso de suas atribuições legais que lhe confere a Lei Complementar nº 22, de 09 de novembro de 1992 e o artigo 13, alínea “a” e parágrafo único do Regimento Interno do Conselho Estadual de Saúde;

CONSIDERANDO a Reunião Ordinária realizada em 04 de maio de 2011.

R E S O L V E:

Art.1º Aprovar a POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA DE MATO GROSSO, parte integrante desta Resolução.

Art. 2º Esta Resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Registrada, Publicada, CUMPRA-SE.

Cuiabá-MT, 20 de maio de 2011.

(Original assinado)

PEDRO HENRY NETO

Presidente do Conselho Estadual de Saúde e
Secretário de Estado de Saúde

Homologada:

(Original assinado)

SILVAL DA CUNHA BARBOSA

Governador do Estado de Mato Grosso

**POLÍTICA ESTADUAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA DO
ESTADO DE MATO GROSSO**

Introdução

A construção da Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência, alinhada a Política Nacional, preconiza garantir a execução de ações de saúde voltadas a essa população alvo em consonância com a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (lei nº 8080/90). O SUS, que é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, possui uma gestão compartilhada entre as três esferas de governo (Município, Estado e União) e também participativa através de órgãos deliberativos como a Comissão Intergestores Bipartite, Comissão Intergestores Tripartite e Conselhos de Saúde.

A organização política e administrativa do SUS é de responsabilidade das três esferas de governo, bem como a descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços em atenção primária, secundária e terciária.

Com base nos princípios do SUS, a Universalidade, Integralidade e Equidade da pessoa com deficiência, têm garantido atenção à saúde, a reabilitação e o acesso a órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, que proporcionam melhor qualidade de vida.

No Estado de Mato Grosso a coordenação da Política Estadual de Reabilitação (física, auditiva, visual, intelectual e múltipla) é de responsabilidade do Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa (CRIDAC), garantindo o atendimento das necessidades básicas e específicas de saúde da pessoa com deficiência, através da promoção, prevenção, reabilitação e principalmente a inclusão social, numa estrutura organizada de assistência a atenção primária, média e alta complexidade fortalecida pelo ideário do SUS.

Os serviços de reabilitação física atualmente no Brasil são organizados através da Portaria MS/GM nº 818 de 05/06/2001, onde fica determinada a criação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência.

O Estado de Mato Grosso, por ser o terceiro maior território do país com 903.357.908 Km², onde a distância entre alguns municípios e a capital pode chegar até a 1.500 km, visando atender aos pressupostos da descentralização em conformidade com o Sistema Único de Saúde e a Lei Orgânica de Saúde do Estado de Mato Grosso, focado nas metas prioritárias, respeitando as análises de necessidade e viabilidade, implanta em todos os municípios os serviços de reabilitação física - Primeiro Nível de Referência Intermunicipal (nível I), Nível Intermediário (nível II) e os serviços de Referência em Medicina Física e Reabilitação (nível III-CRIDAC), garantindo a acessibilidade aos serviços de reabilitação.

Na Saúde Auditiva, o Estado está em processo de descentralização de 01 (um) serviço de média complexidade, sendo que o CRIDAC, através do CREADA – Centro de Referência Estadual de Atendimento ao Deficiente Auditivo vem realizando ao longo de 10 anos os serviços de média e alta complexidade.

No que se refere à Reabilitação Visual, Mato Grosso está aguardando projeto encaminhado ao Ministério da Saúde para implantar o serviço, e ainda as diretrizes nacionais sobre a Deficiência Intelectual.

Em 22 anos de Constituição Federal, marco da redemocratização do Brasil é possível vislumbrar elementos que indicam a proposição de um modelo de reabilitação para pessoas com deficiência (BRASIL, 1988, 1990, 2001). Os princípios da universalidade e equidade em saúde deslocam a atenção à saúde para as pessoas com deficiência para o lugar de política pública. O direito universal e a equidade em saúde possibilitam a incorporação das necessidades de saúde do segmento de pessoas com deficiência na agenda política e nos serviços de saúde de modo a consolidar um conjunto de respostas sociais a questão, criando condições para consolidação da assistência a saúde das pessoas com deficiência.

Trazer a reabilitação para o centro do debate sobre o direito à saúde das pessoas com deficiência e sobre a integralidade da assistência implica em reconhecer que, historicamente as ações de reabilitação, tem se mostrado como um espaço de interconexão de elementos relacionados à saúde, limites e possibilidades individuais e coletivas, avanços científicos e tecnológicos. Entretanto, um modelo de reabilitação centrado na lesão física ou sensorial deslocado do conjunto da atenção à saúde, não garantiu respostas a ponto de constituir-se como suporte assistencial para promover saúde e o exercício da cidadania (ALMEIDA, 2000).

A reabilitação através de uma visão exclusivamente biológica da deficiência, atravessa a transição de uma postura fragmentada e normalizadora para uma perspectiva emancipatória, congruente com a teoria social da deficiência, base do modelo social que possibilita distinguir conceitualmente a lesão e a interação entre os indivíduos com lesão e uma estrutura social onde estão presentes barreiras atitudinais, arquitetônicas, econômicas entre outras (ABBERLEY, 1997, DINIZ, 2007, BRASIL, 2008, OMS, 2003).

No Brasil, os dados do Censo de 2000 realizado pelo IBGE, indicam um percentual de 14,5% da população total, o que equivale a 24,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência. Isso significa que essa população se beneficia das leis e programas relacionados à melhoria da qualidade de vida. Deste total 70% vivem abaixo da linha da pobreza, 33% é analfabeto ou com até 03 anos de escolaridade e 90% está fora do mercado de trabalho.

Segundo o Censo Demográfico de 2000, desse percentual populacional, aproximadamente 3% apresentam grandes dificuldades, ou incapacidade visual (1,52%), auditiva (0,83%) e física (0,62%), necessitando de algum tipo de órtese ou prótese.

É importante destacar que a proporção de pessoas com deficiência aumenta com a idade, passando de 4,3% nas crianças até 14 anos, para 54% do total das pessoas com idade superior a 65 anos. À medida que a estrutura da população está mais envelhecida, a proporção de deficiência aumenta, surgindo um novo elenco de demandas para atender as necessidades específicas deste grupo.

O Estado de Mato Grosso possui 464.887 pessoas com algum tipo de deficiência. Desse total, 70.954 são pessoas com deficiência auditiva, 249.357 são pessoas com deficiência visual, 87.802 pessoas com deficiência motora, 20.801 são pessoas com deficiência física e 35.973 são pessoas com deficiência intelectual. Os municípios que possuem maior população com deficiência são Cuiabá, Várzea Grande, Rondonópolis e Cáceres, respectivamente 58.915, 24.983, 20.332 e 13.896 (IBGE 2000).

Os avanços da Saúde ao longo dos 20 anos após a criação do Sistema Único de Saúde é inquestionável, entretanto, muito temos que avançar e a Reabilitação exige um avanço numa velocidade acelerada, o desafio é maior porque a crescente ocorrência de deficiência adquiridas por algumas patologias, por acidentes de trabalho e no trânsito, tem alarmado a todos: clientela alvo do SUS, trabalhadores da saúde e Governantes.

Em recente pesquisa realizada no CRIDAC, através de prontuários de pacientes amputados, que necessitam de prótese de membro inferior – PMI foram detectadas as seis maiores causas de amputação que ficaram assim distribuídas:

- 1ª – Acidente de Trânsito (22,55%);
- 2ª – Acidente de Trabalho (16,65%);
- 3ª – Diabetes (11,90%)
- 4ª – Trombose (8,90%);
- 5ª – Deficiência Congênita (7,15%)
- 6ª – Seqüelas por acidente (5,95%)

O Brasil está entre os 05 países mais inclusivos das Américas, reconhecido por sua legislação e políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência, em razão dos resultados alcançados nos últimos anos, cujo modelo de atenção com base em ações assistenciais, vem sendo substituído pelo paradigma da inclusão social, respeitando as diversidades e equiparação de oportunidades, sob a perspectiva dos direitos humanos.

Assim o Governo do Estado de Mato Grosso através da Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência, apresenta propostas para garantir a promoção, proteção e reabilitação à pessoa com deficiência bem como da sua capacidade funcional e desempenho humano, assegurando a saúde deste segmento populacional e prevenindo agravos que determinem o aparecimento de deficiência e incapacidades.

Propósito

A Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência do Estado de Mato Grosso, dentro do contexto das políticas governamentais, tem como propósito promover, proteger e reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, de modo a contribuir para o desfrute pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, bem como assegurar a saúde deste segmento populacional e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiência e incapacidades.

O alcance desse propósito será pautado no processo de promoção da saúde, considerando, a efetiva articulação entre os diversos setores do governo e a participação da sociedade. Além disso, a consecução desta Política requer a criação de ambientes favoráveis e a adoção de hábitos e estilos saudáveis, tanto por parte da pessoa com deficiência, quanto daquelas com as quais convivem, os quais são essenciais e indispensáveis para a qualidade de vida buscada por esse processo.

Diretrizes e Estratégias para a Operacionalização da Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

A Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso através do Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa (CRIDAC) e tendo como referências os princípios do SUS e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, as quais orientarão a definição ou a readequação dos planos, dos programas, dos projetos e das atividades voltadas à operacionalização da atenção a saúde da Pessoa com Deficiência, estabelece as seguintes diretrizes:

- ? Promoção da Qualidade de Vida das Pessoas com Deficiência;
- ? Assistência Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência;
- ? Prevenção de Deficiência;
- ? Ampliação e Fortalecimento dos Mecanismos de Informação;
- ? Organização e Funcionamento dos Serviços de Atenção à pessoa com Deficiência;
- ? Capacitação de Recursos Humanos

1) Promoção da Qualidade de Vida das Pessoas com Deficiência

Compreendida como responsabilidade social na construção de ambientes acessíveis e a ampla inclusão sociocultural. As cidades, os ambientes e a comunicação devem ser pensados para facilitar a convivência, o livre trânsito e a participação de todos. Assegurar a igualdade de oportunidades às pessoas com deficiência (física, intelectual, auditiva, visual e múltipla). Implementar ações capazes de evitar situações e obstáculos à vida (criar ambientes favoráveis). Acesso a informação e aos bens de serviços. Promoção de habilidades individuais que favoreçam o desenvolvimento das potencialidades. A facilidade para a locomoção e a adaptação dos diferentes espaços. O acesso e a qualidade das ações dos serviços de saúde.

1. Fortalecer as políticas públicas que garantam a qualidade de vida e equidade de acesso físico e social pleno às pessoas com deficiência, por meio de políticas afirmativas e programas intersetoriais de inclusão social que atendam às necessidades de comunicação, acesso aos benefícios da seguridade social às pessoas impossibilitadas para o trabalho, atendimentos prioritários, adaptação física e humana de locais de trabalho, acesso a serviços nas áreas urbanas e rurais, adaptações nas vias públicas e transporte coletivo adaptado e gratuito.

2. Garantir e promover a efetiva execução das normas técnicas de funcionalidade e acessibilidade dos projetos habitacionais, vias, logradouros públicos e empreendimentos privados.

3. Estabelecer parcerias que assegurem o cumprimento da lei de acessibilidade através da fiscalização efetiva dos órgãos responsáveis.

4. Promover o amplo acesso das pessoas com deficiência (física, intelectual, auditiva e visual) às informações acerca dos seus direitos e das possibilidades para o desenvolvimento de suas potencialidades, seja na vida cotidiana e social, seja no trabalho, no esporte e no lazer.

5. Desenvolver campanhas de comunicação social e processos educativos continuados dirigidos a segmentos específicos e à população em geral visando à eliminação de todas as formas de discriminação que impeçam, ou constituam obstáculos à inclusão social da pessoa com deficiência.

6. Efetivar a representação da pessoa com deficiência nos conselhos de saúde, nas três esferas de gestão do sistema, objetivando a sua participação ativa na proposição de medidas, no acompanhamento e na avaliação das ações levadas a efeito, através de emendas parlamentares.

7. Assegurar recursos financeiros, a qualidade e o suprimento de ajudas técnicas, de modo a aumentar as possibilidades de independência e inclusão da pessoa com deficiência (física, intelectual, auditiva e visual), através da lei de Diretrizes Orçamentária (LDO).

8. Ampliar através da descentralização a oferta de serviços de ajudas técnicas fortalecendo a acessibilidade.

9. Incluir na tabela do SIA (Sistema de Informação Ambulatorial) /SUS os recursos de tecnologia assistiva, garantindo a qualidade de vida da pessoa com deficiência.

10. Garantir que a prescrição das ajudas técnicas obedeça à criteriosa avaliação funcional, objetivando a especificidade de cada caso.

11. Ampliar o processo de reabilitação através da rede de apoio, como elemento importante na promoção da saúde da pessoa com deficiência.

12. Propor que a atenção a saúde da pessoa com deficiência seja garantida nas estruturas curriculares dos cursos de formação universitária.

13. Propor junto a Secretária Estadual de Educação o fortalecimento no atendimento educacional especializado (AEE), conforme a resolução CNE/CEB nº 04/2009.

14. Propor que o direito à educação da pessoa com deficiência seja transversal em todos os níveis e modalidades de ensino.

15. Propor que as instituições de ensino ofereçam cursos profissionalizantes à pessoa com deficiência, condicionando à sua capacidade funcional e não a seu nível de escolaridade.

16. Elaborar a prática de protocolos clínicos no serviço de reabilitação (física, intelectual, auditiva e visual), objetivando a resolubilidade.

17. Garantir a Política Nacional de Humanização na atenção à saúde da pessoa com deficiência, no Estado de Mato Grosso.

2) Assistência Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência

Pressupõe que a pessoa com deficiência (física, intelectual, auditiva e visual), além da necessidade de atenção à saúde específica da sua própria condição, é um cidadão que pode ser acometido de doenças e agravos comuns aos demais, necessitando de outros serviços além dos estritamente ligados a deficiência. A assistência à saúde da pessoa com deficiência não poderá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, mas deve ser assegurado o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especificidades.

A integralidade traduz a idéia de atenção não dicotomizada, mas, integral em relação ao conjunto de indivíduos, às características das práticas preventivas, curativas e aos níveis de complexidade do sistema.

1. Garantir na rede de atendimento público e privado a obrigatoriedade da Lei 4399 de julho de 2003, ampliando os atendimentos, priorizando a promoção de atenção integral às pessoas com deficiência pelas três esferas de governo, o acesso à média e à alta complexidade, reduzindo a demora na realização de exames, nos procedimentos cirúrgicos, na dispensação de medicamentos de alto custo e no acesso a órteses e próteses para reabilitação.

2. Cumprir e fazer cumprir os preceitos constitucionais e os princípios do SUS, implementando a atenção integral à saúde com ações intersetoriais baseadas

na integralidade, na equidade, na universalidade, na descentralização e na participação social para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

3. Fortalecer o modelo de atenção em que a Unidade Descentralizada de Reabilitação - UDR (física, intelectual, auditiva, visual) seja a porta de entrada da pessoa com deficiência e de mobilidade reduzida, com equipe multiprofissional mínima necessária para realizar as ações de promoção e prevenção, melhorando a qualidade do atendimento da saúde e na atenção à família.

4. Garantir a efetivação do cartão SUS como mecanismo de controle e de regulação, informatizando o atendimento do usuário do SUS criando um banco de dados para cadastrá-lo de forma permanente (prontuário eletrônico), devendo implantar protocolos de rotina e de fluxo de pacientes visando à otimização dos serviços.

5. Garantir a aquisição e reparo de equipamentos, de recursos de tecnologia assistiva, concessão de órtese e prótese (ortopédica, auditiva, visual e mamária), meios auxiliares de locomoção, bolsas coletoras e materiais de suporte para o tratamento de linfedema, conforme as necessidades de saúde da população, observando a Portaria Ministerial – 400/2009.

6. Construir indicadores de saúde e de funcionalidade na atenção da pessoa com deficiência como norteadores do processo de monitoramento, controle e avaliação da qualidade da atenção à saúde, organizando núcleos de pesquisa nessa área.

7. Instituir processo de monitoramento, controle e avaliação dos modelos de atenção à saúde da pessoa com deficiência, divulgando amplamente os resultados, qualificando e aperfeiçoando os modelos de acordo com as necessidades e especificidades de cada loco-região.

8. Fomentar a implantação de linhas de cuidado à pessoa com deficiência (física, intelectual, auditiva e visual) no olhar da integralidade.

9. Propor que a prescrição de tecnologia assistiva, concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção sejam de competência da equipe de reabilitação (médicos, fisioterapeutas e terapeuta ocupacionais).

10. Garantir o direito a visita/orientação e atendimento domiciliar as pessoas com deficiência (física, intelectual, auditiva, visual e múltipla), objetivando proteger a saúde e prevenir agravos.

11. Garantir a organização de serviços na rede de saúde da pessoa com deficiência intelectual no Estado de Mato Grosso.

12. Articular e fortalecer a rede intersetorial na atenção integral a saúde física, intelectual, auditiva e visual objetivando oferecer um atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades.

13. Implementar a Política Nacional de Saúde Bucal com a criação de rede de serviços que garantam o acesso à prevenção, à promoção, ao diagnóstico, ao tratamento e à reabilitação no âmbito da atenção primária, de média e de alta complexidade, permitindo a estruturação de linhas de cuidado na assistência odontológica e uma política específica para a infância, no que tange à prevenção de cáries e à ortodontia, além de outras especialidades a pessoas com deficiência.

14. Fortalecer a implantação das referências hospitalares regionais, para o atendimento odontológico à pessoa com deficiência, conforme a Política de Saúde Bucal.

15. Fortalecer a implantação do CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) em cada regional para o atendimento a pessoa com deficiência, conforme a Política de Saúde Bucal.

3) Prevenção de Deficiência

Prevenção compreende ações e medidas orientadas a evitar as causas de deficiência que possam ocasionar incapacidades e as destinadas a evitar sua progressão ou derivação em outras incapacidades (Decreto nº 3298/99).

Os principais elementos dessa estratégia vão diferir, de acordo com o estágio de desenvolvimento do País.

As medidas mais importantes para a prevenção da deficiência (física, intelectual, auditiva e visual) são: a melhoria da situação econômica, social e de educação dos grupos menos favorecidos, a identificação dos diferentes tipos de deficiência e das suas causas dentro de áreas geográficas definidas; a introdução de medidas específicas de intervenção graças a melhores práticas de nutrição, a melhoria dos serviços sanitários, de detecção precoce e de diagnóstico; atendimento pré e pós natal, educação adequada em matéria de cuidados sanitários, planejamento familiar, legislação e regulamentação, modificação dos estilos de vida; educação quanto aos perigos da contaminação ambiental e estímulo a uma melhor informação e ao fortalecimento das famílias e comunidades.

Na medida em que ocorre o desenvolvimento, antigos perigos são reduzidos, surgindo outros novos. Esta evolução exige mudanças nos programas de intervenção à nutrição, melhores atendimentos da saúde do idoso, educação e normas para redução de acidentes na indústria, na agricultura, no trânsito e no lar, combate ao uso e abuso do álcool e das drogas.

A detecção precoce de doenças, seguidas imediatamente das medidas curativas, ou das que possam evitar a incapacidade, ou reduzir a sua gravidade é importante para a redução da incidência da deficiência e das incapacidades.

1. Estabelecer co-responsabilidade dos municípios através da Estratégia da Saúde da Família e das Unidades Descentralizadas de Reabilitação - UDR, visando à identificação precoce de deficiência (física, intelectual, auditiva e visual), com garantia de supervisão dessas atividades.

2. Articular entre os comitês estaduais e municipais de prevenção da mortalidade materna, infantil e fetal para a identificação dos pontos críticos da atenção integral ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, para prevenção de deficiência.

3. Garantir a implantação do teste da orelhinha, do olhinho e ampliação do teste do pezinho em todo o estado, objetivando a prevenção de deficiência.

4. Garantir o desenvolvimento de ações de saúde vocal através de equipe multidisciplinar (Otorrinolaringologista e Fonoaudiólogo) com especial atenção aos profissionais de educação.

5. Estimular a criação de serviços de orientação sexual e de prevenção de problemas uroginecológicos para pessoas com deficiência (física, intelectual, auditiva e visual).

6. Promover ações de educação em saúde para a proteção como elemento fundamental a saúde sexual e reprodutiva da pessoa com deficiência e o desenvolvimento da igualdade nas relações de gênero, de acordo com as especificidades e vulnerabilidades dessa população.

7. Articular na área da saúde da mulher, atenção primária, média e alta complexidade o olhar diferenciado à assistência da mulher com deficiência e a gestante especial, atendendo suas necessidades específicas.

8. Garantir junto à assistência farmacêutica, a distribuição permanente de medicamentos excepcionais para prevenção e ou agravos das condições que

levem a deficiência (física, intelectual, auditiva e visual) em toda a rede estadual de saúde.

9. Promover a assistência à pessoa com deficiência na perspectiva individual e coletiva envolvendo as famílias, escola e comunidade, através da mídia, reuniões e outros.

10. Garantir elaboração de material educativo e informativo acessível específico para pessoa com deficiência sobre a saúde na sua integralidade.

11. Estimular os profissionais de saúde para a realização de ações que fortaleçam a identidade pessoal e cultural das pessoas com deficiência na perspectiva da construção de um projeto de vida.

12. Promover ações de articulação intersetorial com DST/AIDS, vigilância em saúde, estratégia saúde da família, saúde mental, saúde da mulher, saúde do homem, saúde bucal, entre outros, visando ações específicas para a pessoa com deficiência.

13. Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde para identificar, notificar e atender os casos de violência contra a pessoa com deficiência (física, intelectual, auditiva e visual).

14. Promover ações intersetoriais com foco na prevenção, tratamento e reabilitação a agravos relacionados ao uso de álcool e outras drogas como fatores de vulnerabilidade para homicídios, suicídios entre outras violências.

15. Articular com a rede de saúde o acompanhamento do desenvolvimento infantil de bebês de alto risco, realizado por equipe multidisciplinar na atenção primária de saúde, com o propósito de promoção de saúde e prevenção de deficiência (física, intelectual, auditiva e visual).

16. Fortalecer parcerias com as Secretarias de Justiça e Segurança Pública, Educação, Saúde, Comunicação, Cultura e Entidades Sindicais, para desenvolver programas educativos e orientações sobre prevenção de acidentes de trânsito e domésticos.

17. Criar mecanismos para conhecer a realidade da região e propor atividades específicas de prevenção (acidente de transporte, trabalho, endemias, epidemias e outras causas).

18. Desenvolver a co-responsabilidade do usuário para o autocuidado na prática de hábitos saudáveis.

19. Articular a implementação da Política Estadual da Pessoa com Deficiência de Mato Grosso, com a Política Nacional da Saúde Funcional protocolada no Ministério da Saúde.

4) Ampliação e Fortalecimento dos Mecanismos de Informação

As mudanças ocorridas no setor saúde nas últimas décadas exigem uma busca de novos modelos de assistência e informação. Na atenção à saúde da pessoa com deficiência (física, intelectual, auditiva e visual) as informações são imprescindíveis para o atendimento individual e coletivo, podendo gerar políticas específicas para a formulação de planos e de programas, contribuindo no apoio aos processos de gestão.

A informação é uma ferramenta essencial para a operacionalização e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde, na perspectiva de avaliação, monitoramento e planejamento das ações. A informação isolada não é solução de problemas, no entanto, poderá subsidiar discussões junto às equipes sobre o que está se produzindo na rede.

Devemos considerar ainda nesse processo, o que será registrado, observando que a coleta de dados gerais e sociais, sejam contemplados e não apenas os dados biológicos ou da própria doença.

Um sistema de informação em saúde deve responder a questões sobre a utilidade do registro, quem a utiliza e como é utilizada, e por quanto tempo será útil, assim cada modalidade de serviço ou profissional deve registrar suas informações específicas e as informações gerais sobre a saúde individual ou do coletivo.

A informação não é gerada apenas pela consolidação de dados e construção de indicadores, e sim, pela capacidade de monitorar e avaliar a situação a partir destas informações. Organiza o serviço, dá suporte ao planejamento da rotina de ações dos profissionais, facilita o conhecimento de aspectos do perfil da clientela, referência e contra-referência, buscando a integralidade das ações.

1) Efetivar a utilização do cartão SUS viabilizando a inclusão do usuário em toda rede nacional de saúde, objetivando a informatização e a sistematização de informações de interesse gerencial dos serviços prestados à pessoa com deficiência.

2) Criar mecanismos de informação específicos para produção de informação a respeito de deficiência (física, intelectual, auditiva e visual) e incapacidades no âmbito do SUS, facilitando o gerenciamento, controle, monitoramento e avaliação das ações.

3) Fortalecimento da rede de informação, com melhoria das redes já existentes e ampliação de programas específicos com banco de dados, subsidiando a análise e o monitoramento.

4) Criar indicadores epidemiológicos para análise dos problemas de saúde à pessoa com deficiência, como subsídio para a implementação ou adequação da rede de serviços de atenção a pessoa com deficiência (física, intelectual, auditiva e visual), publicizando-os.

5) Garantir através do Planejamento Plure Anual (PPA) recurso financeiro destinado à pesquisa em saúde da pessoa com deficiência, prevendo a produção e a publicação dos resultados para subsidiar a qualidade das ações de reabilitação para essa população.

6) Articular com os Conselhos de Saúde a aplicabilidade dos recursos financeiros destinados as pesquisas programadas no PPA.

7) Garantir através do PPA recursos financeiros para implementação das ações de comunicação e informação em saúde da pessoa com deficiência, para que sejam efetivos instrumentos de auxílio às ações do SUS, objetivando a melhoria da formação de recursos humanos, a conscientização de usuários e a racionalização do desenvolvimento de sistemas.

8) Criar um sistema de informação sobre a saúde da pessoa com deficiência, usuárias do SUS, disponibilizado por meio de redes informatizadas e financiadas pelo Ministério da Saúde/Secretaria Estadual de Saúde a todas as Secretarias Municipais de Saúde, para uso dos profissionais, a fim de articular as políticas públicas como saúde, educação, segurança, meio ambiente e desenvolvimento social, constituindo-se num sistema de informação acessível e atualizado cotidianamente.

9) Fortalecer uma nova cultura de atenção ao usuário e de relações e condições de trabalho nos serviços de saúde, garantindo os direitos dos usuários à informação integral e aos mecanismos de valorização dos trabalhadores e usuários, por meio da educação permanente e do direito à participação na gestão.

10) Criar mecanismos que possibilitem a transparência dos serviços prestados em conformidade com a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência (física, intelectual, auditiva e visual).

11) Fortalecer mecanismos de informação, utilizando cartilhas com orientações referentes à implantação e organização da rede de atenção a pessoa com deficiência, sobre credenciamento dos serviços, referência e contra referência, protocolos técnicos e orientações gerais sobre ações de saúde à pessoa com deficiência.

12) Desenvolver e executar políticas editoriais de informação nas três esferas do SUS, com divulgação ampla em todo o estado, para efetivar a disseminação e a distribuição dos produtos informacionais em Braille e para intérpretes em Libras (Língua Brasileira de Sinais), garantindo equidade de acesso a pessoa com deficiência.

5. Organização e Funcionamento dos Serviços de Atenção à pessoa com Deficiência

A conformação de rede de assistência à saúde da pessoa com deficiência física, visual, intelectual e auditiva, destinada a organizar e planejar os serviços de atenção à saúde do segmento, coloca a reabilitação como espaço de atenção após a instalação de um dano, onde os usuários acessam o serviço de reabilitação, referenciados por outros serviços, seja de saúde ou específicos de reabilitação.

A reabilitação é um espaço de alta densidade tecnológica incluindo recursos humanos especializados, particularmente em se tratando de deficiência, cujo processo de reabilitação é carregado de expectativas do usuário, de familiares e de profissionais.

O acesso a saúde e a reabilitação como um direito da pessoa com deficiência (física, intelectual, auditiva e visual), é assinalada como acessível a quem dela necessitar, visando à equiparação de oportunidades.

Na assistência à saúde, a reabilitação é apontada como serviço especializado a ser garantido em níveis crescentes de complexidade, incluindo a concessão de órteses e próteses (ortopédica, mamárias, auditiva e visual), bolsas coletoras e materiais auxiliares como parte da ampliação das possibilidades de independência para os indivíduos.

O redirecionamento da rede de atenção à pessoa com deficiência, tem como objetivos a organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, regionalização, hierarquização e integralidade das ações, distribuindo de forma equilibrada e equânime a assistência nos vários espaços de atenção, levando em conta os recursos disponíveis e as necessidades da população, com base na legislação vigente.

Considerando a necessidade de melhorar a qualidade da assistência prestada à pessoa com deficiência, de se ampliar o acesso da população aos serviços de reabilitação, a necessidade de garantia da continuidade da

atenção, organizará os serviços em todos os níveis de complexidade, independentes e complementares.

Na reabilitação física, conforme preconiza a portaria 818/2001 apresenta a composição de uma rede hierarquizada a ser implantada pelos Estados e Distrito Federal conforme os parâmetros populacionais. Estabelecem serviços em três níveis de complexidade ambulatorial e um nível de atenção hospitalar. Descreve ainda, as atividades quanto à densidade tecnológica e a equipe mínima prevista para cada nível e pressupõe um fluxo ascendente e descendente entre os serviços de diferentes níveis e também com as equipes de saúde da família.

Na reabilitação Auditiva conforme a portaria GM/MS. nº 2073/2004 e na reabilitação Visual de acordo com as Portarias MS. Nºs. 3128/2008 e 3129/2008, os serviços estão organizados por níveis de complexidade, por densidade tecnológica, definição de equipe técnica, recursos financeiros e procedimentos padronizados.

Embora as legislações façam referência à atenção primária e a articulação dessas com os serviços de reabilitação (física, intelectual, auditiva e visual), observam-se a ausência de clareza sobre as possibilidades de ações de reabilitação, desde a atenção primária como ponto de partida e o ponto de retorno após um processo de reabilitação com maior densidade tecnológica. Esta lacuna fragiliza a perspectiva da atenção integral a saúde.

Nos níveis secundários e terciários, deverão estar qualificados para prestar atendimento aos casos de reabilitação, cujo momento da instalação da incapacidade, do tipo e grau, justifique uma intervenção mais freqüente e intensa requerendo tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados.

A CIF (Classificação Internacional de Incapacidades Funcionalidade e Saúde) representa um marco significativo na evolução dos conceitos em reabilitação, em termos filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que propõe uma nova forma de encarar as pessoas com deficiência e suas limitações, para o exercício pleno de suas atividades decorrentes de sua condição, influenciando um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas.

1) Desenvolver estratégias para implementar a atenção primária à saúde articulada com os demais níveis de complexidade, através de centrais de regulação, monitoramento e avaliação, tendo a Estratégia da Saúde da Família como prioridade para a sua organização.

2) Articular a atenção primária com a reabilitação, garantindo o acesso dessa população aos serviços de saúde/reabilitação, no controle da gestante de alto-risco, na desnutrição, na detecção precoce de fatores de risco da hipertensão arterial, na perspectiva da atenção integral a pessoa com deficiência.

3) Organizar as ações de saúde a pessoas com deficiência na atenção primária através do “apoio matricial”, objetivando suporte técnico às equipes

responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população e aumentando a capacidade resolutiva da equipe local.

4) Articular, planejar e implementar na atenção primária, de forma intersetorial e descentralizada junto com lideranças comunitárias, ações que visem a funcionalidade e a inclusão social.

5) Executar as ações de reabilitação no nível secundário, em caráter complementar à atenção primária e ao atendimento terciário, através de um sistema de referência e contra referência, objetivando maior cobertura e resolubilidade na atenção à pessoa com deficiência (física, intelectual, social, visual, auditivo, cognitivo).

6) Fortalecer a rede de apoio formal e informal, configurada principalmente pela família e cuidadores como um caminho para alcançar a inclusão social, comprometida com a integralidade da atenção.

7) Fortalecer ações que visem um modelo de reabilitação (física, intelectual, auditiva e visual) voltado para a saúde pública com concepções de saúde/doença enquanto processo sócio histórico e não apenas de saúde biológica e orgânica.

8) Planejar ações técnicas utilizando terapias grupais, oficinas de trabalho, tecnologias de média e baixa complexidade e baixo custo, ações junto à família, escola, comunidade e trabalho, modificando o modelo centrado nas terapias individuais, nas cirurgias e nas tecnologias de alto custo.

9) Organizar a prática de equipe técnica multidisciplinar/hierarquizada dividida em áreas profissionais de atuação para uma prática interdisciplinar.

10) Implantar e ou implementar protocolos e POPS (Procedimentos Operacionais Padrão) nos serviços de reabilitação como forma de fortalecer a comunicação entre as equipes, garantia de continuidade e a qualidade da assistência prestada à pessoa com deficiência.

11) Garantir o fornecimento do medicamento devidamente prescrito à pessoa com deficiência, que favoreçam a estabilidade clínica e funcional e no controle das lesões que geram incapacidades.

12) Garantir a referência e a contra-referência para a média e alta complexidade, ampliando a oferta dos serviços, garantindo o acesso da

população aos serviços, de acordo com o perfil epidemiológico dos municípios, otimizando os leitos dos hospitais e exames especializados.

13) Implantar e/ou implementar serviços em reabilitação física, intelectual, visual, auditivo em todos os níveis de atenção a saúde, utilizando a pactuação entre os municípios como recurso de garantia do serviço de reabilitação.

14) Articular e fortalecer a rede intersetorial na atenção integral a saúde física, intelectual, visual, auditiva e social objetivando oferecer um atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades.

15) Fortalecer mecanismos de articulação entre os serviços de reabilitação com a promotoria, defensoria e procuradoria possibilitando um diálogo entre as necessidades advindas das especificidades dos casos de reabilitação.

16) Garantir a participação dos profissionais da reabilitação na elaboração e execução nas ações de prevenção ou qualquer campanha nacional ou estadual direcionada à promoção da qualidade de vida da pessoa com deficiência.

17) Garantir que a referência e contra-referência da reabilitação (física, intelectual, auditiva e visual) para qualquer outro serviço, sejam sempre realizados através de formulários devidamente preenchidos.

18) Publicizar o fluxograma da rede de reabilitação que contemplem a missão, os princípios, as diretrizes e competências de cada serviço, ampliando a rede de informação e divulgação interna para a comunidade.

19) Implantar o serviço de atenção à saúde auditiva de média complexidade no interior do Estado como preconizam as portarias MS/SAS nº 587/04 e nº 589/04.

20) Organizar dentro da rede de reabilitação o acesso da pessoa com deficiência auditiva à terapia fonoaudiológica, de acordo com a política nacional de atenção à saúde auditiva.

21) Garantir leitos de Reabilitação em Hospital Geral e/ou Especializado que seja cadastrado no Sistema de Informações Hospitalares – SIH-SUS, que disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos especializados adequados para prestar esse tipo de atendimento, com a finalidade de reabilitação.

22) Implantar e/ou implementar o acolhimento na rede de reabilitação, buscando estabelecer vínculo e responsabilização dos profissionais e equipes com os usuários.

23) Desburocratizar o processo de licitação agilizando a aquisição e manutenção de equipamentos e materiais que atendam as necessidades dos serviços de reabilitação, respeitando sua especificidade e urgência.

24) Desenvolver estratégias para garantir o acesso à pessoa com alterações vocais à reabilitação fonoaudiológica.

5. Capacitação de Recursos Humanos

A construção e consolidação de uma política de saúde da Pessoa com Deficiência requer o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, integrada nos planos municipal, estadual e federal, e que valorize e considere a importância do trabalhador da reabilitação no ato de cuidar. Assim, é necessário garantir a capacitação e qualificação continuadas, através da criação de dispositivos permanentes de construção e aperfeiçoamento teórico e científico e intercâmbio entre serviços.

Visando à formação do trabalhador na saúde da pessoa com deficiência (física, intelectual, auditiva e visual), atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado, possibilitando que todo o usuário dos serviços de saúde seja atendido por profissionais com uma visão integral e não fragmentada da saúde.

1. Assegurar junto ao Ministério da Educação e as instituições de ensino superior a inclusão nas estruturas curriculares de disciplinas e conteúdos de reabilitação, e atenção a saúde à pessoa com deficiência junto aos cursos de formação de áreas afins.

2. Garantir que os centros de referência em reabilitação (nível terciário) desenvolvam atividades de educação permanente e continuada, destinadas aos profissionais do SUS nos vários níveis de atenção à saúde para a qualificação do atendimento às pessoas com deficiência.

3. Viabilizar em parceria com o Ministério da Saúde, Universidades e a Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Mato Grosso (FAPEMAT), pesquisas e cursos voltados para a formação de profissionais e pesquisadores na área de reabilitação (física, intelectual, auditiva e visual).

4. Promover ampla e permanente parceria com os Pólos de Educação Permanente na implementação das atividades de capacitação dos profissionais envolvidos na atenção à pessoa com deficiência.

5. Proporcionar, por meio de políticas públicas, o acesso à qualificação e ao conhecimento, criando cursos profissionalizantes e ou de qualificação profissional a todos os servidores e profissionais da rede SUS, para atenção a pessoa com deficiência.

6. Fomentar através do Ministério da Saúde e as secretarias estadual e municipais de saúde a formação específica de gestores na área da reabilitação, visando à eficiência e à eficácia na gestão pública, em compatibilidade com as necessidades do SUS.

7. Promover a capacitação continuada dos profissionais que trabalham na rede básica, para desenvolver ações de prevenção, detecção precoce, intervenção específica e encaminhamento adequado às pessoas com deficiência.

8. Assegurar capacitação aos profissionais da rede de ensino para o atendimento educacional à pessoa com deficiência física, auditiva, visual, intelectual e múltipla.

9. Capacitar os profissionais das unidades de saúde na utilização de línguas (LIBRAS), linguagens e códigos para o atendimento da pessoa com deficiência.

10. Garantir recursos financeiros para a realização de capacitação para os profissionais da rede de reabilitação (física, intelectual, auditiva e visual).

Referências Bibliográficas

ALMEIDA FILHO, N. **Uma breve história da epidemiologia**. In: ROUQUAYRIOL, M.Z.; ALMEIDAFILHO, N. Epidemiologia e Saúde. 5ª. Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. P. 1-16.

ARANHA, Maria Salete F. Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica. **Temas em psicologia**. nº 2, 1995, PP. 63-70. Ribeirão Preto, Sociedade Brasileira e Psicologia.

BRASIL. Coordenadoria nacional para integração da pessoa portadora de deficiência. **Acessibilidade**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência/ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2ª edição. rev. Atual. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Constituição (1988). **Constituição república federativa do brasil**. Brasília: Senado Federal; Centro Gráfico. 1998. P. 292.

_____. Portaria nº. 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, onde divulga o **Pacto pela Saúde 2006**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 12/09/2010.

_____. Portaria MS/SAS nº 587 anexo V de 07 de outubro de 2004. Institui a **Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva** e o Quantitativo dos Serviços de Atenção à Saúde Auditiva, Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica 01/96 do sistema único de saúde**. Brasília, 1997.

_____. Portaria MS/SAS nº 589 de 08 de outubro de 2004. Define os **mecanismos para operacionalização dos procedimentos à Saúde Auditiva**, Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, DF.

_____. Portaria MS/GM nº 818 de 05 de junho de 2001. Cria Mecanismos para **Organização e Implementação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física**, D.O.U. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, DF.

_____. **Política Nacional de Humanização**. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no sistema único de saúde – SUS**. Brasília – DF, 2008. Versão preliminar.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Política de Saúde. **Promoção da saúde**. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Saúde; Secretaria de Assistência à Saúde; Coordenação de atenção a grupos especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços**. Brasília, 1995. p. 48.

_____. Ministério da Ação Social; Coordenadoria Nacional para a Pessoa Portadora de Deficiência; Conselho Consultivo. **Subsídios para planos de ação dos governos federal e estadual na área de atenção ao portador de deficiência**. Brasília: CORDE, 1994.

_____. **Estatuto do Idoso/Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada/** Coordenação de Ana Paula Crosara Resende e Flávia Maria de Paiva Vital. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência, 2008.

_____. **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Ministério da Saúde. Brasília – DF. Editora MS. 2006. p.368.

_____. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o sistema único de saúde**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política nacional de saúde da pessoa portadora de deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores/ministério da saúde, secretária de atenção à saúde, departamento de regulação, avaliação e controle de sistemas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Saúde Intelectual no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004.

_____. Conselho nacional de saúde. **Relatório final da 13ª conferência nacional de saúde: saúde e qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

ESTADO DE MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso. **Leis e Decretos:** organização do SUS – série: Legislação da saúde em Mato Grosso. SES, Cuiabá, MT, 2000.

GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA - Divisão de políticas de saúde intelectual. **Plano estadual de saúde intelectual 2005 – 2006.** Florianópolis, 2004.

PEREIRA, Silvia de Oliveira. Dissertação de Mestrado. **Reabilitação de pessoas com deficiência física no SUS: Elementos para um debate sobre integralidade.**

PROGRAMA DE AÇÃO MUNDIAL PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. [HTTP://www.cedipod.org.br/w6pam.htm](http://www.cedipod.org.br/w6pam.htm). Acesso em 09 de setembro de 2010.

Salvador, 2009. IN. ABBERLEY, P. **The concept oppression and the development of a social theory of disability.**

MATO GROSSO. Secretaria de Estado de Saúde. **Leis e decretos: organização do SUS.** Organização de Ione Mariza Bortolotto e Zenaide Ferreira Camargo Rocha. Cuiabá: SES, 2000. 92 p.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MATO GROSSO. **Centro de apoio operacional. Estatuto do deficiente: Lei 7.853, de 24 de outubro de 1989.** Cuiabá: CAOP, 2007.

OMS. Organização mundial de Saúde. **CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (Centro colaborador da organização mundial da saúde para a família de classificações internacionais.** Org.: coordenação de tradução Cassia Maria Buchalla). São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, EDUSP, 2003.

PISANESCHI, Erika. Encontro Nacional dos Coordenadores Estaduais e Municipais da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília – DF, 2010

Inclusão – Fórum vai construir política estadual para pessoas com deficiência. <http://www.pe.gov.br>. Acesso em 10 set. 2010

RELATÓRIO DO II FÓRUM ESTADUAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM

DEFICIÊNCIA DO AMAZONAS. **“Inclusão, participação e desenvolvimento**

- um novo jeito e avançar”.

<http://conade.l2.com.br/Downloads/Etapas/Amazonas.pdf>. Acesso 10 set. 2010.

COMISSÃO ORGANIZADORA

Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa

Coordenadoria Geral

Lúcia Maria de Campos Provenzano

Comissão de Elaboração

Álvaro Lúcio de Oliveira Rondon
Deise Helena Pelloso Borghesan
Eliete de Arruda Vasconcelos
Lúcia Maria de Campos Provenzano
Lucineide da Silva Santos

Comissão Técnica

Ângela Ruth Furquim Teixeira
Ana Cristina Ferreira Gomes
Claudiana de Souza Duarte
Elisa Ayabe Ninomya
Fernanda Aguiar Soares
Gabriela Fakir Naves Cabral
Janes Aparecida Francio Moreira
Jane Rocha Camargo
Júlia Ulrich Alves de Souza
Lenilce da Silva Cândido
Luciana Goes Campelo
Lilian Aparecida Fabris
Manoelita Pereira de Oliveira
Márcia Fátima Folador
Marcos Antônio França
Maria Helena Goes Campelo
Maria Isabel Nelli
Nadia Maria Boabaid
Regiane Cristina Mendonça
Renata Souza Ribeiro
Sibele Vieira Baralle Thommen Baicere
Sônia Regina Santos Souza
Terci Gonçalves Corrêa
Zenaide Maria Ferraz Logrado de Souza

Comissão de Apoio

Adriana Moessa Costa
Adnéia Catarina de Campos Almeida Cruz
Carolina Toledo Grzybowski
Eudilei de Almeida
Gene Krupa
Maria do Rosário A. C. Seabra da Cruz
Roberta de Freitas

Unidades Desconcentradas da Secretaria de Estado de Saúde

Centro Estadual Odontológico para Pacientes Especiais – CEOPE
Centro Estadual de Referência Médica e Alta Complexidade - CERMAC

Instituições Participantes:

Associação Coxipones de Deficiente Pedra 90 - ACD
Associação de Espinha Bífida de Mato Grosso – AEBMT
Associação Matogrossense de Deficiente – AMDE
Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE
Associação Pestalozzi de Cuiabá
Associação Síndrome de Down de Mato Grosso – ASDMT
Centro de Habilitação Profissional - CHP
Conselho Estadual da Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONEDE
Conselho Estadual de Saúde - CES
Conselho Municipal de Saúde
Conselho Municipal da Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CMDPD
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional- CREFITO
Federação Cristã do Deficiente - FCD
Unidades Descentralizadas de Reabilitação do Estado de Mato Grosso - UDR
Universidade de Várzea Grande - UNIVAG

O Ministério da Saúde, o Governo do Estado de Mato Grosso através da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso e do Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino Corrêa (CRIDAC), estabelecem parceria para a Elaboração da Política Estadual de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência.

GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO

Silval da Cunha Barbosa

Secretário de Estado de Saúde

Pedro Henry Neto

Secretária Adjunta de Gestão Estratégica

Maria Conceição E. Villa

Secretário Adjunto de Saúde

Vander Fernandes

Secretário Adjunto Executivo

Edson Paulino de Oliveira

Diretora do CRIDAC

Lúcia Maria de Campos Provenzano

Coordenador Técnico do CRIDAC

Álvaro Lúcio de Oliveira Rondon

Coordenador Administrativo do CRIDAC

Silvio Rodrigues de Oliveira Filho