

O atendimento no “Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência” – percepção dos familiares

The assistance given to the accompanying person of patients with intellectual disability program – relatives' perceptions

Elizabete Coutinho Brunetti¹, Maria do Carmo Querido Avelar²

Resumo

Objetivo: Conhecer a percepção do responsável pela “Pessoa com Deficiência” (PCD) intelectual atendido no “Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência” (APD). **Método:** Elegu-se a abordagem qualitativa com orientação metodológica baseada em Minayo e Bardin utilizando como referencial teórico o Processo Interpessoal da Teoria de Hildegard Peplau, nas fases: orientação, identificação, exploração e solução. **Resultados:** Foram incluídos dez participantes responsáveis pela PCD intelectual, estando esta população definida pela saturação das respostas. Como responsável pela pessoa com deficiência intelectual se destaca a mulher e idosa. Percebeu-se no discurso do responsável a preocupação com o preconceito, a segregação e a cultura de exclusão. Emergiram em suas inquietações a atenção com as outras PCDs colocando a necessidade da ampliação do Programa APD como solução para aqueles que estejam sem acompanhamento. **Conclusão:** Neste contexto percebeu-se que o Programa APD, ampliou as possibilidades, resoluções e conquistas para PCD intelectual e seus familiares. Considera-se um desafio o caminhar para construção de uma sociedade inclusiva, que fomente a cidadania e o fortalecimento de ações que promovam a equidade no atendimento ao ser humano.

Descritores: Deficiência intelectual, Reabilitação, Atenção à saúde, Família, Percepção, Equidade

1. Enfermeira Especialista em Psiquiatria e Saúde Mental pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental
2. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Curso de Graduação em Enfermagem
Trabalho realizado: Prefeitura Municipal de São Paulo - Supervisão Técnica de Saúde Itaquera / Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental

Endereço para correspondência: Elizabete Coutinho Brunetti. Rua Catileias, 307 - Vila Mazzei – 02314-070 – São Paulo – SP - Brasil

Abstract

Objective: Get to know the perception of the one who's responsible for the person with intellectual disability that is assisted by the accompanying person of patients with intellectual disability program. **Method:** We have chosen the qualitative approach with a methodological orientation based on Minayo and Bardin using Hildegard Peplau's Interpersonal Relations Theory as reference in the phases: orientation, identification, exploration and solution. **Results:** We have included ten participants who are responsible for people with intellectual disability, being that population defined for the theoretical saturation of answers. We can observe that elderly women are responsible for people with intellectual disability in most cases. We can notice in their speech their concern about prejudice, segregation, and social exclusion culture. They have also revealed their concern about others who are responsible for people with intellectual disability, highlighting the necessity of the increase of the accompanying person of patients with intellectual disability program as a solution to those who are without an accompanying person. **Conclusion:** In this context, we have observed that the accompanying person of patients with intellectual disability program has increased the possibilities, solutions and achievements for people with intellectual disability and their families. We consider a challenge the way to the construction of an inclusive society that promotes citizenship and the strengthening of actions that can promote equality regarding human being's assistance.

Keywords: Intellectual Disability, Rehabilitation, Health care (Public Health), Family, Perception, Equity

Introdução

A Convenção dos Direitos Humanos esclarece que todos, sem discriminação, devem ser assistidos; na área da saúde os Estados são responsáveis por

tomadas de decisões que favoreçam a inclusão e acolhimento da Pessoa com Deficiência (PCD) nos serviços da rede⁽¹⁾.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 revelou que 45,6 milhões de brasileiros apresentavam algum tipo de deficiência, aproximadamente 23,09% da população e neste universo 2.611.536 de pessoas eram diagnosticadas com deficiência intelectual⁽²⁾.

A deficiência intelectual é compreendida como *"uma deficiência caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, que abrange muitas habilidades sociais e práticas cotidianas; esta deficiência se origina antes da idade de 18 anos"*⁽³⁾.

As PCDs enfrentam maiores dificuldades na participação social que a população geral; enfrentam maiores desafios no acesso à saúde, à educação e menor participação no mercado de trabalho. Esses desafios conduzem a piores perspectivas de saúde, níveis baixos de escolaridade e taxa de pobreza mais elevada. O conhecimento sobre a deficiência e o comportamento atitudinal influenciam o processo de inclusão nos equipamentos de saúde, escola, lazer, vida social e outros⁽⁴⁾.

Em 2010 a Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Associação Saúde da Família implantou 20 equipes do Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência (APD) no município de São Paulo. O Programa APD visa assistir a PCD intelectual em situação de fragilidade e vulnerabilidade social⁽⁵⁻¹¹⁾.

Os objetivos nos atendimentos são favorecer a inclusão, evitar abrigo ou internação, incentivar autonomia e independência, proporcionar suporte familiar, prevenir agravos, desenvolver potencialidades e realizar articulações para ampliar a participação social da pessoa com deficiência intelectual⁽¹¹⁻¹³⁾.

O Programa APD utiliza como norteador de suas ações a Política Nacional de Humanização (PNH) do Sistema Único de Saúde (SUS) considerado um marco na saúde, com a perspectiva de ampliar o grau de co-responsabilização dos diferentes atores que constituem a rede de cuidados. O cuidado com a saúde requer mudança na cultura da atenção aos usuários e da gestão dos processos. A PNH coloca como atenção à saúde, o vínculo com o usuário, com o intuito de garantir os direitos do usuário e família^(11,12-15).

Neste estudo propôs-se conhecer o significado do Programa APD, pela vivência e percepção da família, expressando o significado deste processo em relação à realidade e a importância do seu atendimento.

Objetivo

Conhecer a percepção do responsável pela PCD

intelectual atendido no "Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência".

Método

Estudo descritivo com abordagem qualitativa, envolvendo o responsável pela PCD intelectual assistido no Programa APD. O número de participantes foi determinado pelo processo de saturação das informações representadas pela repetitividade do conteúdo das respostas, referindo-se ao objeto de estudo^(16,17). Os dados foram coletados na Unidade Básica de Saúde e no domicílio do responsável pela PCD intelectual. Para participar do estudo fez-se o contato por telefone e o convite. Após a aceitação foram marcados o dia, horário e local para a entrevista. Na data programada foi lido e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a assinatura foi realizada a entrevista. Estabeleceu-se como critério de inclusão estar sendo acompanhado pelo Programa APD semanalmente com no mínimo três meses de atendimento. O instrumento compôs-se de duas partes, sendo a primeira sobre as características sócio-demográficas e a segunda incluiu uma entrevista gravada com o responsável pela PCD intelectual, tendo como questão norteadora: "Conte-me como você vê o programa APD". Os discursos foram gravados e posteriormente foram transcritos e organizados em Unidade de Registro, estabelecendo-se os Núcleos de Compreensão^(16,17).

Os "Núcleos de Compreensão" expressaram diferentes percepções segundo ideias pré concebidas; com conceitos variados de adaptações à vida e das reações aos conflitos; dos fatores em torno dos problemas que os sujeitos compartilharam de forma mútua e cooperativa na busca de soluções.

O Enfermeiro na sua prática exerce influência do seu desenvolvimento pessoal e profissional, assumindo diferentes papéis durante as várias fases de relacionamento interpessoal, evoluindo para possíveis soluções. Assim decidiu-se estabelecer uma compreensão dos papéis a serem desenvolvidos e dos fatores relacionados às dificuldades encontradas, na tentativa de compartilhar, de forma cooperativa, em um processo de trabalho de amadurecimento conjunto. Com isso o material estudado foi identificado e analisado em fases sequenciais que emergiram numa vertente teórica de base para a sua análise. Como técnica de solução de problemas, subsídio para o processo de atendimento das necessidades dos pacientes, entendeu-se que cada fase do Processo corresponderia a uma das abordagens que integra o Referencial Teórico segundo a Teoria de Hildegard Peplau⁽¹⁸⁾, e que seu conceito viabilizaria a realização sequencial do processo interativo com os sujeitos da pesquisa. Os conceitos apresentados na fase de orientação, identificação, exploração e solução do

referencial teórico de Hildegard Peplau⁽¹⁸⁾ foram analisados através da avaliação do discurso dos sujeitos da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, conforme Parecer N° 673.339; encaminhado ao CEP da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, aprovado conforme Parecer N° 691.349.

Resultados

Neste estudo foram incluídos dez participantes responsáveis pela PCD intelectual, estando esta população definida pela saturação das respostas^(16,17).

Sobre a primeira parte do estudo as características sócio-demográficas dos participantes encontram-se explicitadas na Tabela 1.

Nesta Tabela 1 observa-se que os participantes constituem, na sua maioria, uma população de mulheres (9-90%) e idosas (7-70%). Há prevalência para o Ensino Fundamental Incompleto (6- 60%). Como responsável pela PCD intelectual se destaca a mulher, visto que predomina ainda em nossa sociedade os cuidados sob sua responsabilidade. A mulher tem a função de cuidar dos filhos, da família, apesar do cenário mundial estar aparentemente em processo de mudanças⁽¹⁹⁾

Em relação à segunda parte, para a organização e análise do material seguiu-se os passos propostos por Minayo e Bardin^(16,17) estabelecendo as "Unidades de Registro", seguindo-se a fase classificatória, ou seja, a determinação dos "Núcleos de Compreensão", sumarizados nas "Categorias": Orientação, Identificação, Exploração e Solução

A Categoria "Orientação" estruturou-se a partir

Tabela 1
Características dos participantes do estudo segundo variáveis, em números, porcentagens e total. São Paulo, 2014

Variáveis	N=10	
	N	%
Sexo		
Feminino	9	90
Masculino	1	10
Faixa etária		
40 - 50 anos	2	20
51 - 60 anos	1	10
61 - 70 anos	7	70
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	6	60
Ensino Fundamental Completo	1	10
Ensino Médio Incompleto	1	10
Ensino Superior Incompleto	1	10
Ensino Superior Completo	1	10
Relação/Responsável		
Mãe	8	80
Pai	1	10
Irmã	1	10
Total	10	100%

da necessidade manifestada de um trabalho conjunto entre usuário e profissional, no qual foram levantadas, identificadas e reconhecidas as dificuldades e problemas do usuário.

Na categoria "Identificação" emergiram as per-

Quadro 1

Categoria Orientação

Unidade de Registro	Núcleo de Compreensão	Categoria
Não tínhamos ajuda; iam internar meu filho no hospital psiquiátrico; parecia bichinho do mato; eu e nem as pessoas não sabiam lidar com ele.	Consciência do problema	Orientação

Quadro 2

Categoria Identificação

Unidade de Registro	Núcleo de Compreensão	Categoria
Eu não acreditava mais; vivia em conflitos familiares; parei de visitar meus parentes.	Conflitos de Sentimentos	Identificação
O APD vem em casa; isso facilita muito a vida da gente; eles trabalham com o nosso dia a dia; ajuda a nos organizar no dia a dia.	Visão da realidade familiar	Identificação
Meu filho não tinha acompanhamento; está na escola; faz até passeios; grupo de dança.	Articulação com equipamentos	Identificação

cepções e expectativas do usuário e profissional, estabelecendo um vínculo de participação, corroborando para os desdobramentos de articulações no território.

Pela análise detectou-se na Categoria Exploração as situações nas quais o usuário refere, de forma objetiva, o seu fortalecimento quanto à apropriação de como agir, percebe-se que através do diálogo desdobram decisões ou são repensadas de forma compartilhada.

Na categoria Solução foram estabelecidos os níveis de relacionamento voltados à maturidade dos agentes na questão da dependência do processo de relação usuário/profissional, demonstrando autonomia e independência dos PCDs, alcançadas com a sua integração no Programa APD, ultrapassando o nível pessoal para o grupal/social.

Discussão

A Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência⁽¹⁾ em seus princípios gerais traz a deficiência como parte integrante da humanidade e o respeito às particularidades da pessoa. É necessário estar atento à pessoa, suas demandas e sofrimento anterior a qualquer diagnóstico; ver o ser humano no contexto de seus direitos, dificuldades, sentimentos, desejos, frustrações, dilemas, utopias e tudo que permeia suas necessidades. Trabalhar com a individualidade e particularidade é o desafio para os profissionais, família e sociedade. Esta ótica favorece a inserção das pessoas nos espaços, na saúde, na escola, no trabalho e em

todos os equipamentos importantes e imprescindíveis; possibilitando desconstruir a cultura da segregação e exclusão^(14,15,20).

O SUS em seus princípios e diretrizes prioriza o atendimento com integralidade, ou seja, acesso em todos os níveis, exigindo atenção sobre as diferentes necessidades do ser humano⁽²⁰⁾. No entanto temos como desafio o paradigma histórico da deficiência que gerou a naturalidade de não aceitar o diferente^(4,21,22).

Na análise dos resultados, em relação à categoria "Orientação", na percepção do responsável pelo usuário do APD foi verificada a necessidade de ser acolhido, direcionado e assistido pelo Programa. Neste momento o responsável coloca seus anseios, suas percepções e as problemáticas vivenciadas nos cuidados com a PCD intelectual. No discurso do responsável fica explícito sentimentos complexos ou desconhecimento sobre a deficiência intelectual. Quando o responsável toma consciência e busca ajuda para direcionar suas ações nota-se uma tomada de iniciativa que permeia todo o processo no atendimento da PCD no Programa APD^(11, 12,15).

A categoria Identificação explicita falas e discursos que encerram conflitos e dúvidas do responsável pela PCD intelectual como: "Pensei que ele não aprendia", "Eu tinha medo". Percebe-se nestes discursos que com os atendimentos no Programa APD foi possível pactuar o vínculo e estabelecer um espaço para a família colocar suas angústias, frustrações e perspectivas^(11,14,15,23-25). Nota-se que para os participantes, o

Quadro 3

Categoria Exploração

<i>Unidade de Registro</i>	<i>Núcleo de Compreensão</i>	<i>Categoria</i>
Fui ao dentista; psiquiatra; passou a primeira vez no ginecologista; acompanhou em consulta.	Serviços de Saúde	Exploração
Está aprendendo informática; encaminharam para música e desenho; levava meu filho para lugares diferentes.	Interesses do usuário e família	Exploração
Orientou-me sobre a deficiência; ensinou-me a estimular meu filho; me fez pensar e ver as coisas diferentes.	Decisão Compartilhada	Exploração

Quadro 4

Categoria Solução

<i>Unidade de Registro</i>	<i>Núcleo de Compreensão</i>	<i>Categoria</i>
Nossa... agora ele sabe andar de ônibus; vai ao mercado; decide as coisas; escolhe o que vai vestir; está trabalhando; ele vai sozinho; melhorou na organização; cuida do cabelo; coloca a roupa; mais independente.	Autonomia e Independência	Solução
Precisa ter mais equipes; tem mães desesperadas precisando de auxílio; por que não ter em outros estados? Eu vejo o programa APD como grande ajuda.	Ampliação do APD	Solução
O APD é necessário para as pessoas; o APD foi tudo para nós; o APD faz a diferença; uma luz no fim do túnel.	Apoio aos familiares	Solução

Programa APD funciona como um articulador e apoio. Com o Programa APD a família inicia a utilização de espaços na comunidade, escolas, atendimento na saúde e outros. Neste processo ocorre a ruptura do consolidado lugar onde culturalmente se coloca a PCD intelectual e evidencia o processo de cidadania e a exploração de interesses. Gradativamente é modificada a atitude da família/usuário através do vínculo, da escuta, do acompanhamento semanal e todos desdobramentos dos atendimentos no Programa APD^(11,14,15, 25).

Na Categoria de Exploração percebe-se a ampliação e busca dos interesses e as alternativas para resolução do problema colocado pela família e usuário. Nos discursos fica evidente a existência do problema, o reconhecimento dos recursos disponíveis e a tomada de decisão compartilhada. Assim o trabalho faz sentido para a família e neste direcionamento todos são favorecidos com o desenvolvimento do aprendizado e o empoderamento do usuário/responsável^(9,11,12,15, 20).

Quanto à categoria Solução inicia-se o processo de confrontação com o que era e o agora, que gradativamente amplia os ideais e desejos. Neste momento o responsável/usuário percebe que é possível vencer a barreira que o paralisava. No decorrer do discurso percebe-se na Categoria Solução, a expressão do responsável quando coloca com certa admiração que "... Agora ele sabe andar de ônibus" ou "Hoje ele decide as coisas", testemunhando o quanto o usuário foi conquistando sua autonomia e independência, sendo este o objetivo do Programa APD^(11, 24). Nota-se que nos desdobramentos dos atendimentos os problemas geram atitudes positivas que trazem alternativas de solução, ampliando a visão deste processo, gerando amadurecimento dos envolvidos e favorecendo a resiliência dos mesmos^(13,14,15,26 -28).

Quando o participante comunica a conquista do emprego, nos remete ao processo histórico de segregação, incapacidade e a atual pluralidade de ações que fomenta a inserção da PCD no mercado de trabalho. No entanto, uma pesquisa realizada por Violante e Leite(2011)⁽²⁹⁾ coloca que ainda no Brasil, as empresas estão em processo de mudança no quesito da inclusão.

Acredita-se que a resolutividade da maioria dos problemas enfrentados quanto à inclusão social da PCD no mercado de trabalho deva passar por mudanças além das políticas públicas. A inclusão transcende o espaço, as leis de cotas e outros; confronta-se com as atitudes pessoais, sociais e comportamentais da sociedade^(9,11,22,24,25,27-29).

Devido às atitudes da sociedade, o preconceito e a cultura de exclusão percebe-se no discurso do familiar a preocupação com outras PCD, colocando a necessidade da ampliação do Programa APD como solução para aqueles que estejam sem acompanhamento e se

beneficiariam do programa. Os familiares colocam que as resoluções ocorreram através da orientação familiar, o fortalecimento da autonomia e independência, da articulação na rede e ações conforme seus interesses. Estas ações são os pilares, o foco do programa APD nascido em 2010, direcionado a PCD intelectual^(6-12,15,21-22,26).

Neste contexto percebeu-se que ações no âmbito da cidade de São Paulo, como a criação do Programa APD ampliou as possibilidades, a resolução e conquistas para a PCD intelectual e os seus familiares. Considera-se um desafio o caminhar para construção de uma sociedade inclusiva e disponível ao processo de transição e o fortalecimento de ações que promovam equidade no atendimento do ser humano e suas particularidades⁽⁷⁻¹⁵⁾.

Conclusão

O presente estudo possibilitou conhecer a percepção do responsável pela PCD atendido no "Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência", que emergiu por meio das categorias: Orientação – consciência do problema; Identificação – conflitos de sentimentos, visão da realidade familiar; Exploração – serviços de saúde, interesse do usuário e família, decisão compartilhada; Solução – autonomia e independência, ampliação do programa e apoio aos familiares.

Percebeu-se que os responsáveis no início do atendimento no Programa APD demonstravam o cansaço, a tristeza, o sofrimento e a complexidade de lidar com os preconceitos e a não aceitação. No tocante aos desdobramentos das ações pactuadas e na metodologia do trabalho, respeitando a individualidade e a demanda dos usuários, observou-se que expressavam os sentimentos de descobertas, alegrias, desafios e a conquista pela inclusão no território, inserção em cursos de interesse; pelo alcance da cidadania e o processo de reconhecimento de ser visto e respeitado como parte integrante da sociedade.

O Programa APD é conhecido pelos responsáveis da PCD como um direcionador, um espaço seguro onde é permitido e fomentado colocar os medos, frustrações, ideais e sonhos. Como resultados as pessoas com deficiência intelectual e a família (responsáveis) percebem o Programa APD como um articulador na rede, que fortalece a sua autonomia e independência.

Acredito que o programa APD funcione como ferramenta integradora entre usuário e família, articulando e construindo uma rede de cuidados.

Seu processo de busca pelos interesses, os questionamentos e reflexões, que transcendem as barreiras atitudinais, envolvendo-se na luta pelo direito de serem vistas como pessoas com dificuldades, potencialidades e possibilidades como qualquer ser humano.

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. [online] Brasília : Secretaria de Direitos Humanos; 2011. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/relatorio-de-monitoramento-da-convencao> (12 maio 2016).
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico 2010. [on line]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm 10 maio 2016).
3. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD). Definiton of intellectual disability. [on line]. Washington: AAIDD; 2013. Available from: <http://aaid.org/intellectual-disability/definition#.Upp3xmTZdss> (01 may 2016).
4. World Health Organization (WHO). Relatório Mundial sobre a Deficiência [monografia online]. São Paulo: SEDPCD; 2012. 334p. Disponível em : http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf (11 maio 2016).
5. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Saúde da pessoa com deficiência. [on line] . São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2016a. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/pessoa_com_deficiencia/index.php?p=16314 (11 maio 2016).
6. São Paulo (Cidade). Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Documento de apoio ao processo de planejamento estratégico da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo: Prefeitura de São Paulo; 2013. 134p.
7. São Paulo (Cidade). Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Pessoa com Deficiência. Secretaria da Pessoa com Deficiência e Mobilidade Reduzida. [online]. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2016b. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/pessoa_com_deficiencia/ (07 maio 2016).
8. São Paulo (Cidade). Prefeitura de São Paulo. Secretária Municipal da Saúde. Rede de cuidados à pessoa com deficiência. [online]. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2016c. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/PlanodeacaoRedePessoaComDeficiencia.pdf> (27 maio 2016)
9. Associação Saúde da Família (ASF). Programa acompanhante de saúde da pessoa com deficiência. [online] São Paulo: ASF; 2013. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.org/projetos/apd/apd.htm> (07 maio 2016).
10. São Paulo (Cidade). Prefeitura de São Paulo. Saúde oferece atendimento específico a pessoas com deficiência intelectual. Notícias Rev Sentido. [periódico online]. 2012; [citado em 07 set 2013]. Disponível em: <http://revistasentidos.uol.com.br/inclusao-social/66/saude-oferece-atendimento-especifico-a-pessoas-com-deficiencia-intelectual-240774-1.asp> (07 maio 2016).
11. São Paulo. (Cidade). Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de São Paulo. Documento Norteador: Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência. [online] São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2012. Disponível: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/deficiencia/APD.pdf> (18 mai 2016).
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 60p.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 64p
14. Campos GWS. Humanização da saúde: um projeto em defesa da vida? Interface: Comun Saúde Educ. 2005; 9:389-406.
15. Cunha GT, Campos GW. Apoio matricial e atenção primária em saúde. Saúde Soc. 2011; 20:961-70.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010. 407p.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. 220p.
18. Belcher JR, Fish LJB, Hildegard E. Peplau. In: George JB. Teorias de enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 49-63.
19. Melo HP. Gênero e Pobreza no Brasil. Relatório Final do Projeto Governabilidade Democrática de Gênero em America Latina y El Caribe. [online] Brasília: CEPAL; 2005. Disponível em: http://acesso.mte.gov.br/data/files/FF8080812BAFFE3B012BCB0B9B4B1EBA/GGeneroPobreza_Brasil04.pdf (11 maio 2016).
20. Saito RXS. Políticas de saúde: princípios, diretrizes e estratégias para estruturação de um sistema de saúde. In: Ohara ECC, Saito RXS. Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari; 2008. p. 21-60.
21. Garcia VG. As pessoas com deficiência na História do Brasil. [online]. Disponível em: <http://www.bengalalegal.com/pcd-brasil> (12 maio 2016).
22. Figueira E. Caminhando em silêncio: uma introdução à trajetória das pessoas com deficiência na história do Brasil. São Paulo: Giz Editora; 2008. 179p.
23. Stubbe D. Transtorno do desenvolvimento: retardo mental. In: Stubbe D. Psiquiatria da infância e adolescência. Porto Alegre: Artmed; 2008. p. 51-7.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do autismo e suas famílias na rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 156p.
25. Brasil. Ministério da Saúde. RAPS. Rede de atenção psicossocial. [online]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016d. Disponível: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial (24 abril 2016).
26. Dias SS, Oliveira MCS. Deficiência intelectual na perspectiva histórico-cultural: contribuições ao estudo do desenvolvimento adulto. Rev Bras Educ Espec. 2013; 19: 169-82.
27. Fundo de Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Situação Mundial da Infância em 2013. Crianças com deficiência. [online]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/PT_SOWC2013.pdf (07 maio 2016).
28. Santos EG, Siqueira MM. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. 2010; 59:238-4.
29. Violante RR, Leite LP. A empregabilidade das pessoas com deficiência: uma análise da inclusão social no mercado de trabalho do município de Bauru, SP. Cad Psicol Soc Trab. 2011; 14:73-91.

Trabalho recebido: 16/05/2016

Trabalho aprovado: 01/09/2016