

## A organização da política de saúde da pessoa com deficiência no estado do Paraná

### The organization of the politics of health of the person with deficiency in the state of Paraná

Eliane Christine Santos de Campos\*  
Angelica Vanessa Mileski\*\*

**Resumo:** O presente artigo discute a política de saúde da pessoa com deficiência, com ênfase na sua organização no estado e municípios do Paraná. Para compreensão do tema, num primeiro momento apresentamos uma breve discussão sobre a saúde enquanto um direito constitucional. Logo após, discutimos os conceitos sobre deficiência e apresentamos os dados estatísticos visando compreender a realidade brasileira. Por fim, demonstramos como a política nas três esferas de governo está definida e organizada e apresentamos as considerações finais. Podemos concluir que houve um avanço na definição do modelo de política a ser implementada pelos municípios do Paraná, entretanto a garantia do acesso está diretamente relacionada ao cumprimento das determinações legais.

**Palavras-chave:** Saúde. Pessoa com deficiência.

**Abstract:** The present study discusses the politics of health of the person with deficiency, with emphasis in its organization in the state and cities of Paraná. For understanding the subject, at the first moment we present one brief argument on health as a constitutional right. Next, we argue the concepts on deficiency and present the statistical data aiming to understand the Brazilian reality. Lastly, we demonstrate how the politics in the three spheres of government are defined and organized and we present our final considerations. We can conclude that it had an advance in the definition of the politics model to be implemented by the cities of Paraná, however, the guarantee of the access is directly related to the fulfillment of the legal determinations.

**Keywords:** Health. Handicapped person.

Recebido em: 14/01/2012. Aceito em: 22/05/2013

---

\* Mestre em Serviço Social e Política Social pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Graduada em Serviço Social pela UEL. Professora titular no curso de Serviço Social da UEL. Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: elianecampos@uel.br

\*\* Graduada em Serviço Social pela Universidade Estadual de Londrina (UEL). Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: angelicamileski@hotmail.com

## Introdução

O estudo que apresentamos agora é resultado da revisão bibliográfica e documental realizada para a construção do trabalho de conclusão de curso, exigência acadêmica obrigatória para a obtenção do título de assistente social da Universidade Estadual de Londrina – UEL. O interesse pelo tema “Política de Saúde para a pessoa com deficiência” partiu das discussões realizadas em sala de aula sobre a saúde enquanto direito dos usuários e dever do Estado, contrapondo-se às experiências vivenciadas no cotidiano ao observarmos o “tratamento” dispensado à pessoa com deficiência quando esta necessita de serviços públicos básicos, como transporte público e serviços de saúde. Destas experiências concluímos que a não efetivação de direitos fundamentais interfere diretamente na qualidade de vida dos cidadãos paranaenses. Assim, para minimizar angústias, decidimos transformar a exigência acadêmica numa forma de dar visibilidade a esta questão estudando a organização da política de saúde da pessoa com deficiência implementada no estado do Paraná.

De acordo com o IBGE, no Censo de 2000 foi constatado que 14,5% da população brasileira têm algum tipo de deficiência. Esses dados demonstram a necessidade de respostas efetivas por parte do Estado envolvendo as mais variadas áreas. Assim, pensar sobre essa população, particularmente em relação à saúde, e considerar que, como cidadãos, as demandas das pessoas com deficiência precisam ser supridas na sua totalidade, ou seja, que suas necessidades vão além de uma esporádica passagem por um serviço de saúde. São demandas que envolvem a acessibilidade, o tratamento biopsicossocial com qualidade, as ações de prevenção e promoção, entre tantas outras prioridades. Gostaríamos de ressaltar que ao concluirmos o levantamento bibliográfico inicial, compreendemos que grande parte das deficiências poderiam ser evitadas através de ações preventivas. Estas estão diretamente vinculadas com a existência de políticas públicas efetivas.

Para tanto, visando organizar nossas reflexões, buscaremos responder às seguintes questões: Como está organizada a política de saúde para a pessoa com deficiência no estado do Paraná? Esta organização garante o acesso

aos serviços de saúde a essa população? Como os municípios paranaenses devem operacionalizar essa política?

Para respondermos tais questões o caminho escolhido se inicia com uma breve discussão sobre a saúde enquanto direito constitucional, logo após discutiremos alguns conceitos sobre deficiência e apresentaremos dados estatísticos visando compreender a realidade brasileira. Por fim, demonstraremos como está definida a política nacional, estadual e municipal para a pessoa com deficiência e apresentaremos as considerações finais.

## A Saúde enquanto direito garantido na Constituição Federal de 1988

Dentre outros direitos existentes, a saúde se classifica como um direito social e sua conquista fez parte de uma série de reivindicações e lutas da sociedade em vários países, portanto, é parte da história da humanidade. Por se tratar de uma necessidade básica do ser humano, após um grande movimento envolvendo várias instituições da sociedade brasileira a saúde foi incorporada na Constituição Federal de 1988 enquanto direito do cidadão e dever do Estado. Entretanto, apesar de existir um aparato legal que a garante enquanto política pública, o Estado ainda é omissivo em sua efetivação. O não acesso aos serviços de saúde é uma das principais reivindicações dos cidadãos brasileiros.

De acordo com Fleury e Ouverney (2008), devemos considerar a política de saúde como um dos direitos inerentes à cidadania. Para os autores, as políticas sociais se estruturam em diferentes formatos ou modalidades de políticas e instituições que asseguram o acesso a um conjunto de benefícios para aqueles que são considerados legítimos usuários dos sistemas de proteção social. Para os autores, apesar de todas as questões complexas que envolvem a implementação da política de saúde, devemos ressaltar que esta deve estar voltada para melhoria das condições sanitárias de uma população, ou seja, ela é necessária para a proteção das coletividades.

Um conceito internacionalmente difundido de política de saúde enfatiza seu caráter de estratégia oficial organizada em ações setoriais a serem desenvolvidas de acordo com normas

legalmente instituídas, tendo como objetivo maior a qualidade de vida da população (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Nossa Constituição é referência neste aspecto. Com o objetivo de legitimar direitos conquistados ao longo do processo histórico, esta elegeu um conjunto de valores éticos considerados fundamentais para a vida, dos quais a maior parte se expressa no reconhecimento dos direitos humanos (BRASIL, 2008).

O caráter igualitário do modelo de proteção social proposto pela Constituição Federal de 1988 está baseado na garantia de um padrão mínimo de benefícios, de forma universalizada, independente da existência de contribuições financeiras. O acesso aos benefícios sociais depende exclusivamente da necessidade dos indivíduos, ou seja, o acesso ao sistema de saúde se dá todas as vezes que há uma demanda sanitária (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Este novo padrão constitucional de política social caracterizado pela universalidade de cobertura, reconhecimento dos direitos sociais, afirmação do dever do Estado, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais deu a possibilidade de implementação de um sistema de saúde público descentralizado e participativo que é referência para vários outros países (FLEURY; OUVÉNEY, 2008).

Contudo a existência de uma Constituição, considerada avançada na perspectiva de garantias de direitos, não garantiu a efetividade das conquistas. O país vive um constante processo de instabilidade em relação à garantia de direitos, reflexo de um processo histórico permeado de relações patrimonialistas, coronelistas, autoritárias e excludentes vivenciado pelo país desde sua colonização. Segundo Ferreira (2004, p. 50):

No Brasil, a afirmação de tais direitos ocorreu tardiamente (a partir do século XIX) e de modo diverso, ou seja, estabeleceram-se direitos políticos, alguns direitos sociais (principalmente na era Vargas) e os direitos civis, enfrentando dificuldades naturais, por motivo de mudança da forma de governo e das políticas desenvolvidas. Essa situação demonstra uma evolução na questão da cidadania do povo brasileiro, marcada por fatos históricos e pela exclusão de parcela da comunidade (mulheres, escravos, negros,

crianças e adolescentes, portadores de deficiência) de seus direitos fundamentais. Hoje, a afirmação dos direitos civis, políticos e sociais está bem caracterizada na Constituição Federal de 1988, também denominada de Constituição Cidadã, e nas leis ordinárias que se seguiram.

Dentro desta perspectiva Tavares afirma que apesar dos avanços em relação ao modelo de política construído pautado em princípios inexistentes nas Constituições anteriores, os direitos não foram plenamente cumpridos. Segundo o autor:

[...] a saúde passou a ser vista como direito de cidadania e dever do Estado. O acesso aos serviços ficou pautado pela universalidade e o seu funcionamento submetido ao controle social. Tratava-se de uma democratização até então inédita no setor público brasileiro. [...] No entanto, o seu cumprimento pleno se viu atropelado pelas políticas neoliberais que neste momento se tornariam hegemônicas no Brasil. (2004, p.11).

Segundo Tavares (2004), a hegemonia neoliberal no país interrompeu a construção de um projeto de proteção social brasileiro. Esta interrupção resultou na fragmentação das políticas (Saúde, Assistência Social e Previdência) e dos projetos e programas decorrentes das mesmas, bem como no desmonte orçamentário destinado ao financiamento da seguridade social. Além disso, a autora faz uma severa crítica sobre esta fragmentação, enfatizando que o plano político e ideológico foram afetados, de forma que: “os debates e a formulação de propostas reproduziram a concepção setorial isolada. Cada um cuidou do seu. Nunca mais se propôs alguma política de Seguridade Social: ou era Saúde, ou era Assistência ou era Previdência” (p.12).

### **A organização do Sistema de Saúde brasileiro**

O Brasil se organiza em um sistema político federativo constituído por três esferas de governo – União, estados e municípios –, todas consideradas pela Constituição de 1988 como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica.

Segundo Souza (2002) o sistema federativo seria adequado para países marcados pela diversidade e heterogeneidade, por favorecer o respeito aos valores democráticos em situações de acentuada diferenciação política, econômica, cultural, religiosa ou social.

Entretanto, a autora ressalta que esse tipo de sistema torna mais complexa a implementação de políticas sociais de abrangência nacional, particularmente nos casos em que a situação de diversidade diz respeito à existência de marcantes desigualdades e exclusão social, como no Brasil. Nesses casos, acentua-se a importância do papel das políticas sociais de redistribuição, redução das desigualdades e iniquidades no território nacional e inclusão social.

No que diz respeito às políticas de saúde, agrega-se a complexidade inerente a essa área, relacionada aos seguintes fatores:

múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado na área da saúde (no âmbito da comercialização de equipamentos, medicamentos, produção de serviços, entre outros) que freqüentemente tencionam a estruturação de um sistema calcado na concepção de saúde como um direito de cidadania. (SOUZA, 2002, p.10).

O federalismo brasileiro apresenta algumas especificidades que merecem destaque por suas implicações para a área da saúde. A primeira diz respeito ao grande peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas. A segunda se refere a diversidade dos municípios brasileiros – em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado –, por sua vez, estas especificidades implicam diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados (SOUZA, 2002).

Outro aspecto relevante é que o federalismo brasileiro ainda se encontra de certa forma

“em construção”, uma vez que, ao longo de toda a história, foi tensionado por períodos de centralismo autoritário. Esse processo de construção do federalismo é caracterizado por muitas tensões e conflitos na descentralização das políticas e definição dos papéis das três esferas de governo em cada área de política pública. No que diz respeito à saúde, a agenda política da década de 90 foi fortemente marcada pela temática da descentralização e pelos esforços de definição do papel dos gestores em cada nível de governo (SOUZA, 2002).

As competências e atribuições da direção do Sistema Único de Saúde – SUS em cada esfera – nacional, estadual e municipal – são feitas pela Lei Orgânica da Saúde – LOS (Lei 8080, de 19 de setembro de 1990). A LOS estabelece as atribuições comuns das três esferas de governo, de forma bastante genérica e abrangendo vários campos de atuação, e define as competências de cada gestor do SUS.

Podemos sintetizar dizendo que os três níveis de gestão participam do planejamento, execução e financiamento da política de saúde. Entretanto há uma divisão de responsabilidades, ou seja, ao Ministério da Saúde coube a normatização e a coordenação geral do sistema no âmbito nacional, com a participação dos estados e municípios; aos estados o planejamento do sistema estadual regionalizado e o desenvolvimento da cooperação técnica e financeira com os municípios; aos municípios a gestão dos sistemas de saúde no âmbito do seu território, com o gerenciamento e a execução dos serviços públicos e privados de saúde.

Portanto, independentemente do nível de gestão, cabe ao Estado a garantia ao acesso a saúde a todos os cidadãos brasileiros

### **A pessoa com deficiência e a política de saúde no Brasil.**

#### **Concepções de Deficiência**

Durante séculos a deficiência foi considerada um “defeito” e/ou um “castigo divino”, pois “grande parte da população ignorante encarava o nascimento das pessoas com deficiência como castigo de Deus” (GUGEL, 2009).

Essa visão equivocada da sociedade fez com que um número significativo de famílias excluísse do convívio social todas as pessoas consideradas “diferentes”. Segundo Werneck (1997, p. 163), “eles viviam em hospitais, asilos e instituições, como milhares ainda vivem, hoje, no Brasil”. Para Werneck (1997, p. 185) em todas as regiões do planeta indivíduos deficientes estão entre os mais excluídos dos mais excluídos. A essas pessoas é negado quase tudo. Da informação a saúde, passando pelo controle da própria vida e pelo direito de ir e vir.

Analisando brevemente o histórico referente à definição do conceito de deficiência, encontramos mudanças e divergências em sua terminologia e no entendimento do seu significado.

Durante o século XX os termos usados para denominar pessoas com deficiência eram, por exemplo, “inválidos”, “incapazes”, “defeituosos” ou “pessoas com necessidades especiais”, entre outros (SQUINCA, 2008, p.1). Atualmente esses termos são considerados discriminatórios, pois de certa forma desvalorizam a pessoa com deficiência, dando a ideia de incapacidade ou inutilidade.

Segundo Chagas (apud SQUINCA, 2008, p.1), o termo mais apropriado, e também o mais utilizado recentemente, é “pessoa com deficiência”, pois “uma vez que os outros termos centram-se na deficiência e não na pessoa, isto é, pessoa com deficiência, expressaria a desvantagem sem qualificá-la”, ou seja, a questão substantiva (pessoa) possui mais importância que o aspecto adjetivo (com deficiência) e a deficiência é apenas uma dentre várias características pertencentes a estas pessoas.

Neste mesmo sentido, Diniz (apud SQUINCA, 2008, p.1) aponta que a terminologia até então utilizada “estava carregada de violência e de eufemismo discriminatório”.

No entanto, o uso do termo “deficiente”, ao ser aplicado às pessoas com deficiência, pode ser considerado uma expressão linguística que carrega uma carga negativa e depreciativa da pessoa inserida neste quadro de ausências ou disfunções, e está, cada vez mais, sendo rejeitado pelos portadores e pelos especialistas da área. (QUEIROZ apud DINIZ, 2007).

Diniz (2007) declara que a deficiência é um conceito complexo. Para o autor, tratar deficiência como anormalidade é um julgamento estético e, portanto, um valor moral sobre o estilo de

vida. Em seu livro *O que é deficiência?* discorda completamente da visão biomédica<sup>1</sup> da deficiência, ou seja, apenas como uma “desvantagem biológica”. A autora entende que a deficiência não é apenas fruto do acaso, da natureza ou um problema individual e, como prova disso, exemplifica citando os idosos, que experimentam alguns aspectos relacionados à deficiência pelo desgaste gradual provocado pelo tempo. Para Werneck, também contrária à visão biomédica, a necessidade de discutir deficiência como um problema social nos faz refletir e nos reporta a seguinte pergunta: “como a deficiência vai se tornar uma questão social se nem chega a ser uma questão humana?” (2007, p. 186).

Essa discussão sobre a terminologia adequada também está presente nos estudos realizados por órgãos do Ministério da Saúde<sup>2</sup>. De acordo com as informações disponíveis, o entendimento do conceito de PCDs vem “evoluindo”, principalmente após a década de 1960, quando ficou estabelecido um conceito que “reflete a estreita relação entre as limitações que as pessoas com deficiência experimentam, a estrutura do meio ambiente e as atitudes da comunidade” (BRASIL, 2009).

Com a evolução do conceito, a pessoa com deficiência passa a ser compreendida de forma mais completa, incluindo fatores que envolvem as limitações dessa população marginalizada, desde a questão da acessibilidade no ambiente que vive até as atitudes da população, como, por exemplo, o preconceito devido à falta de esclarecimentos sobre as doenças.

Quanto ao resultado da desinformação sobre deficiência e, conseqüentemente, o preconceito, Machado (2001, p.1) desabafa:

<sup>1</sup> Dois autores discutem este assunto de forma mais completa em *Construindo uma sociedade para todos* (SASSAKI, 1997, Cap. 1) e *Ninguém mais vai ser bonzinho, na sociedade inclusiva* (WERNECK, 1997).

<sup>2</sup> O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros. É função do ministério dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro.

Informações retiradas do site <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/default.cfm>>. Acesso em 16 jun de 2009.

Quantos de nós deficientes já não passamos pela desagradável experiência de sentir aquela sensação de estrangeiro dentro de seu próprio país. Estrangeiro, não no sentido literal, mas enquanto diferente e/ou divergente dentro do contexto dos serviços de saúde. A inadequação para atender nossas necessidades abrange uma gama de aspectos, como por exemplo, adequação dos espaços físicos, materiais e equipamentos, além de flagrante e indisfarçável despreparo e habilidade dos profissionais para nos atender com dignidade. Uma forte demonstração de falta de planejamento e exclusão para com seus semelhantes aparentemente diferentes, sem falar na lastimável conotação de desamor, arrogância ou indiferença que, via de regra, caracteriza as relações interacionais entre profissionais de saúde e a clientela diferente.

Para Machado (2001), a pessoa com deficiência necessita de atendimento e procedimentos especiais, principalmente pois este sujeito está na condição de aprender a lidar com seus limites e desta forma desenvolver todas as suas potencialidades, o que caracteriza por si só a busca da sua autonomia.

A Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU)<sup>3</sup> realizada em 2006 teve como objetivo a promoção, defesa e garantia de condições de vida dignas e emancipação das pessoas com deficiência. As discussões perpassaram por questões como os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais da pessoa com deficiência. O resultado deste evento foi sistematizado num documento no qual as pessoas com deficiência foram definidas em seu artigo 1º como:

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, 2006).

No Brasil, para o Ministério da Saúde (2006) a deficiência é dividida nas seguintes categorias:

- Física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, ocasionando o comprometimento da função física, exceto deformidades estéticas que não produzam dificuldades para o desempenho das funções;
- Auditiva – perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais;
- Visual – cegueira;
- Mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas;
- Múltipla – associação de duas ou mais deficiências.

As definições<sup>4</sup> para as categorias de deficiência se apresentam de forma ampliada, pois cada uma delas tem sua classificação e causas distintas e variadas, por exemplo, a paralisia ou paresia também é denominada como um tipo de deficiência. A paralisia pode ser classificada, dependendo do número e da forma como os membros são afetados, como: monoplegia; diplegia; hemiplegia; triplegia; tetraplegia; paraplegia. E as causas diversas são: paralisia cerebral; hemiplegias; lesão medular; amputações; febre reumática; câncer; miastenias graves.

A deficiência auditiva depende do local do ouvido em que está o problema e pode ser do tipo hipoacusia, que se refere a uma redução na sensibilidade da audição sem qualquer alteração na qualidade desta, ou do tipo disacusia, que se refere a um distúrbio na audição expresso em qualidade e não em intensidade sonora. Dentre as causas prováveis temos: otites, traumatismos, envelhecimento, doenças infecciosas, corpos estranhos, dentre outros.

Quanto ao deficiente visual, este se distingue em três tipos: Cego – que apresenta somente a percepção da luz ou não tem nenhuma visão; Visão Parcial – tem limitações e é capaz de enxergar a certa distância; Visão

<sup>3</sup> A Organização das Nações Unidas é uma instituição internacional formada por 192 Estados soberanos, fundada após a 2ª Guerra Mundial para manter a paz e a segurança no mundo, fomentar relações amistosas entre as nações, promover progresso social, melhores padrões de vida e direitos humanos. Os membros são unidos em torno da Carta da ONU, um tratado internacional que enuncia os direitos e deveres dos membros da comunidade internacional. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/conheca-a-onu/conheca-a-onu>> Acesso em: 30 abr. 2009.

<sup>4</sup> As definições apresentadas nesta página foram retiradas do site: <[www.ies.portadoresdedeficiencia.vilabol.uol.com.br](http://www.ies.portadoresdedeficiencia.vilabol.uol.com.br)>. Acesso em: 05 set. 2009.

Reduzida – que pode ter o problema corrigido. As principais causas são: acidentes, influências pré-natais e hereditariedade, envenenamentos, dentre outras.

A deficiência mental tem como causas: a genética, déficits orgânicos de origem ambiental e funções das condições orgânicas.

De um modo mais ampliado, em questão de categorias da deficiência, a Organização Mundial da Saúde (OMS), elaborou a CIDID (Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens) em 1989, que define:

deficiência como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica ou anatômica; a incapacidade como toda restrição ou falta – devida a uma deficiência – da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida em que se considera normal a um ser humano; e a desvantagem como uma situação prejudicial para determinado indivíduo, em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso (em função da idade, sexo e fatores sociais e culturais). (RÊGO, 2004).

Em 1997 foi publicado pela OMS a CIDDIM 2 (Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação), um manual da dimensão das incapacidades da saúde. Este documento pretendia, de certa forma, ampliar:

o conceito de deficiente e tenta facilitar sua inclusão social, ressaltando a contextualização ambiental dos portadores de deficiência e suas potencialidades, em detrimentos das limitações e incapacidades, que passam a ser vistas como dificuldades no desempenho pessoal, em relação a fatores específicos do meio em que se encontra. (RÊGO, 2004).

A discussão em torno desse tema é considerada pelos autores abordados, um tanto recente, entretanto, como podemos observar na leitura de materiais produzidos, vem gradualmente conquistando espaço e destaque na sociedade.

### **Perfil Sócio Demográfico das Pessoas com Deficiência no Brasil**

A percepção de que existe uma população com deficiência que vive marginalizada, ficou

evidente nos resultados alarmantes detectados com o Censo realizado no ano 2000.

De acordo com esta pesquisa do IBGE, constatou-se que 24,5 milhões de pessoas têm algum tipo de deficiência no país.

Em relação à distribuição geográfica, há uma maior concentração de pessoas com deficiência nas áreas rurais nas regiões e Sul e Sudeste, enquanto nas demais regiões brasileiras elas se concentram nas áreas urbanas.

Quanto ao tipo de deficiência, a visual era a mais significativa, acometendo 16,6 milhões de pessoas, o equivalente 9,8% da população. Em segundo lugar, a dificuldade de caminhar ou subir escadas incidia sobre 4,7% da população, e em seguida, a deficiência auditiva, a mental, as paralisias e a falta de membros.

Dentre os homens com alguma deficiência, 72,6% eram alfabetizados, enquanto entre as mulheres 71,3 % o eram. Na distribuição da população por sexo e idade, os homens são a maioria até os dezenove anos e as mulheres predominam a partir daí, em especial após os sessenta anos.

O índice aponta para maior incidência sobre pessoas de cor negra (17,5%), seguidas pelos indígenas (17,1%) e pelos pardos (15,0%). Caucasiano e asiático são as etnias onde há proporcionalmente menos deficiência. Em relação à situação civil, 35% são solteiros e 21,8% são casados.

De modo geral, a falta de assistência na gravidez constitui a principal causa de deficiência, e a precária assistência à gestante é responsável por 16,8% dos casos, seguida por aqueles que são consequência de problemas genéticos, responsáveis por 16,6% dos casos.

A partir dessas informações é possível identificar diversos fatores determinantes que estão diretamente ligados a causas de deficiência: a fome, que produz o nanismo; os danos cerebrais irreversíveis e outras degenerações; os acidentes de trabalho e de trânsito; a violência urbana e rural; escassos recursos de saneamento e de água tratada, entre outros.

Esses dados demonstram a importância das políticas públicas, principalmente na área da saúde e de investimentos com programas e projetos para a população. Veremos a seguir a política nacional de saúde da pessoa com deficiência, um meio de garantir a inclusão das PCDs no SUS.

## Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

Segundo o Ministério da Saúde (2006), a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência é resultado de diversos movimentos e longa mobilização, nacional e internacional, de muitos atores sociais e institucionais, instituída pela Portaria MS/GM nº. 1.060, em 05/06/2002.

O reconhecimento da necessidade de dar respostas às complexas questões que envolvem a Atenção à Saúde das pessoas com deficiência resultou na presente Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, voltada para a inclusão em toda a rede do SUS.

Essa política tem como propósitos gerais:

- Proteger a saúde da pessoa com deficiência;
- Reabilitar sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para sua inclusão em todas as esferas da vida social;
- Prevenir dos agravos que determinam o aparecimento da deficiência.

Quanto as diretrizes a serem implementadas nas três esferas de governo, como consta na Constituição Federal de 1988, com a possibilidade de incluir parcerias institucionais necessárias, estas são:

- Promoção da qualidade de vida: diretriz compreendida como responsabilidade social compartilhada, visando assegurar a igualdade de oportunidades, a construção de ambientes acessíveis e a inclusão sociocultural. Todos os ambientes devem ser pensados de modo a facilitar a convivência nos vários aspectos da vida diária das comunidades;
- Prevenção de deficiências: diretriz com alto grau de sensibilidade à ação intersetorial, devendo a saúde unir esforços com outras áreas como a assistência social, direitos humanos, educação, esporte, cultura, comunicação, segurança e trânsito, entre outras, para sua atuação potencializada;
- Ação integral à saúde: diretriz de responsabilidade direta do SUS e sua rede de unidades, voltada aos cuidados indispensáveis às pessoas com deficiência, assegurando o acesso às ações básicas e de maior complexidade, à reabilitação, ao recebimento de tecnologias assistidas e aos demais procedimentos que se fizerem necessários;

- Melhoria dos mecanismos de informação: deve ser pensada e desenvolvida em pontos independentes. Um deles se refere à necessária melhoria de mecanismos de registro e coleta de dados sobre as pessoas com deficiência no país. O outro ponto está voltado ao aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informações do SUS e a construção de indicadores e parâmetros específicos para esta área;

- Capacitação de recursos humanos: diretriz de muita importância, tendo em vista que as relações de saúde são baseadas essencialmente na relação entre as pessoas. São necessários profissionais permanentemente atualizados, capacitados e qualificados, tanto na rede básica quanto nos serviços de reabilitação;

- Organização e funcionamento dos serviços: pretende-se que os serviços de atenção às pessoas com deficiência se organize como uma rede de cuidados, de forma descentralizada, intersetorial e participativa, tendo as UBSs (ou Saúde da Família) como porta de entrada para as ações de prevenção e para intercorrências gerais de saúde da população com deficiência.

A questão da prevenção é, sem dúvida, de suma importância, e por isso está incluída nos propósitos gerais e nas diretrizes, pois, de acordo com documentos e registros do próprio MS, as principais causas das deficiências são:

- Hereditárias ou congênitas: podem ser evitadas, em parte, por exames pré-natais específicos e serviços de genética clínica para aconselhamento genético aos casais;
- Decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada às mulheres durante a gestação e o parto: são evitáveis com investimentos na melhoria da qualidade do pré-natal, parto e pós-parto;
- Desnutrição: atinge famílias de baixa renda, principalmente crianças no primeiro ano de vida, sendo evitável por meio de políticas públicas e empresariais de distribuição de renda, criação de empregos e melhoria nas condições gerais da população;
- Consequências de doenças transmissíveis: como a rubéola, a paralisia infantil (poliomielite) e as doenças sexualmente transmissíveis



(sífilis), são evitáveis por ações de proteção e promoção a saúde, como a informação, vacinação e exame pré-natal;

- Doenças e eventos crônicos: como o infarto, o acidente vascular cerebral (AVC) e a diabetes, entre outros, são evitáveis em parte pela mudança de hábitos de vida e alimentares, diagnóstico precoce e tratamento adequado;

- Perturbações psiquiátricas: são, em parte, evitáveis por meio de proteção à infância e do diagnóstico precoce, da assistência multiprofissional e do uso de medicamento apropriado, pois esse fator pode levar a pessoa a viver situações de risco pessoal;

- Traumas e lesões: principalmente nos centros urbanos com índices crescentes de violência e acidentes de trânsito, muitas vezes estão associados ao abuso de álcool e drogas. São evitáveis pelas políticas públicas integradas e multisetoriais para redução da violência, melhoria das condições de vida e mudanças de hábito da população.

Observados esses fatores que podem gerar algum tipo de deficiência, compreende-se que a atuação sobre eles é tarefa de todos. Desde o indivíduo e a família até o poder público e as entidades não governamentais, como está descrito na atual Constituição brasileira.

### **A Organização da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência no Estado do Paraná**

Quanto aos níveis de assistência e de complexidade, a rede de serviços para o atendimento adequado à PCD no Paraná está planejada da seguinte maneira:

- Atenção básica à saúde: é o primeiro contato do usuário com as especialidades básicas (clínica médica, pediatria, obstetrícia, ginecologista e emergências). Cabe à atenção básica o encaminhamento para atendimento de média e alta complexidade;

- Núcleo de saúde integral: esses núcleos são compostos por atividade física e saúde, saúde mental e reabilitação. São atividades desenvolvidas em conjunto à atenção básica;

- Serviço de reabilitação física: é primeiro nível de referência intermunicipal, uma unidade ambulatorial devidamente registrada

no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde FCES/SUS. Esse serviço deve ser tecnicamente subordinado ao nível intermediário e articulado com as Equipes de Saúde da Família (ESF), portanto, deve constituir-se referência e contra-referência dentro da rede estadual ou regional da assistência à PCD. Neste serviço estão incluídos a prescrição, a avaliação, a adequação, o treinamento, o acompanhamento e a dispensação de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção;

- Serviço de referência física: pertence ao nível intermediário, sendo uma unidade ambulatorial devidamente registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde FCES/SUS. Deve dispor de serviços especializados para a avaliação e tratamento da PCD, e é caracterizado como serviço de média complexidade. Essa unidade tem a finalidade de prestar assistência em reabilitação à pessoa com deficiência;

- Serviço de referência em medicina física e reabilitação: unidade ambulatorial devidamente registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde FCES/SUS. Deve dispor de serviços especializados para o diagnóstico, avaliação e tratamento das pessoas portadoras de deficiência física (motoras e sensoriais). Caracteriza-se como um serviço de maior nível de complexidade. Neste serviço estão incluídos a prescrição, a avaliação, a adequação, o treinamento, o acompanhamento e dispensação de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção;

Leitos de reabilitação em hospital geral ou especializado: leito em hospital geral ou especializado registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – FCES/SUS, com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos especializados para a realização dos procedimentos clínicos, cirúrgicos e diagnósticos necessários para potencializar as ações de reabilitação. Devendo constituir-se na referência estadual para atenção especializada, de acordo com as diretrizes definidas pela NOAS-SUS 01/2001, devendo integrar-se a uma rede estadual, regionalizada e hierarquizada de assistência ao portador de deficiência física. São leitos destinados ao atendimento integral à pessoa portadora de deficiência física, quando, por indicação médica o regime de internação hospitalar for o mais adequado ao paciente.

Os leitos de reabilitação devem ter exclusividade para essa finalidade, ficando a sua regulação de responsabilidade do gestor estadual, como forma de garantir a referência estadual no atendimento à pessoa portadora de deficiência física. (PARANÁ, 2005)

Embora prevista desde 1993 nos diferentes níveis do sistema de saúde do país, a assistência a essa população encontra-se, predominantemente, vinculada às ações de nível secundário ou terciário, constituídas através de atendimentos especializados por patologias, localizados nos centros urbanos e ligados, em sua maioria, à filantropia ou a centros universitários.

### **A atenção básica e a saúde da pessoa com deficiência: responsabilidade dos municípios paranaenses**

O sistema de saúde brasileiro, embora contemple os subsistemas estaduais, dá ênfase aos subsistemas municipais. Há uma concentração significativa de serviços, ações e programas de responsabilidades dos órgãos gestores municipais. O SUS estrutura os níveis de atenção em básica, média e alta complexidade. Nessa organização a Atenção Básica foi definida como a porta de entrada preferencial do sistema e centro ordenador das redes de atenção. Essa estruturação promove uma melhor programação e planejamento das ações e dos serviços do sistema, visando à integralidade da assistência.

O Ministério da Saúde (2006) caracteriza a atenção básica como:

conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. (BRASIL, 2006).

A Saúde da Família é a estratégia escolhida pelo Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Básica no País. Nesta estratégia a atenção à saúde é operacionalizada por equipes multidisciplinares que trabalham de forma articulada e interdisciplinar.

Em relação ao atendimento à saúde da pessoa com deficiência, dois fatores primordiais precisam ser considerados: o primeiro se refere à condição de vulnerabilidade em que muitas pessoas se encontram; o outro, decorrente do primeiro, relaciona-se a determinadas deficiências, ou seja, dependendo da deficiência há maior probabilidade de adoecimento. Assim, os serviços de saúde, especialmente as unidades básicas e as equipes da Saúde da Família, devem acolher, prestar assistência às queixas, orientar para exames complementares, fornecer medicamentos básicos, acompanhar a evolução de cada caso e encaminhar para unidades de atenção especializada, se necessário.

Com a proposta de funcionamento dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF – Portaria MS/GM nº 154/2008), com equipe multiprofissional a ser composta de acordo com as características de cada município, o tratamento e o acompanhamento dos usuários, principalmente os grupos que apresentam maior risco de adoecer ou falecer, terá um grande reforço técnico e profissional.

### **Ações que devem ser desenvolvidas por unidades de saúde e equipes de Saúde da Família nos municípios**

- Conhecimento do território e dos problemas de saúde da comunidade, responsabilizando-se por suas áreas de abrangência;
- Ações de promoção de saúde e prevenção de deficiências, acompanhando gestantes e recém-nascidos com vacinações e tratando a hanseníase, a hipertensão arterial, a obesidade, as doenças sexualmente transmissíveis e a diabetes;

- Acompanhamento do desenvolvimento das crianças: aleitamento materno exclusivo, crescimento e reforço nutricional;
- Acolhimento dos usuários que requerem cuidados de reabilitação, realizando visitas domiciliares para orientações e acompanhamento;
- Mobilização das famílias e da comunidade para, solidariamente, contribuir nos cuidados à saúde de indivíduos com deficiência, descobrindo recursos comunitários próprios, voluntários, espaços, etc.;
- Encaminhamento para unidades de atenção mais complexas, para assistência especializada e ações de reabilitação, mas com acompanhamento permanente das equipes das unidades básicas de saúde e do Agente Comunitário de Saúde;
- Organização de Conselhos Locais de Saúde (BRASIL, 2009).

Toda pessoa com deficiência tem o direito de ser atendida nos serviços do SUS, desde as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades de Saúde da Família até os serviços de reabilitação e hospitais.

As UBSs e as equipes da Saúde da Família devem prestar assistência às pessoas com deficiência como a qualquer cidadão. Além disso, elas têm direito à diagnóstico específico, serviços especializados e de reabilitação e recebimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção como parte integrante do processo de reabilitação, visto que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão.

Baseando-se nos princípios de igualdade e equidade, a promoção da acessibilidade e da inclusão social prevê a transformação da sociedade para que todos, sem distinção de grupo, raça, cor, credo, nacionalidade e condição social ou econômica, possam desfrutar de uma vida de qualidade, sem exclusões (BRASIL, 2009).

### **Considerações finais**

Ao analisarmos a organização da política de saúde para a pessoa com deficiência no estado do Paraná, percebemos que a mesma segue os preceitos determinados pela política nacional. Entretanto, os documentos oficiais consultados

não demonstram quais são as ações efetivas, como o órgão central coordena estas ações e como devem ser implementadas nos 399 municípios paranaenses.

Identificamos que a implementação de políticas públicas, a da pessoa com deficiência, pela sua complexidade, exige uma organização física e técnica que, se não houver um esforço político, não será cumprida pelas instâncias responsáveis. Desta forma, o fato de existir uma organização formal não garante sua efetividade, como já foi mencionado.

Além do financiamento é necessário ressaltar que as dificuldades em implementar a política de saúde para a pessoa com deficiência estão relacionadas ao desconhecimento das demandas e a precariedade na oferta de serviços de saúde, tais como: unidades básicas, hospitais e demais serviços especializados, bem como a garantia da articulação desses serviços com os serviços das demais políticas também prioritárias para a garantia dos direitos das pessoas com deficiência.

Tanto o Estado quanto os municípios precisam assumir suas responsabilidades e cumprir as determinações contidas na política. Na perspectiva de garantir o acesso das pessoas com deficiência ao tratamento médico, além de estruturas físicas adaptadas, é necessário que os profissionais envolvidos sejam sensibilizados e capacitados para acolher e cuidar das pessoas com deficiência.

Para tanto, a existência de serviços especializados, de referência para reabilitação física, auditiva e visual, adaptados com equipes técnicas capacitadas, irá favorecer a autonomia da pessoa com deficiência.

Sendo assim, defendemos que uma das melhores alternativas para a efetivação da política de saúde da pessoa com deficiência, prioritariamente nos municípios onde estas pessoas vivenciam suas necessidades, está diretamente relacionada à inclusão constante desse tema nas Conferências (municipal e estadual) e nas pautas dos Conselhos de Saúde. Complementar e viabilizar a participação da pessoa com deficiência enquanto sujeito principal desse processo é fundamental quando se quer implementar políticas públicas visando garantir direitos.

No Paraná, além das entidades, organizações e associações (Associação de Pais e

Amigos dos Excepcionais – APAES, Associações dos deficientes físicos, auditivos ou visuais, entre outras) que trabalham de maneira histórica na defesa e garantia dos direitos da pessoa com deficiência, alguns municípios possuem Conselhos de Direitos da Pessoa com Deficiência. Estes são instrumentos – não únicos, mas de fundamental importância – que podem tencionar e garantir que as reivindicações da pessoa com deficiência sejam incluídas nos debates dos Conselhos de Saúde e nos demais Conselhos existentes (assistência social, criança e adolescente, educação e trabalho, entre outros) e se transformem em políticas efetivas.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Portal da Saúde. **A política nacional de saúde da pessoa com deficiência**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Car09.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2009.
- \_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. 28.ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2007.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde da pessoa com deficiência**. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 25 abr. 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o sistema único de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0327\\_M.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0327_M.pdf)>. Acesso em: 21 maio 2009.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_pessoa\\_deficiencia\\_sus.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2012.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 2008. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Disponível em <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_nasf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php)>. Acesso em 22 de maio de 2009.
- CAOPIPPD. **Área da pessoa portadora de deficiência**. Disponível em: <<http://www.ppd.caop.mp.br>>.
- CONSELHO Federal de Serviço Social. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/dia\\_da\\_pessoa\\_com\\_deficiencia\\_sem\\_imagem.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/dia_da_pessoa_com_deficiencia_sem_imagem.pdf)>. Acesso em: 03 nov. 2009.
- Dia nacional de luta da pessoa com deficiência. CFESS Manifesta. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/dia\\_da\\_pessoa\\_com\\_deficiencia\\_sem\\_imagem.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/dia_da_pessoa_com_deficiencia_sem_imagem.pdf)>. Acesso em: 03 nov. 2009. Documento em anexo.
- DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.
- FERREIRA, L. A. M.. Cidadania das crianças, adolescentes e portadores de deficiência e sua implicação nas empresas. **Rev. FAE**, Curitiba. v.7, n.2 p.47-57, jul/dez. 2004. Disponível em: <[http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista\\_da\\_fae/fae\\_v7\\_n2/rev\\_fae\\_v7\\_n2\\_05.pdf](http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista_da_fae/fae_v7_n2/rev_fae_v7_n2_05.pdf)>Acesso em: 26 abr. 2009
- FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIVANELLA, L. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008.
- GUGEL, M. A. **A pessoa com deficiência e sua relação com a história da humanidade**. Disponível em: <[http://www.ampid.org.br/Artigos/PD\\_Historia.php](http://www.ampid.org.br/Artigos/PD_Historia.php)>. Acesso em: 25 out. 2009.
- IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23 abr. 2009
- MACHADO, W. C. A. Deficientes x serviços de saúde: uma sintonia necessária. Perfil da realidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.3, n.1, jan-jun. 2001. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 18 abr. 2009.
- Manual operativo para dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Disponível em: <[http://200.189.113.52:2080/Bipartit.nsf/43b0de66a442b6b5032568f7003ef686/c8fff6ad0931fa8d83257028006810ea/\\$FILE/\\_9lgmstb1dgge0sjkclpma sp0ckg50sl2ehin6pbjbt1kigg\\_.doc](http://200.189.113.52:2080/Bipartit.nsf/43b0de66a442b6b5032568f7003ef686/c8fff6ad0931fa8d83257028006810ea/$FILE/_9lgmstb1dgge0sjkclpma sp0ckg50sl2ehin6pbjbt1kigg_.doc)>. Acesso em: 02 out. 2009.
- RÊGO, M. C. S. O portador de deficiência e o novo Código Civil. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 8, n. 224, 17 fev. 2004. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4833>>. Acesso em: 23 set. 2009.
- SASSAKI, R. K. Inclusão. **Construindo uma sociedade pra todos**. Rio de Janeiro: WGA, 1997. cap. 1.

SOUZA, R. R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03\\_0149\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_0149_M.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2012.

SQUINCA, F. **Deficiência em questão**. Disponível em: <<http://www.iesb.br/grad/direito/ca>>. Acesso em: 19 abr. 2009

TAVARES, L. Prefácio. In: BRAVO, Maria Inês Souza et al., (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004. p.11-13

WERNECK, C. **Ninguém mais vai ser bonzinho, na sociedade inclusiva**. 2.ed. Rio de Janeiro: WVA, 1997.