



“Política pública para a pessoa com deficiência: Brasil e experiência internacional”

por

Vania Mefano

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa



Esta dissertação, intitulada

“Política pública para a pessoa com deficiência: Brasil e experiência internacional”

apresentada por

Vania Mefano

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Rabelais Duarte

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Prof. Dr. Nilson do Rosário Costa – Orientador

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

M495 Mefano, Vania

Política pública para a pessoa com deficiência: Brasil e experiência internacional. / Vania Mefano. -- 2014.

138 f. : tab., graf.

Orientador: Costa, Nilson do Rosário

Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

1. Pessoa com Deficiência. 2. Políticas Públicas. 3. Defesa das Pessoas com Deficiência. 4. Atenção a Saúde. 5. Brasil. I. Título.

CDD - 22.ed. – 305.908

Ao meu pai Betinho (em memória)

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador pelo compartilhamento de seu saber e pela habilidade como conduziu a minha avalanche de ideias.

Ao meu marido que me fez rir, amar e saborear a vida nas poucas horas livres do meu dia.

A minha filha querida que ilumina cada momento do meu dia.

A minha família e amigos que me compreenderam e não me esqueceram.

À Tania Colker por me ajudar a percorrer esse caminho com coragem e confiança.

À ajuda especial de Geraldo Nogueira ,

Ao Gabriel, Clarissa, Bia, Ana Claudia, Isabel, Thomaz, Márcio, Luciana, Anderson, Ygor, Iona, Lili, Ana Luiza, Geraldo, Wilson, Yuri, Vitor, Pedro, Felipe, Marcio, Clara, Luiz Henrique, Victor, André, Vitória, Arthur, Elisa, Rosangela ...e tantas outras pessoas queridas que ao longo da minha vida e a cada novo dia me ensinam a olhar o mundo com esperança apesar das adversidades.

A carta que você tem nas mãos baseia-se em seis princípios básicos de cidadania. Juntos, eles asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. A carta é também uma importante ferramenta para que você conheça seus direitos e possa ajudar o Brasil a ter um sistema de saúde com muito mais qualidade.

PRINCÍPIOS DESTA CARTA

1. Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde.
2. Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema.
3. Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação.
4. Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos.
5. Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada.
6. Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

RESUMO

O estudo discute a formação da agenda da política pública Pessoa com Deficiência. Com o lançamento do Plano Viver sem Limites, o Brasil adotou novas diretrizes políticas para a atenção para essa população por meio de ações, no âmbito da federação, de educação, inclusão social, saúde e acessibilidade.

Na dissertação, são analisadas e discutidas as agendas internacionais - a Convenção de Direitos das Pessoas com Deficiência e Relatório Mundial Sobre a Deficiência.

O trabalho problematiza a relação entre a formação da agenda de Saúde no território nacional com as diretrizes pactuadas no plano internacional uma vez que as agências multilaterais demandam dos países signatários respostas e o cumprimento de metas.

O trabalho também descreve o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limites (PVSL) com um recorte especial e aprofundado no setor da saúde- Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), nas três esferas de atenção em saúde: Atenção Primária, Média Complexidade e Atenção Hospitalar.

São apresentadas duas avaliações transversais, com dados secundários das respostas subnacionais às metas 2010-2011 do Pacto pela Vida, que estabelece indicador sobre a provisão de serviços de média complexidade na área de Reabilitação Visual e uma análise da provisão de Leitos Hospitalares de Reabilitação.

A dissertação conclui que no setor saúde brasileiro, apesar do respaldo do vasto arcabouço legal, as iniciativas até então implantadas em todos os níveis de atenção são fracas e incipientes diante da dimensão do problema no território nacional, reproduzindo a carência na provisão de serviços observada internacionalmente.

ABSTRACT

The study discusses the formation of the agenda of public policy Health care for People with Disabilities. With the launching of the Plan Living without Limits, Brazil has adopted new political guidelines of social protection through nationwide programs of education, social inclusion, health and accessibility.

In the dissertation, are analyzed and discussed international agendas – the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the World Report on Disability.

The work addresses the problem of the relationship between the formation of the Health agenda in the national territory with the guidelines concerted in the international level, since the multilateral agencies require the signatory countries answers and the accomplishment of its goals.

The study also describes the National Action Plan on the Rights of Persons with Disabilities – Living Without Limits (PVSL) with a special depth and cutout in the health- Network of Care for People with Disabilities (RCPD) sector , the three levels of health care : Primary Care, Medium Complexity and Hospital Care .

Two quantitative analyses are presented with secondary data of sub-national responses to the goals of the 2010-2011 Pact for Life, establishing indicator on the provision of services in the Medium Complexity of Visual Rehabilitation area and an analysis of the provision of Hospital Beds Rehabilitation.

The dissertation concludes that the Brazilian health sector, despite the vast legal framework support the initiatives previously implemented in all levels of care are weak and incipient given the size of the problem in the country, reproducing the lack in the provision of services internationally observed .

LISTA DE ABREVEATURAS

AB- Atenção Básica
APS- Atenção Primária de Saúde
AVC- Acidente Vascular Cerebral
AVE- Acidente Vascular Encefálico
BPC - Benefício de Prestação Continuada
CDPD- Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência
CEO- Centros de Especialidades Odontológicas
CER- Centros Especializados de Reabilitação
CF- Constituição Federal
CIB- Comissão Intergestora Bipartite
CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CNJ-Conselho Nacional de Justiça
CONADE- Deficiência Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
CONANDA-Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente
CORDE- Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
DAB- Departamento de Atenção Básica
DF- Doenças Falciformes
DUDH-Declaração Universal dos Direitos Humanos
ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF- Estratégia de Saúde da Família
FC- Fibrose Cística
FJP- Fundação João Pinheiro
FNDE- Fundo Nacional de Desenvolvimento Educacional
HBPATIAS- Hemoglobinopatias
IBDD_ Instituto Brasileiro de Defesa do Deficiente
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS- Ministério da Saúde

NASF- Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OEA- Organização dos Estados Americanos
OMS- Organização Mundial de Saúde
ONU- Organização das Nações Unidas
PAF- Projétil de Arma de Fogo
PMAQ-Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica
COSEMS-Conselho de Secretários Municipais de Saúde
PNAB- Política Nacional Atenção Básica
PNDH-3- 3º Programa Nacional dos Direitos Humanos
PNSPD- Programa Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
PNTN- Programa Nacional de Triagem Neonatal
PRONATEC-Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego
PSE-Programa Saúde na Escola
PVSL- Plano Viver sem Limite
RCPD-Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RENAST- Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
RNB-Renda Bruta Nacional
SANCED- South Asia Network for Chronic Disease
SANCED-South Asia Network for Chronic Disease
SDH/PR-Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República
SIH/SUS- Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SNAS-Secretaria Nacional de Assistência à Saúde
SNPD- Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência
SNPDCA- Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente
SNPD-Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência
SPM- Secretaria de Proteção da Mulher
SUS- Sistema Único de Saúde
TCE- Traumatismo Crânio Encefálico
TCG- Termo de Compromisso de Gestão
UNICEF- Fundação das Nações Unidas para Infância

UTI- Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

- 1- INTRODUÇÃO**
- 2- CAPÍTULO 1. RELEVÂNCIA DO PROBLEMA NO BRASIL E NO MUNDO**
- 3- CAPÍTULO 2. AGENDA INTERNACIONAL E POLÍTICA PÚBLICA BRASILEIRA**
 - 2.1- A LEGISLAÇÃO NACIONAL À LUZ DA CDPD**
 - 2.2- LEGISLAÇÃO RELEVANTE APÓS CDPD**
- 4- CAPÍTULO 3. POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**
 - 3.1- ATENÇÃO BÁSICA**
 - 3.2- ATENÇÃO ESPECIALIZADA**
 - 3.3- ATENÇÃO HOSPITALAR**
- 5- CONCLUSÃO**
- 6- ANEXOS**
- 7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1- INTRODUÇÃO

O objetivo geral dessa dissertação é analisar a Política Pública de Saúde às Pessoas com Deficiência — Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência — instituída pelo Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite (PVSL). Este trabalho tem como objetivo específico situar a formação da agenda de política pública no plano internacional (Convenção de Direitos da Pessoa com Deficiência e Relatório Mundial Sobre a Deficiência) e a relação das diretrizes externas com a dinâmica da política nacional, com destaque para a política de atenção de saúde da Pessoa com Deficiência nas três esferas: Atenção Básica, Média Complexidade e Atenção Hospitalar.

No Brasil, a partir de 1995, a partir da Medida Provisória 813, de 1/1/1995, e reedições posteriores, as questões referentes às Pessoas com Deficiência passaram a ser conduzidas na esfera dos direitos humanos pela Coordenação Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) ¹.

Atualmente, é a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência,² órgão integrante da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, que tem o papel de atuar na articulação e coordenação das políticas públicas voltadas para as Pessoas com Deficiência.

O Plano foi lançado pelo governo federal por meio do Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, sob a coordenação da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e define compromissos no estado nacional com as prerrogativas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da ONU. Visa à implantação de ações em benefício da Pessoa com Deficiência, melhorando o acesso desses cidadãos aos direitos básicos como educação, transporte, mercado de trabalho, qualificação profissional, moradia e saúde. Para

¹ A Corde foi instituída pelo Decreto nº 93.481, de 29/10/1986, vinculada ao Gabinete Civil da Presidência da República. A partir dessa Medida Provisória passa a existir, na estrutura do governo federal, a Secretaria Nacional de Cidadania do Ministério da Justiça, que trabalhava dentro de uma concepção de direitos envolvendo 15 ministérios, sociedade civil e o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade). Em 2009, a Corde foi elevada ao status de Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, criada pela Lei nº 11.958, de 26 de junho de 2009 e do Decreto nº 6.980, de 13 de outubro de 2009, e em 2010, à Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência por meio do Decreto nº 7.256/10.

² Criada pela Lei nº 11.958/2009 e Decretos nº 6.980/2009 e nº 7.256/2010.

isso, governo federal, estados, Distrito Federal e municípios deveriam articular os diversos eixos de intervenção setorial.

A autora avalia que, a despeito das pressões domésticas, de movimentos sociais e profissionais por maior responsabilização do governo nas Políticas Públicas nacionais que contemplem as Pessoas com Deficiência, a iniciativa governamental ao longo das duas últimas décadas tem sido lenta e fragmentada, especialmente na provisão de serviços e ações que melhorem suas condições de saúde.

Esta dissertação analisa o processo de formação da agenda do governo federal e entes subnacionais brasileiros para o tema Saúde no âmbito do PVSL. O pressuposto deste trabalho é que a adoção dessa agenda pelo governo federal tem como motivação central os compromissos internacionais que o governo brasileiro tem assumido nos fóruns multilaterais em relação à pessoa com deficiência.

Norberto Bobbio (1992) salienta que na era dos direitos, cada Estado possui dever internacional de proteger os direitos fundamentais da pessoa humana em seu território, mostrando assim o peso em território nacional das normas internacionais (BOBBIO, 1992).

Como explica Henkin:

O emergente Direito Internacional dos Direitos Humanos institui obrigações aos Estados para com todas as pessoas humanas e não apenas para com estrangeiros. Este Direito reflete a aceitação geral de que todo indivíduo deve ter direitos, os quais todos os Estados devem respeitar e proteger. Logo, a observância dos direitos humanos não é apenas um assunto de interesse particular do Estado (e relacionado à jurisdição doméstica), mas é matéria de interesse internacional e objeto próprio de regulação do Direito Internacional. (HENKIN, 1993 pag. 375-6).

O movimento internacional tem grande papel no curso dos movimentos sociais de temas que não pertencem à agenda de governo. Ele produz parâmetros de qualidade que possibilitam a ampliação da discussão, além de servir como elemento regulador de políticas.

Ao acolher o aparato internacional de proteção, bem como as obrigações internacionais dele decorrentes, o Estado passa a aceitar o monitoramento

internacional, no que se refere ao modo pelo qual os direitos fundamentais são respeitados em seu território. O Estado passa, assim, a consentir o controle e a fiscalização pela comunidade internacional quando, em casos de violação a direitos fundamentais, a resposta das instituições nacionais se mostra insuficiente e falha, ou, por vezes, inexistente. Enfatize-se, contudo, que a ação internacional é sempre uma ação suplementar, constituindo uma garantia adicional de proteção dos direitos humanos (PIOVESAN, 2000)

No entanto, Piovesan, ao fazer um esclarecimento sobre 50 casos impetrados contra o governo brasileiro nos períodos de 1970 a 1988 encaminhados por entidades não governamentais de defesa dos direitos humanos, de âmbito nacional ou internacional, e, por vezes, pela atuação conjunta dessas entidades, observa que 70% desses casos referem-se à violência da Polícia Militar; os casos restantes revelam violência cometida em face de grupos socialmente vulneráveis, como as populações indígenas, a população negra, as mulheres, as crianças e os adolescentes. Observe-se ainda que, em 90% dos casos examinados, as vítimas podem ser consideradas pessoas socialmente pobres, sem qualquer liderança destacada, o que inclui aqueles que viviam em favelas, nas ruas, nas estradas, nas prisões, e até mesmo em regime de trabalho escravo no campo (PIOVESAN, 2000). Chama atenção o fato de que pessoas com deficiência não são citadas nesse estudo, fato incompatível com a realidade vivenciada por este grupo população que historicamente sofre violações de seus direitos.

O tema de direitos das Pessoas com Deficiência foi tratado na última década em dois documentos internacionais de grande valor, que são: a **Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência** (ONU, 2006) e seu Protocolo Facultativo, que no Brasil balizam a política nacional para a Pessoa com Deficiência, atribuindo-lhe valor de Emenda Constitucional,³ e o **Relatório Mundial sobre a Deficiência** – OMS, lançado em Nova York, na ONU, em 2011. Estes dois documentos serão analisados ao longo deste trabalho.

³ O Brasil é signatário da CNDPD desde 2007, aprovada pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 186, em 9 de julho de 2008, e pelo Decreto do Poder Executivo nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, conforme o procedimento do § 3º, do art. 5º, da Constituição.

Melinda Jones (2005) traz uma reflexão sobre o papel da Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência no processo de luta pelo respeito aos direitos de Pessoas com Deficiência e transtornos psiquiátricos, entendendo que nos dois casos existem incapacidades e semelhanças na forma da sociedade tratar a questão, ou seja, com discriminação, segregação e modelos de tratamento que desrespeitam os direitos básicos de cidadania; realidade que impõe um posicionamento urgente da sociedade.

A autora nos faz refletir sobre pontos importantes no estudo de direitos da Pessoa com Deficiência e o direcionamento da luta pela garantia desses direitos. Chama a atenção para o papel de uma política focalizada como é a CDPD num contexto mundial de valorização de políticas universais. Defensores da universalidade definem que a separação de medidas de proteção das Pessoas com Deficiência dos direitos da população em geral passa a informação não desejada de separação da corrente principal através das leis, quando o objetivo é o de inclusão das Pessoas com Deficiência como membros ordinários da sociedade.

Jones (2005), em sua análise, considera que de fato existe uma quantidade significativa de leis internacionais relevantes para as Pessoas com Deficiência. São tratados internacionais que pela sua magnitude incluem as situações de violação dos direitos das Pessoas com Deficiência e transtornos psíquicos e que impõem uma série de obrigações aos Estados, o que prova que não é por falta de leis que os abusos acontecem. A começar com a Declaração Universal sobre os Direitos Humanos, de 1948, que em seu art. 1º define que “todas as pessoas são livres e possuem os mesmos direitos à dignidade”. Não faz nenhuma menção às Pessoas com Deficiência, pois seus princípios de Direitos Humanos são universais e indivisíveis.

Para Barton (1992) a Declaração é um padrão comum de realização para o fim de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo-a constantemente no espírito, se esforcem, pelo ensino e pela educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, por medidas progressivas de ordem nacional e

internacional, para assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universal e efetiva. (BARTON, 1992)

Leis internacionais universais se seguiram na forma de leis “duras”, que são obrigações legais, e leis “suaves”, que são de menos força legal. Na primeira categoria está o direito consuetudinário e os tratados internacionais e, no segundo caso, as resoluções, declarações, diretrizes e princípios. Os tratados internacionais que se relacionam com a defesa de direitos das pessoas com deficiência são: Declaração Universal dos Direitos Humanos, e os seis principais tratados de direitos humanos: Pacto sobre Direitos Civis e Políticos, Pacto Internacional de Economia, Cultura e Direitos Sociais, Convenção para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, Convenção sobre Tortura e Qualquer Outra Forma Cruel e Inumana de Tratamento ou Punição Degradante, Convenção de Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, Convenção dos Direitos da Criança. Em 1971 foi publicada a Declaração dos Direitos das Pessoas com Retardamento Mental, em 1975, a Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência, em 1982, o Programa Mundial de Ação para Pessoas com Deficiência, em 1991, os Princípios de Proteção de Pessoas com Doenças Mentais e, em 1993, as Regras Gerais Sobre a Igualdade de Oportunidades para a Pessoa com Deficiência (JONES, 2005).

Analisando alguns desses documentos internacionais, observa-se que nem todos correspondem aos anseios da sociedade contemporânea na defesa de direitos humanos, que hoje se fazem pautados em princípios sociais de igualdade e equidade, pois expressam ideia de modelos ultrapassados.

Diante desta realidade, a autora vem fundamentar o porquê da necessidade da Convenção. O principal argumento a favor da Convenção é o seu potencial de remediar os problemas de abuso, exclusão social, crueldades, submissão às torturas, isolamento, em nome de tratamento. Situações onde há total violação dos direitos humanos. A expectativa é que novas leis internacionais sejam a solução para essas situações, com reconhecimento de igualdade de direitos, possibilitando maior visibilidade e conseqüente inclusão social das Pessoas com Deficiência.

“Cutting across these arguments is the belief that international law is unsatisfactory and that a dedicated convention can achieve what the existing law has failed to achieve” (JONES, 2005 p.186).

Melinda (2005) aprofunda a discussão e nos faz refletir sobre o fato, contudo, das limitações e dificuldades da incorporação das leis internacionais.

“Despite the significant developments of international law in the 20th century and the existence of specific international legal obligations on states, international law has not had the power to prevent genocides nor to ensure that war is conducted according to its principal” (JONES, 2005 p.186).

A reflexão sobre o tema se faz necessária inclusive como forma de prevenir a atribuição de expectativas excessivas à Convenção, pois apesar da importância das leis internacionais no processo de definição de posições e políticas que os estados participantes devem adotar, o cumprimento dessas medidas depende da boa vontade, do poder político e de regras dos Estados-parte (JONES 2005).

“However, there is a risk that too much faith is being placed on international law, and there will be a great deal of disappointment when real change is slow in coming” (JONES, 2005 p.185).

Além dessa articulação sobre os princípios e estabelecimento de padrões para o tratamento adequado do grupo-alvo, a autora aponta outras três aspectos relacionadas às leis internacionais que precisam ser consideradas para a compreensão do valor do desenvolvimento de uma Convenção dedicada aos direitos das pessoas com deficiência: o primeiro é o potencial impacto das leis internacionais nos Estados-parte da Convenção; o segundo, é que para definição de consenso para estabelecimento das leis é imprescindível o debate entre os estados participantes, uma vez que a legitimidade da Convenção é determinada pela adesão de um quantitativo de Estados que chegam a um entendimento por consenso; o terceiro está no fato de que uma Convenção não se estabelece por si, vai demandar mecanismos de implantação.

A forma como cada Estado adere e implanta as leis determinadas é variável: desde a necessidade de mudanças nas políticas públicas, educacionais, econômicas, de saúde e sociais, à definição de comissão e de relatórios de

acompanhamento do processo, dentre outros, o fato é que mais uma vez essas medidas podem acontecer ou não.

Para governos apenas interessados em barganhas políticas, descomprometidos com o respeito à diversidade e aos direitos humanos, essas regras podem não significar uma norma, até mesmo porque não há obrigação legal dos estados participantes cumprirem as diretrizes supranacionais.

Essas considerações não invalidam a importância das leis internacionais na justiça social, ou destituem seu potencial de indução. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência é considerada o apogeu, no plano internacional, na luta por direitos das Pessoas com Deficiência. O movimento das pessoas com deficiência desde o seu começo trouxe visibilidade até então inexistente para o grupo-alvo, fazendo parte da agenda da maioria das agências internacionais, e passando a permear as discussões nas Nações Unidas sobre direitos humanos.

A partir dos avanços em legislação universalista e focal, o que se tem hoje é que os direitos das Pessoas com Deficiência podem ser acionados tanto com base no direito fundamental do ser humano como com base nas características próprias desse segmento populacional. Na prática, a realização dos direitos das pessoas com deficiência exige ações em ambas às frentes, a do direito universal e a do direito de grupos específicos, tendo sempre como objetivo principal minimizar ou eliminar a lacuna existente entre as condições das Pessoas com Deficiência e as das Pessoas sem Deficiência (BRASÍLIA, 2012).

As conquistas de dispositivos legais de luta por direitos humanos ocorrem em associação aos avanços conceituais sobre a deficiência, e ao longo das gerações até os dias de hoje houve muitas mudanças na forma como a sociedade as trata e compreende.

Hoje coexistem dois modelos básicos na forma de tratar as Pessoas com Deficiência na sociedade: o Biomédico e o Social da Deficiência. Diniz (2009) define o Modelo Biomédico ou Médico/Reabilita como: “um conjunto de teorias e práticas assistenciais em saúde que pressupõem uma relação de causalidade entre a lesão e a experiência da deficiência. Sob essa perspectiva, ainda

hegemônica no debate sobre deficiência no Brasil, a deficiência seria a expressão de uma limitação corporal do indivíduo para interagir socialmente”. (Diniz, 2009 p. 66)

O Modelo Médico tem duas características básicas: primeiro, as supostas causas da deficiência são de natureza médica. Com a orientação médica a deficiência é falada e tratada como "doença". As Pessoas com Deficiência se tornam objetos de cuidados médicos, e sua realidade é examinada e explicada por meio de um prisma “medicalizado” e de “medicalização”. Segundo, as Pessoas com Deficiência têm algo a contribuir para a sociedade, mas apenas na medida em que forem recuperadas ou normalizadas e integradas tanto quanto possível às pessoas de habilidades normais. Esta apoiada no princípio da “integração social” (TOBOSO, 2011).

A atenção está no que as Pessoas com Deficiência não são capazes de fazer, o que leva a uma subestimação de suas aptidões e, por sua vez, uma atitude paternalista e de caridade para com as suas limitações. Como resultado, a sociedade as trata como se fossem de menos valor. A prática rotineira, baseada nesse modelo, é de assistência superprotetora (TOBOSO, 2011; FINKELSTEIN, 1980; BRISENDEN 1986; BARNES; MERCER, 1996).

O Modelo Social da Deficiência surgiu de uma rejeição destas características do Modelo Médico. Advoga por serviços de Reabilitação autogestionários baseados no próprio indivíduo com autonomia, capacidade de escolha e a gestão de cuidados pessoais nas mãos das Pessoas com Deficiência, em contraste com a forma paternalista prevalente nas práticas do Modelo Médico (TOBOSO, 2011; DEJONG, 1979; SCOTCH, 1985; SHAPIRO, 1994; CHARLTON, 1998).

Barton (1992) foi um dos precursores da reflexão sobre a deficiência a partir do paradigma social e da valorização da diversidade. Retrata a realidade de discriminação e exclusão das Pessoas com Deficiência:

“Disabled people are increasingly angry at their degree of exclusion within society generally and the disablist assumptions which inform the dominant orthodoxy with regard to their identity and abilities.” (BARTON, 1993 p. 236)

Na década de 80 foi colocada em discussão no cenário internacional a dimensão da necessidade do estabelecimento de bases sociais de respeito à diversidade, inclusão, acessibilidade e igualdade apontando principalmente para a importância da garantia de voz e da presença de Pessoas com Deficiência em espaços de discussão de políticas, como elemento político, tornando sua realidade visível à população, em prol da luta pelos seus direitos enquanto cidadãos.

“The absence of disabled peoples voices and concerns is not because they have nothing to say, but rather, that they are not encourage or given opportunities to speak” (BARTON, 1992 p.236-237).

O Modelo Social tem como características principais, em primeiro lugar, o entendimento das causas da deficiência como de base social em oposição à concepção médica. A deficiência como o resultado do fracasso da sociedade em incluir as Pessoas com Deficiência ao projetar a construção de espaços para atividade e participação sem pensar em formas de acessibilidade universais. Esta interpretação é uma inversão de grande importância, pois a deficiência não é mais considerada como de origem no indivíduo com limitações, mas das limitações da sociedade na tomada de decisões específicas que permitam satisfazer as necessidades funcionais dos indivíduos em consideração (TOBOSO, 2011; SWAIN et al., 2004; ASIS et al., 2007).

Em segundo lugar, as Pessoas com Deficiência são entendidas como tão capazes como qualquer outra pessoa de fazer contribuições para a sociedade. O Modelo Social mantém, pela primeira vez, que a contribuição para a sociedade que as pessoas com deficiência podem fazer está intimamente relacionada com a sua diferença de ser totalmente aceito (PALÁCIOS; ROMANACH 2006).

No Modelo Social, a deficiência é resultante da interação entre um indivíduo que tem uma condição funcional específica e um ambiente que é concebido sem levar em consideração tal exigência. Enquanto o objetivo principal do Modelo Médico é de normalizar as pessoas com deficiência, o Modelo Social visa normalizar a sociedade para que ela considere planos e projetos para as necessidades de todas as pessoas e tornando-os o mais abrangente possível

(TOBOSO, 2011; BARNES e MERCER, 1996; BARTON, 1996; HALES, 1996; OLIVER, 1996).

Neste contexto, o Modelo Social defende a autonomia e liberdade das pessoas com deficiência para fazer suas próprias escolhas sobre todos os aspectos de sua vida e, portanto, concentra-se na eliminação de todas as barreiras para que assim a igualdade de oportunidades seja verdadeiramente fornecida. A deficiência é entendida, então, como o produto de um “incapacitante” da sociedade e não o resultado da patologia do indivíduo.

É importante ressaltar que repensar o significado da deficiência não significa a negação da realidade médica, inegável, e que muitas pessoas com deficiência podem necessitar e se beneficiar quando bem assistidas. A Saúde no tocante aos cuidados de Prevenção, Promoção e Reabilitação tem a sua parte, que é insubstituível, na atenção à Pessoa com Deficiência. Porém, nem os médicos nem outros representantes do modelo devem ditar como as pessoas com deficiência devem viver.

Na raiz de tal abordagem está o princípio da “inclusão social”, entendida “como o processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos” (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, a inclusão social das Pessoas com Deficiência significa possibilitar, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade.

Publicações recentes fazem referência o surgimento de um novo modelo baseado na “diversidade”. Essa nova abordagem está ancorada em uma visão dos direitos humanos e vê a pesquisa no campo da bioética como um instrumento básico para alcançar a plena medida de dignidade das Pessoas com Deficiência (DPI- EUROPA, 2000; WOLBRING, 2003; PALACIOS et al., 2009).

Considerando que, no Modelo Social, os princípios básicos são a capacidade e a oportunidade de uma pessoa fazer uma contribuição à sociedade, os princípios básicos do Modelo Diversidade são a valorização à diversidade e à dignidade humana. Portanto, ele vai além da teoria do núcleo de capacidade, que, sob os modelos anteriores, impôs uma vã tentativa de “ser como as outras pessoas” — a aspirar a uma normalidade que é estatisticamente incompatível, em muitos casos, com a intrínseca diversidade de seres humanos (TOBOSO, 2011).

Para realizar esta mudança, seria crucial resignificar o conceito de capacidade e procurar um novo conceito em que as Pessoas com Deficiência possam encontrar uma identidade que não é percebida como negativa. Por meio do modelo Diversidade e do conceito de “diversidade funcional” busca-se um posicionamento mais significativo para representar a realidade das Pessoas com Deficiência, pois afirma um conceito positivo em contraponto a conotação negativa da “deficiência” (ROMAÑACH; LOBATO, 2005).

Nesta nova abordagem, então, o ponto de partida é que em termos de funcionamento físico, mental e sensorial a experiência humana é diversa, e toda sociedade deve considerar a diversidade como uma fonte de enriquecimento (PALACIOS; ROMAÑACH, 2006).

Como regra geral, a deficiência pressupõe a existência de variações de algumas habilidades que são qualificadas como restrições ou lesões. O que inexistente, no entanto, é um consenso sobre quais variações de habilidades e funcionalidades caracterizariam deficiências. Há pessoas com lesões que não experimentam a deficiência, assim como existem pessoas com expectativa de lesões que se consideram deficientes. Traçar um limite conceitual entre essas diversas expressões da diversidade humana é um exercício intelectual na fronteira de diferentes saberes, em especial entre o conhecimento médico e as ciências sociais.

Por anos viveu-se a hegemonia dos iguais, ficando difícil romper com essa visão e perceber que a diversidade não é problema. A promoção da diversidade como valor é a condição que viabiliza o surgimento do novo. Porém é importante destacar que existem diferenças entre grupos do tema diversidade (NERI 2003).

No campo de direitos humanos, termos como diferença e igualdade ocupam pesos distintos, dependendo do que está sendo analisado. Com a valorização da diversidade estão implicadas e articuladas as seguintes ideias: “igualdade na diferença”, “diferença na igualdade”, “diferença socialmente transformada em desigualdade”.

Essa variedade de interpretações e experiências em torno do corpo e da relação deste com o ambiente social é responsável por grande parte das discussões contemporâneas sobre deficiência e justiça social. Passa a fazer parte dos estudos o entendimento de singularidades e vulnerabilidades.

Amartya Sen trouxe enorme contribuição para a reflexão sobre a relação entre funcionalidade e direitos humanos. Compreendendo direitos humanos como a garantia de liberdades fundamentais, e capacidades, dentro de uma perspectiva mais ampla, sendo tipos particulares de liberdade, tem-se, portanto como capacidade a oportunidade de alcançar valiosas combinações de funcionamento humano, aquilo que o ser humano quer e pode fazer ou ser. Seguindo sua reflexão, *liberdade de processo* é o mecanismo que garante a liberdade de fazer o que gosta e *oportunidade substantiva* garante a oportunidade de escolhas, sendo ambas elementos da liberdade, e estão diretamente relacionadas aos princípios dos direitos humanos (SEN, 2005).

Segundo Sen, o desenvolvimento humano não se avalia tendo como pano de fundo a variação do Produto Interno Bruto, em outras palavras, o rendimento disponível não é apropriado para avaliar bem-estar e qualidade de vida. No entanto, a relação humana com o que consegue fazer, suas “funcionalidades” e “capacidades” é intrinsecamente relacionada com o desenvolvimento humano (SEN, 2005). Esta abordagem surge no contexto do desenvolvimento humano como uma estrutura conceitual para analisar o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas.

Alguns funcionamentos podem ser muito básicos, como estar adequadamente nutrido ou ter boa saúde, por exemplo — é atribuído grande peso a eles o que é naturalmente esperado. Outros, como alcançar a autoestima e estar bem integrado socialmente podem ser mais complexos, mas igualmente

valorizados. No entanto, as pessoas podem diferir amplamente na quantidade de peso que colocam em cada funcionamento (SEN, 2005).

Com a abordagem sobre capacidades, Amartya Sen traz para a reflexão os impedimentos do exercício pleno das capacidades, independente dos recursos (renda e bens primários) para qualquer indivíduo, tenha deficiência ou não (SEN, 2005).

Sen resiste à posição da importância inexorável de rendas e bens primários para avaliação de oportunidades. Esclarece que diferenças na capacidade de funcionar podem surgir independentes de meios pessoais (tais como bens primários). Surge como causas possíveis a heterogeneidade humana por motivos físicos ou mentais (relacionados à deficiência ou propensão a doenças); as variações de recursos não pessoais / externos (como a natureza dos cuidados de saúde pública, ou da coesão social, a utilidade da comunidade); a diversidade ambiental (condições climáticas, epidemias e de violência); as diferentes posições relativas vis-à-vis outros/postura diferenciada entre seres humanos (SEN, 2005).

A relação entre impedimentos (físicos, sensoriais ou mentais) e os recursos do meio muitas vezes desfavorável pode resultar que **Pessoas com Deficiência não tenham acesso aos mesmos meios ou facilidades para prosseguir com seus projetos e objetivos, uma vez que a sua capacidade real de fazer o que busca depende de muitas circunstâncias contingentes.** Para Sen, a restrição nas oportunidades de escolhas daquilo que tem valor para o sujeito é uma restrição de liberdade e de direitos humanos.

As Pessoas com Deficiência não podem, portanto, ser julgadas como igualmente favorecidas — com as mesmas oportunidades — que as pessoas sem incapacidades, mesmo quando possuem o mesmo nível de recursos primários, pois seus impedimentos combinados com as barreiras atitudinais e arquitetônicas do meio vão ter como resultado menos oportunidades de realizar os seus projetos.

Nesse contexto, em que a deficiência é compreendida de forma mais ampla, podemos construir um melhor entendimento sobre vulnerabilidade. A vulnerabilidade resultaria do conjunto de fragilidades individuais e precariedades sociais que atinge o sujeito (BRASIL 2009).

Ou, como esclarece Ayres (2009), a noção de vulnerabilidade busca a compreensão de como indivíduos e grupos se expõem a dado agravo à saúde a partir da dimensão individual, social ou programática.

A atenção de saúde da Pessoa com Deficiência deve, portanto, ser estudada levando em conta sua vulnerabilidade, dado o conjunto de elementos sociais e pessoais que estão agindo sobre o sujeito, e também em virtude da imensa dependência de recursos sociais e, como veremos a seguir, da realidade de imensas barreiras pessoais e sociais de acesso.

Uma política pública para Pessoas com Deficiência é diferente da de outros grupos também discriminados, pois trata de um advento que qualquer pessoa pode vir a ter ao longo do seu ciclo de vida, diferente de características como gênero e raça. Aspecto que reforça a necessidade do tratamento das políticas públicas à questão da deficiência relacionada a um Seguro Social de caráter Universal.

Pessoas com Deficiência são pioneiras no Brasil em conquistas sociais. Possuem leis de cotas, benefícios às situações de deficiência associada às condições miseráveis de renda- Benefício de Prestação Continuada (BPC). O pioneirismo não reflete um retrato atual de avanços efetivos nem melhora nas condições de atenção de saúde, educação, trabalho, cultura, dentre outros setores que garantem melhoras nas condições de vida. Como agravante, existem poucos estudos que retratem suas condições de vida. No tocante à saúde, a discussão sobre políticas públicas de saúde universais e sua repercussão na atenção às Pessoas com Deficiência precisam ser mais exploradas.

Viacava, F. et al. (2004) e Mendes (2001) apontam a dificuldade, em muitos Estados, de conseguir políticas universais de qualidade.

Na saúde, embora toda sociedade teoricamente compartilhe da crença de que a saúde tem um valor intrínseco para todas as pessoas e os serviços de saúde são necessários para manter a vida e para aliviar o sofrimento (MENDES, 2001), o objetivo dos diferentes sistemas de saúde varia de um país para outro, assim como suas concepções, ainda que explicitem valores subjacentes bastante semelhantes, tais como a superação das desigualdades e o bem-estar da

população. Apesar da explicitação desses valores, a estruturação e o funcionamento dos sistemas de serviços de saúde estão longe de cumprirem com os requisitos mínimos para alcançá-los. Além disso, ainda que os objetivos e valores se mantenham, as propostas de reforma e de mudanças nem sempre possibilitam transformações positivas (VIACAVA, 2004).

O modelo determinado socialmente vai influenciar diretamente e estar expresso no desenho das políticas públicas que podem variar entre formas de ação inclusivas, integradoras ou segregadoras.

Por outro lado, as condições de saúde das Pessoas com Deficiência nos diferentes Sistemas de Saúde é variada, necessitando de uma análise aprofundada sobre os fatores envolvidos. O sistema de Seguro Saúde, caracterizado por contribuições obrigatórias sobre a folha de pagamento de segurados e empregadores, pode não ser acessível para muitos adultos com deficiências, por terem menores taxas de emprego do que o não deficiente. Pessoas com Deficiência que têm emprego podem não ter condições de arcar com as mensalidades desses seguros de saúde empresariais. Para deficientes que trabalham no setor informal ou em pequenas empresas raramente o seguro saúde lhes é oferecido (OMS, 2011).

Pessoas com Deficiência enfrentam baixos índices de emprego e estão mais sujeitas a ser economicamente desfavorecidas, sendo assim menos propensas a custearem seguros privados de saúde. Os que têm emprego podem ser excluídos do seguro de saúde privado em virtude das doenças preexistentes, ou serem “segurados de segunda classe”, por terem negada a cobertura de longo prazo, ou ainda impedidos de exigirem tratamento relativo a condições preexistentes; podem também precisar pagar prêmios maiores e despesas do próprio bolso (OMS, 2011).

Da análise dos países com Sistemas de Saúde com cobertura universal observa-se que são poucos os países que garantem a todos os cidadãos, em especial para as Pessoas com Deficiência, acesso imediato a todos os serviços de assistência médica. Nos países mais pobres, apenas os serviços mais básicos estão disponíveis. Restrições nas despesas com o setor de saúde pública

resultam em provisão inadequada de serviços e aumento significativo na proporção de despesas não reembolsáveis por parte das famílias (OMS, 2011).

Diante desta realidade, os meios utilizados para o pagamento dos serviços de saúde são: venderem objetos, contraírem empréstimos ou dependerem de familiares.

Ugá e Santos (2007) chamam atenção para o problema das despesas *out-of-pocket* em saúde. Gastos *out-of-pocket* referem-se a pagamentos particulares, excluindo os de seguro privado, a saber: medicamentos, tratamentos odontológicos, consultas médicas, tratamentos ambulatoriais, internações e serviços cirúrgicos, serviços auxiliares de diagnóstico e terapêutica, materiais de tratamento, e outras despesas. Demonstram que nas famílias de baixa renda as despesas *out-of-pocket* representam 6,8% da renda familiar e no decil mais rico, apenas 3,1% (UGÁ; SANTOS, 2007).

Uma vez que representam um percentual expressivo nos gastos do orçamento familiar, em especial no decil mais pobre da população, os autores alertam para a possibilidade da política de saúde no Brasil ser um fator agravante das desigualdades sociais.

Os gastos *out-of-pocket* podem estar relacionados à inequidade de acesso, e Pessoas com Deficiência esbarram constantemente em diferentes tipos de barreiras (atitudinal, arquitetônicas, técnicas, instrumentais, de transporte, de modelos inclusivos de saúde) e frequentes dificuldades de acesso (UGÁ; SANTOS, 2007).

A predominância de baixas condições socioeconômicas na maioria da população com deficiência determina que o enfrentamento com as dificuldades de acesso tenha como resultado a falta de assistência, devido à incapacidade de pagar por serviços, tais como: odontologia, exames complementares, tratamentos especializados, exatamente como é discutido por Ugá e Santos (2007) em seu trabalho.

Um gasto não previsto pode absorver grande parte do orçamento familiar, levando a abrir mão de consumir outros serviços também necessários, vender ativos ou mesmo se endividar. Para algumas famílias esse evento não previsto

pode implicar em torna-la pobre ou agravar sua carência, levando à indignação. Ou seja, torna-se um gasto catastrófico para a família (DINIZ, et al 2007). Como pode ser observado na tabela abaixo, as pessoas com deficiências são mais vulneráveis a gastos catastróficos com saúde, independente de sexo e idade, tanto nos países de baixa renda quanto naqueles com alta renda.

TABELA I- VISÃO GERAL DAS DESPESAS CATASTRÓFICAS COM SAÚDE, PROPORÇÃO DE RESPONDEDORES PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS E SEM DEFICIÊNCIA

SEM DEFICIÊNCIA	Países de baixa renda	Países de alta renda	Todos os países
Homens	20.2	14.5	18.4
Mulheres	20.0	12.7	17.4
18-49 anos	19.9	13.2	17.9
50-59 anos	18.2	13.0	16.4
60 anos	21.2	14.2	18.3
COM DEFICIÊNCIA	Países de baixa renda	Países de alta renda	Todos os países
Homens	31.2	18.5	27.8
Mulheres	32.6	18.7	28.7
18-49 anos	33.4	16.1	29.2
50-59 anos	32.6	24.7	30.1
60 anos	29.5	21.5	26.3

Fonte: OMS-2011.

Observação: Todos os resultados são significativos, de acordo com o teste de Chi-quadrado de Pearson, corrigido pelo desenho da pesquisa. Estimativas foram apresentadas como médias ponderadas utilizando-se pesos pós-estratificados pela OMS, quando disponíveis (caso contrário, foram utilizadas médias ponderadas de dados de probabilidade) e padronizados por idade.

Compreendendo a realidade nos gastos de saúde de Pessoas com Deficiência da forma “out-of-pocket” e associando a essa realidade os riscos aumentados de despesas catastróficas com saúde para esse mesmo grupo, como demonstra a Tabela I, chama a atenção à suscetibilidade ao empobrecimento das Pessoas com Deficiência diante dessa combinação.

Acompanhando a avaliação sobre a dificuldade dos Estados nacionais com sistemas universais de saúde, Ocké-Reis e Marmor (2009) chamam a atenção para o fato de que, apesar dos vinte anos de existência do SUS, o Brasil enfrenta dificuldades crescentes para materializar o direito social constitucional do acesso universal de atenção à saúde. O SUS está longe desse ideal, com problemas relativos ao financiamento e à gestão do sistema (FLEURY et al., 2000; PORTO,

2002; CAMPOS,1997). Existem problemas como: alta prevalência de doenças crônicas entre grupos de mais baixa renda; surtos de dengue e febre amarela; acesso restrito e listas de espera desorganizadas para os serviços especializados; pacientes de baixa renda e pobres que são deixados em espera nas salas de emergência dos hospitais; gastos altos e regressivos com medicamentos (desembolso direto); baixo nível de investimentos; falta de médicos em regiões mais carentes e mesmo nos estabelecimentos públicos das grandes cidades brasileiras, uma vez que os médicos são mais bem remunerados em estabelecimentos privados, entre outros (OCKÉ-REIS; MARMOR, 2009).

Neri (2003) sustenta a necessidade de mais investimento financeiro na Saúde e aprofunda a discussão quanto às necessidades de saúde da pessoa com deficiência. Para o autor, a falta de investimento financeiro compromete a viabilidade dos princípios de universalidade, igualdade e equidade. A consequência disso é uma baixa cobertura na assistência em saúde desse grupo, assim como a busca por serviços privados de saúde por indivíduos com deficiência e com poder aquisitivo mais alto.

Porém a necessidade de mais recursos financeiros não explica totalmente a realidade da falta de investimento no cuidado da saúde das pessoas com deficiência. Nesse sentido uma análise dos processos de trabalho nos diferentes níveis de atenção fará parte também desse estudo.

O Sistema de Saúde Pública da população brasileira está comprometido e as pessoas com deficiência possuem demandas que as colocam entre as mais fragilizadas diante das falhas do sistema, agravadas pelo fato de se tratar de um grupo historicamente excluído dos programas de Atenção Básica, média e alta complexidade. Em face do exposto, a dissertação problematiza a agenda da política pública de saúde brasileira na atenção à pessoa com deficiência em três capítulos.

O primeiro e próximo capítulo apresenta o percurso na qualificação da coleta de dados em pesquisas internacionais e nacionais e o retrato possível da deficiência nesse universo. São apresentadas as condições de saúde de pessoas com deficiência em diferentes países e as diversas formas de barreiras de acesso.

No Brasil são também apresentadas as relações da deficiência com as condições de educação, trabalho e econômicas. São relatados estudos de bases de dados secundários de diferentes fontes: IBGE (2000 e 2010), Relatório Mundial sobre Deficiência (OMS, 2011), UNICEF e South Ásia Network for Chronic Disease.

No Capítulo 2 são analisadas as diretrizes internacionais de políticas setoriais para a Pessoas com Deficiência. É descrita a agenda nacional derivada da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, em especial nos setores Saúde Geral e Reabilitação.

O Capítulo 3 faz uma breve análise de pontos da Atenção Básica, Especializada e Hospitalar no Brasil antes e depois da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

A Conclusão, no Capítulo 4, destaca os principais pontos abordados no trabalho.

2- CAPÍTULO 1: RELEVÂNCIA DO PROBLEMA NO BRASIL E NO MUNDO

Apesar das tentativas de padronização e avanços significativos na coleta de dados sobre deficiência, pelo fato de ser uma experiência complexa e multidimensional que impõe inúmeros desafios de mensuração, hoje vivemos ainda uma grave carência de informação, o que dificulta a tomada de decisões sobre programas e políticas públicas voltadas para Pessoas com Deficiência.

Elementos sociais, culturais, orgânicos e subjetivos influem de tal forma nas condições de vida das Pessoas com Deficiência que em situações onde se encontram alterações aparentemente semelhantes, sujeitos apresentam diferentes restrições funcionais. Os estudos sobre deficiência necessitam ser sensíveis a essas variáveis.

A CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) surge no cenário internacional como um elemento positivo no refinamento dos estudos sobre a deficiência. Essa abordagem representa um marco significativo na evolução dos conceitos, em termos filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que propõe uma nova forma de encarar as Pessoas com Deficiência e suas limitações no exercício pleno das atividades decorrentes da sua condição. Possibilita um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social do segmento.

Trata-se de uma ferramenta que fornece uma plataforma comum para mensurar e coletar dados, capaz de prover um padrão para estatísticas sobre saúde e deficiência e ajudar na difícil tarefa de harmonizar abordagens para estimar prevalência de deficiências. A qualidade dessa nova classificação está no fato de que contempla aspectos da saúde humana e alguns componentes relevantes para a saúde relacionados com o bem-estar, descrevendo-os como domínios de saúde e domínios relacionados com a saúde. Ou seja, os domínios da saúde incluem enxergar, ouvir, deambular, raciocinar, lembrar etc., enquanto os domínios relacionados com a saúde contemplam os meios, que podem ser: transporte, educação, barreiras e interações sociais etc.

Os parâmetros sociais no entanto não são sensíveis à aspectos que hoje se colocam como causas de discriminação e em muitos casos de violação de direitos, como as condições relacionadas à etnia, gênero, religião e condições econômicas.

Independente das críticas que se faça à CIF, o fato é que a sua utilização como parâmetro nos diferentes campos, seja de prática ou de pesquisa, tem sido tão esporádica que hoje se pode dizer que ainda não é uma realidade. Sua aplicação está inserida no conjunto de medidas relacionadas ao novo Paradigma da Deficiência o Modelo Social da Deficiência, que também não é uma realidade.

Sendo assim, apesar das limitações dos censos e pesquisas, temos que extrair as informações sobre a deficiência a partir deles. Entretanto, nos estudos sobre deficiência são constantes as sinalizações sobre a necessidade de ampliação e aprofundamento de pesquisas nacionais sobre o tema, de forma a se obter uma base de dados mais fiel a sua realidade.

O Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS, 2011) chama atenção para a dificuldade de se obter um estudo consistente utilizando dados de censo e pesquisa nacional para estudos de forma associada. A inconsistência entre os países com relação às definições sobre deficiências e às perguntas das pesquisas limita as possibilidades de estudos comparados (OMS, 2011).

A evidência empírica vem predominantemente da disciplina médica, focando as pesquisas em causas de incapacidade e ensaios clínicos. Contudo, alguns estudos recentes se concentram em correlatos entre as condições socioeconômicas e a questões de estigma social que afetam diretamente as pessoas com deficiência.

As duas fontes de informações estatísticas utilizadas para estimar a prevalência global de deficiências no Relatório foram a Pesquisa Mundial de Saúde e a Carga Global de Doenças. Ambas possuem limitações com relação às deficiências. Assim, as estimativas de prevalência apresentadas aqui devem ser tomadas não como definitivas, mas como um reflexo dos dados e conhecimentos atualmente disponíveis (OMS, 2011).

Os dados da Pesquisa Mundial de Saúde e da Carga Global de Doenças 2004, sobre a prevalência de deficiências, mostraram que de 785 milhões (15,6%)

a 975 milhões de pessoas (19,4%), respectivamente, com 15 anos ou mais, tem alguma deficiência. Entre elas, cerca de 110 milhões (2,2%) a 190 milhões (3,8%) enfrentavam dificuldades funcionais significativas. Incluindo as crianças, estima-se que mais de 1 bilhão de pessoas (15% da população mundial) estão vivendo com alguma deficiência (OMS, 2011).

TABELA II- PREVALÊNCIA ESTIMADA DE DEFICIÊNCIAS GRAVES E MODERADA, POR REGIÃO, SEXO E IDADE, ESTIMATIVAS DA CARGA GLOBAL DE DOENÇAS PARA 2004.

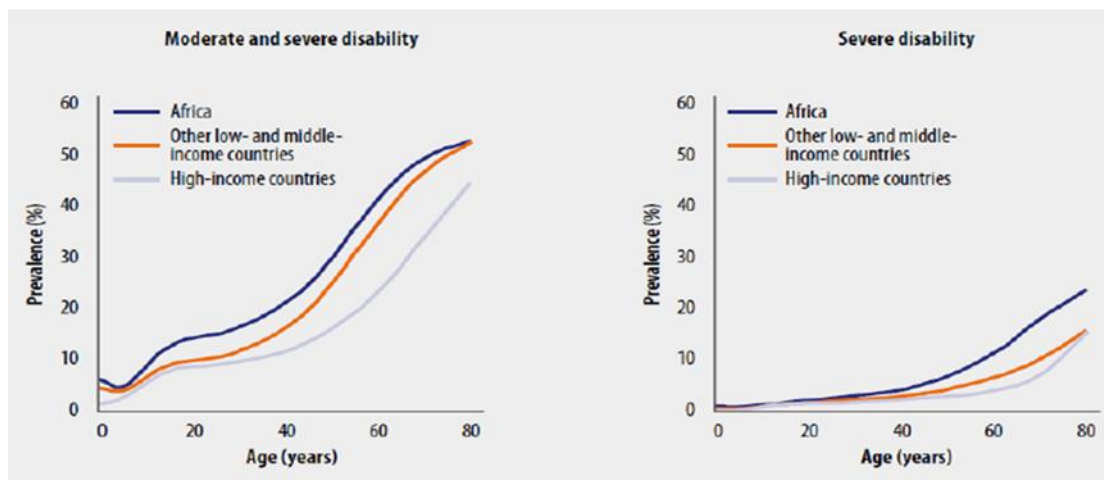
Sexo/faixa etária	Percentual								
	Mundo	Países de renda alta	Países de Renda Baixa e Média, Região OMS					Mediterrâneo Oriental	Pacífico Ocidental
			Africanos	Américas	Sudeste Asiático	Europeus			
Deficiências graves									
Homens									
0-14 anos	0.7	0.4	1.2	0.7	0.7	0.9	0.9	0.5	
15-59 anos	2.6	2.2	3.3	2.6	2.7	2.8	2.9	2.4	
≥ 60 anos	9.8	7.9	15.7	9.2	11.9	7.3	11.8	9.8	
Mulheres									
0-14 anos	0.7	0.4	1.2	0.6	0.7	0.8	0.8	0.5	
15-59 anos	2.8	2.5	3.3	2.6	3.1	2.7	3.0	2.4	
≥ 60 anos	10.5	9.0	17.9	9.2	13.2	7.2	13.0	10.3	
Todos os indivíduos									
0-14 anos	0.7	0.4	1.2	0.6	0.7	0.8	0.9	0.5	
15-59 anos	2.7	2.3	3.3	2.6	2.9	2.7	3.0	2.4	
≥ 60 anos	10.2	8.5	16.9	9.2	12.6	7.2	12.4	10.0	
≥ 15 anos	3.8	3.8	4.5	3.4	4.0	3.6	3.9	3.4	
Todas as idades	2.9	3.2	3.1	2.6	2.9	3.0	2.8	2.7	
Deficiências graves e moderadas									
Homens									
0-14 anos	5.2	2.9	6.4	4.6	5.3	4.4	5.3	5.4	
15-59 anos	14.2	12.3	16.4	14.3	14.8	14.9	13.7	14.0	
≥ 60 anos	45.9	36.1	52.1	45.1	57.5	41.9	53.1	46.4	
Mulheres									
0-14 anos	5.0	2.8	6.5	4.3	5.2	4.0	5.2	5.2	
15-59 anos	15.7	12.6	21.6	14.9	18.0	13.7	17.3	13.3	
≥ 60 anos	46.3	37.4	54.3	43.6	60.1	41.1	54.4	47.0	
Todos os indivíduos									
0-14 anos	5.1	2.8	6.4	4.5	5.2	4.2	5.2	5.3	
15-59 anos	14.9	12.4	19.1	14.6	16.3	14.3	15.5	13.7	
≥ 60 anos	46.1	36.8	53.3	44.3	58.8	41.4	53.7	46.7	
≥ 15 anos	19.4	18.3	22.0	18.3	21.1	19.5	19.1	18.1	
Todas as idades	15.3	15.4	15.3	14.1	16.0	16.4	14.0	15.0	

Fonte: OMS – 2011.

Nota: Os países de alta renda são aqueles com uma renda bruta nacional (GNI) per capita de US\$ 10.066 ou mais em 2004, conforme estimado pelo Banco Mundial. Os países de renda baixa e média são agrupados de acordo com as regiões da OMS e são aqueles com uma RNB per capita de menos de US\$ 10.066 em 2004, conforme estimado pelo Banco Mundial. As deficiências graves

compreendem as classes VI e VII, as deficiências graves e moderadas, as classes III e acima. Data and statistics: country groups. Washington, World Bank, 2004

GRÁFICO I-ESTIMATIVA DE PREVALÊNCIA DE DEFICIÊNCIA MODERADA E SEVERA NO MUNDO – 2004



Source: WHO (2004)

O Gráfico I pertence ao South Ásia Network for Chronic Disease (SANCED), Índia, 2010. São apresentados dados da Organização Mundial de Saúde/2004 que demonstram a relação da deficiência moderada e severa em países de alta, média e baixa renda e na África em relação à idade.

A deficiência moderada e grave é maior nos países de baixa e média renda e na África, sendo que esta possui uma prevalência significativamente maior de deficiências severas em relação aos outros países.

O relatório Situação Mundial da Infância 2013: Crianças com Deficiência – Unicef mostra que crianças com deficiência são as menos propensas a receber cuidados de saúde ou ir à escola. Elas estão entre as mais vulneráveis a violência, abusos, exploração e negligência, especialmente se estão escondidas ou em instituições — como é o caso de muitas delas, ainda nos dias de hoje, em razão do estigma social ou do custo econômico para criá-las.

O resultado combinado é que as crianças com deficiência estão entre as pessoas mais marginalizadas no mundo. Crianças que vivem na pobreza estão entre aquelas com menor probabilidade de usufruir, por exemplo, dos benefícios da educação e de cuidados de saúde; mas para crianças que vivem na pobreza e

têm deficiência é ainda menor a probabilidade de frequentar a escola ou centros de saúde no local onde vivem.

Gênero é um fator-chave, uma vez que meninas com deficiência são menos propensas do que os meninos a receber alimentação e cuidados. Para muitas crianças com deficiência, a exclusão começa nos primeiros dias de vida, com o não registro de seu nascimento. Na falta de reconhecimento oficial, elas são cortadas dos serviços sociais e das proteções legais que são cruciais para a sua sobrevivência e suas perspectivas futuras (DEFICIENTE CIENTE, INFORMATIVO VIRTUAL, 2013).

O tratamento nas políticas públicas das Pessoas com Deficiência para a melhora nas condições de vida implica também um programa que cuide das doenças secundárias e comorbidades a partir de alguma deficiência definitiva e as formas de preveni-las. As pesquisas sobre qualidade de vida das pessoas com deficiência do Relatório Mundial sobre a Deficiência apresentam como doenças e fragilidades mais frequentes das Pessoas com Deficiência os hábitos alimentares inadequados, com consequência de sobrepeso, consumo de tabaco, pouca atividade física, consumo de álcool e de drogas. Como resultado desses comportamentos de riscos, estudos indicam que pessoas com deficiência são mais suscetíveis a desenvolver doenças crônicas (hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes).

O processo de envelhecimento começa mais cedo do que o normal para alguns grupos de Pessoas com Deficiência. Algumas Pessoas com Deficiência apresentam sinais de envelhecimento em torno dos 40 a 50 anos. Experimentam, portanto, com mais frequência problemas de saúde associados à idade. Pessoas com Deficiência correm mais risco de sofrer lesão não intencional e não fatal por acidentes de trânsito, queimaduras, quedas e acidentes relacionados aos dispositivos de ajudas técnicas.

Quanto ao risco de morte prematura, apesar de não ser possível uma generalização, pois as taxas de mortalidade variam em função de um conjunto de fatores, é fato que os avanços na medicina garantem em muitos casos maior sobrevivência de pessoas com doenças incapacitantes, no entanto, as más condições

primárias ou secundárias de saúde ou comorbidades podem ocasionar morte prematura.

Esses dados compõem alguns dos fundamentos sobre a importância das políticas de Atenção Básica a esse grupo populacional.

Uma análise sobre a existência ou não de barreiras de acesso aos serviços e a forma como se apresentam é muito importante para um estudo sobre políticas que favoreçam a melhoria nas condições dos serviços. Compreendem-se como barreiras de acesso não apenas as barreiras arquitetônicas, mas, principalmente, as limitações associadas às condições de financiamento e provisão de serviços, assim como a atitude dos profissionais de Saúde em relação à deficiência. Os dados da tabela abaixo demonstram o impacto das barreiras de acesso aos serviços de saúde para pessoas com e sem deficiência; em países de baixa e alta renda, em função da variável de gênero. Os dados foram destacados no Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS, 2011).

A Tabela III analisa a busca por serviços de saúde de pessoas com e sem deficiência em diferentes países.

TABELA III- PESSOAS QUE BUSCAM A ASSISTÊNCIA MÉDICA EM DIFERENTES MODALIDADES DE ATENÇÃO E NÃO RECEBEM – VARIAÇÃO POR GÊNERO E IDADE

Situação do Atendimento		Países de baixa renda		Países de alta renda		Todos os países	
		SEM DEFICIÊNCIA	Pessoas com deficiência	SEM DEFICIÊNCIA	Pessoas com deficiência	SEM DEFICIÊNCIA	Pessoas com deficiência
Homens	Procuraram internação	13.7	22.7*	21.7	42.4*	16.5	28.5*
	Procuraram atendimento ambulatorial	49.3	58.4*	55.0	61.8*	51.1	59.5*
	Precisaram, mas não receberam atendimento	4.6	6.6*	2.8	3.3	4.1	5.8*
Mulheres	Procuraram internação	16.8	21.9*	30.1	46.7*	20.9	29.0*
	Procuraram atendimento ambulatorial	49.6	59.3*	67.0	68.5	55.8	61.7*

	Precisaram, mas não receberam atendimento	4.8	6.1	1.8	4.6*	3.7	5.8*
19-49 anos	Procuraram internação	13.5	23.2*	23.1	46.6*	16.1	28.1*
	Procuraram atendimento ambulatorial	48.8	58.5*	56.7	63.4*	50.9	59.3*
	Precisaram, mas não receberam atendimento	4.3	6.2*	2.3	4.1	3.8	6.0*
	Procuraram internação	13.9	20.7*	22.1	42.9*	16.6	27.1*
50-59 anos	Procuraram atendimento ambulatorial	52.1	67.4*	61.4	74.9*	55.1	69.2*
	Precisaram, mas não receberam atendimento	4.2	6.7*	2.2	4.6	3.6	6.4*
	Procuraram internação	18.6	20.6	31.4	42.3*	23.7	29.9*
60 e mais anos	Procuraram atendimento ambulatorial	49.9	56.7	67.9	67.6	57.3	60.8
	Precisaram, mas não receberam atendimento	5.6	6.3	2.2	3.8	4.2	5.3

Fonte: World Health Survey. Geneva, World Health Organization, 2002–2004. Disponível em: (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, Acesso em 10 set 2010).

Observação: Estimativas foram apresentadas como médias ponderadas utilizando-se pesos pós-estratificados pela OMS, quando disponíveis (caso contrário foram utilizados, medias ponderadas de dados de probabilidade) e padronizados por idade.* O teste-t sugere uma diferença significativa de 5%, dos “não deficientes”.

Pode-se observar que a procura por assistência em saúde é maior nos países de alta renda; a busca de serviços de internação e ambulatorial é maior no grupo de pessoas com deficiência, em todas as idades, e em qualquer extrato econômico; em todos os países e na população em geral existe um número significativo relativo à procura por serviços de saúde sem sucesso, sendo a prevalência nos países de baixa renda e por pessoas com deficiência. A busca por internação de pessoas com deficiência tem maior concentração na faixa etária de 60 anos ou mais, já a busca por atendimento ambulatorial está entre 50 e 59 anos.

A Tabela IV demonstra o impacto das barreiras de acesso aos serviços de saúde para pessoas com e sem deficiência; em países de baixa e alta renda, em função da variável de idade. Igualmente à tabela anterior, os dados foram destacados do Relatório Mundial sobre a Deficiência – 2004 (OMS, 2011).

TABELA IV- BARREIRAS DE ACESSO EM PESSOAS SEM DEFICIENTES E COM DEFICIÊNCIA EM PAÍSES DE BAIXA E ALTA RENDA POR IDADE

	Países de baixa renda						Países de alta renda						Todos os países					
	S.D	PC	S.D	PC	S.D	PC	S.D	PC	S.D	PC	S.D	PC	S.D	PC	S.D	PC		
	18–49 anos						50-59 anos						60 anos acima					
Não puderam pagar a consulta	38.7	65.4*	14.1	27.7*	33.6	58.7*	49.6	67.4*	17.9	26.7	42.8	58.0	36.8	47.7	14.4	21.1	30.6	38.7
Falta de transporte	12.7	13.7	6.6	25.1	11.3	16.0	19.8	16.0	2.9	2.3	16.3	13.0	25.1	24.3	9.5	30.3*	20.6	22.0
Não puderam pagar pelo transporte	15.0	29.5*	4.6	11.2*	12.8	25.8*	23.1	33.0	0.7	4.0	18.5	26.3	23.6	27.5	1.9	28.5*	18.0	24.7
Equipamento de assistência médica inadequado	9.7	17.4*	9.2	29.3	9.5	20.3*	8.6	14.5	4.2	29.1	7.7	15.1	9.1	17.1	3.2	20.6	7.7	16.5
Competência inadequada do fornecedor da assistência à saúde	6.2	15.4*	10.9	18.4	7.4	16.3*	6.5	13.3	10.0	40.9*	7.2	17.6	4.1	11.8	6.6	18.5	4.8	14.8
Foram mal tratados anteriormente	5.1	15.1*	6.8	17.9*	5.5	15.5*	6.7	12.4	7.2	31.1	6.8	14.0	1.7	6.7*	8.7	36.7*	3.7	14.1
Não puderam dispor de tempo	9.0	13.4	8.8	23.9	8.8	15.8	8.8	9.7	14.9	10.8	10.2	9.7	5.4	4.1	2.7	1.2	5.1	3.2
Não sabiam aonde ir	7.0	11.9	2.0	9.0*	5.9	11.8*	11.6	18.5	6.5	4.5	10.5	15.6	4.5	13.8	9.0	37.6*	6.1	16.5
A pessoa não achou que o/a deficiente ou seu/sua filho(a) estivesse tão doente	40.2	30.6*	26.8	26.9	37.0	29.4	35.4	14.5*	38.2	5.3*	36.0	13.0*	31.8	32.7	56.2	21.6*	38.9	31.2
Tentou, mas o atendimento foi negado.	5.3	12.9*	27.5	49.5*	10.5	21.4*	6.4	17.9	18.0	55.3*	9.0	24.5*	2.6	7.8	4.5	62.1*	3.2	25.8*
Outros	16.0	13.5	17.5	14.4	16.2	13.3	18.6	12.8	34.8	44.5	22.1	19.9	27.7	25.2	12.2	35.5*	23.7	22.6

Fonte: World Health Survey. Geneva, World Health Organization, 2002–2004

Observação: Resultados são significativos, em cada caso, de acordo com o teste de chi-quadrado de Pearson, corrigido para o desenho da pesquisa. Estimativas foram ponderadas usando pesos pós-estratificados pela OMS, quando disponíveis. O teste-t sugere diferença significativa, de 5%, dos “não deficientes”.

A tabela acima com a variação da prevalência da ação das barreiras de acesso aos serviços de saúde de acordo com a idade mostra que Pessoas com Deficiência entre 50-59 anos nos países de baixa renda apresentam os maiores índices de barreiras de acesso decorrentes da dificuldade financeira para o pagamento de consulta (67,4%) e de transporte (33,0%). Apresentam também os maiores índices de barreiras de acesso relativo à competência inadequada do fornecedor da assistência à saúde (40,9%) nos países de alta renda. As pessoas com deficiência acima dos 60 anos apresentam os índices mais altos de barreiras de acesso em consequência de maus-tratos (36,7%), falta de transporte (30,3%), desconhecimento sobre locais dos serviços (37,6%) e de tentativas com negativas de assistência (62%), todas em países de alta renda.

Na faixa etária entre 18-49 anos figuram como principais barreiras de acesso: equipamento inadequado de assistência médica (29,3%), não pôde dispor de tempo (23,9%) e a pessoa não achou que o(a) deficiente ou seu(sua) filho(a) estivesse tão doente (40,2%).

Barreiras de acesso relacionadas aos níveis de provisão de recursos materiais e humanos para o tratamento de Pessoas com Deficiência em países de alta renda, observada nas três faixas etárias estratificadas, são mais altas do que nos países de baixa renda, o que reforça o entendimento de que barreiras de acesso não estão condicionadas somente às condições econômicas.

A falta de acesso por desconhecimento dos profissionais de Saúde sobre deficiência representa um grande prejuízo, pois retarda as possibilidades de investimento na criança e nos familiares, comprometendo drasticamente o processo de inclusão social.

Na Tabela V estão relacionadas barreiras de acesso quanto à variável de gênero nos diferentes níveis econômicos.

TABELA V- BARREIRAS DE ACESSO EM PESSOAS SEM DEFICIENTES E COM DEFICIÊNCIA EM PAÍSES DE BAIXA E ALTA RENDA POR GÊNERO

	Países de baixa renda		Países de alta renda		Todos os países		Países de baixa renda		Países de alta renda		Todos os países	
	S.D.	PCD	S.D.	PCD	S.D.	PCD	S.D.	PCD	S.D.	PCD	S.D.	PCD
	HOMENS						MULHERES					
Não puderam pagar a consulta	40.2	58.8	11.6	29.8	33.5	53.0	35.6	61.3*	25.8	25.0	32.2	51.5*
Falta de transporte	18.4	16.6	6.9	28.3*	15.2	18.1	14.0	18.1	7.9	20.4*	13.8	17.4
Não puderam pagar pelo transporte	20.1	30.6	2.1	16.9*	15.5	27.8*	15.3	29.4*	4.4	15.2*	13.3	24.6*
Equipamento de assistência médica inadequado	8.5	18.7*	5.0	27.8*	7.7	22.4*	10.2	17.0	8.4	25.7*	9.8	17.0*
Competência inadequada do fornecedor da assistência à saúde	5.8	14.6*	9.9	13.5	6.7	15.7*	5.3	13.6*	8.9	20.6*	6.3	15.7*
Foram maltratados anteriormente	4.6	17.6*	7.2	39.6*	5.1	23.7*	3.7	8.5*	9.3	20.1*	5.3	10.2*
Não puderam dispor de tempo	9.5	11.9	6.2	7.9	8.8	11.8	6.1	8.3	8.3	17.8	6.6	10.6
Não sabiam aonde ir	5.1	12.4	1.5	23.1*	4.3	15.1*	7.7	13.2	9.3	16.2	9.0	12.2
A pessoa não achou que o(a) deficiente ou seu(sua) filho(a) estivesse tão doente	42.6	32.2	44.1	18.0*	43.7	28.4*	30.7	28.2	21.3	22.6	29.3	29.3
Tentou, mas o atendimento foi negado	5.2	14.3*	18.7	44.3*	8.5	23.4*	3.8	9.0*	19.6	54.6*	7.3	21.7*
Outros	12.8	18.6	12.5	20.5	12.4	18.1	30.2	17.0*	23.0	24.0	28.5	16.4*

Fonte: World Health Survey. Geneva, World Health Organization, 2002–2004

Observação: Resultados são significativos, em cada caso, de acordo com o teste de chi-quadrado de Pearson, corrigido para o desenho da pesquisa. Estimativas foram ponderadas usando pesos pós-estratificados pela OMS, quando disponíveis. O teste-t sugere diferença significativa, de 5%, dos “não deficientes”.

A análise dos dados internacionais da distribuição do impacto de barreiras de acesso por gênero demonstra uma distribuição bastante variada entre homens e mulheres, não expressando um perfil profundamente assimétrico entre os gêneros.

Harrington et al. (2009) apontam que muitos serviços de Atenção Primária nos Estados Unidos não são estruturados para responderem integralmente às demandas de Pessoas com Deficiência no que se refere à acessibilidade física, comunicacional e mesmo atitudinal. Os autores identificam mais barreiras médicas (*physicianbarriers*) do que barreiras físicas (*physicalbarriers*) nos serviços, e

constatam que as pessoas com deficiência são mais sensíveis às barreiras de atitudes do que às físicas. Somente 2,67% dos sujeitos pesquisados relatam dificuldades de acesso ao consultório, mas 36,4% relatam que tiveram que ensinar ao seu médico sobre sua deficiência, saindo da consulta com a sensação de não terem suas necessidades totalmente atendidas, o que revela pouco conhecimento dos generalistas sobre questões relativas a essa questão.

O Relatório da OMS (2011) apresenta também dados referentes a países de renda média, que mais se aproximam da nossa realidade.

Pesquisas realizadas na África do Sul identificaram custo, distância e falta de transporte como as razões da não utilização dos serviços, juntamente com o fato destes não estarem mais sendo úteis, ou do indivíduo não estar satisfeito com os eles (OMS, 2011).

Pesquisa realizada nos estados de Uttar Pradesh e Tâmil Nadu, na Índia (país de renda média e com disparidades sociais gritantes), concluiu que custo (70,5%), falta do serviço na região (52,3%) e transporte (20,5%) eram as três principais barreiras ao acesso às Pessoas com Deficiência aos serviços de saúde (OMS, 2011). O Human Development Unit South Asia Region (2009) aponta outros fatores que conduzem ao baixo acesso aos cuidados entre as Pessoas com Deficiência: (a) falhas na identificação da deficiência e do sistema de certificação, baixo nível de qualificação dos fornecedores, baixa consciência entre as Pessoas com Deficiência e alcance rural pobre; (b) evidências disponíveis indicam que as atitudes de provedor continuam a ser um obstáculo ao acesso, com constrangimentos para as pessoas com deficiência nos serviços de saúde; (c) atitudes da comunidade também continuam a ser um obstáculo ao aumento da visibilidade dos serviços de saúde para as pessoas com deficiência, principalmente para aquelas com deficiência psicossocial; (d) acessibilidade física das unidades de saúde é uma questão importante, mais ainda em níveis mais elevados do sistema; (e) como famílias pessoas com deficiência são mais pobres do que a média, as barreiras financeiras ao acesso são maiores. Além disso, as pessoas com deficiência têm mais necessidade de serviços de saúde, aumentando ainda mais as suas despesas; e (f) saúde mental é uma área que

continua a sofrer especial negligência tanto na política quanto na sua implantação (HUMAN DEVELOPMENT UNIT SOUTH ASIA REGION, 2009).

TABELA VI- NECESSIDADES ATENDIDAS E NÃO ATENDIDAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – RELATADAS POR PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, EM PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Serviço	Namíbia		Zimbabuê		Maláui		Zâmbia	
	Necessidade	Recebido	Necessidade	Recebido	Necessidade	Recebido	Necessidade	Recebido
	%	%	%	%	%	%	%	%
Serviço de Saúde	90.5	72.9	93.7	92.0	83.4	61.0	76.7	79.3
Serviços de Previdência Social	79.5	23.3	76.0	23.6	69.0	5.0	62.6	8.4
Aconselhamento para genitor ou familiar	67.4	41.7	49.2	45.4	50.5	19.5	47.3	21.9
Serviços de Dispositivos Assistivos	67.0	17.3	56.6	36.6	65.1	17.9	57.3	18.4
Serviços de Reabilitação Médica	64.6	26.3	68.2	54.8	59.6	23.8	63.2	37.5
Aconselhamento para pessoas com deficiência	64.6	15.2	52.1	40.8	52.7	10.7	51.2	14.3
Serviços Educacionais	58.1	27.4	43.4	51.2	43.9	20.3	47.0	17.8
Treinamento Vocacional	47.3	5.2	41.1	22.7	45.0	5.6	35.1	8.4
Curandeiro Tradicional	33.1	46.8	48.9	90.1	57.7	59.7	32.3	62.9

Fonte: OMS 2011.

O Relatório OMS (2011) ressalta o problema da pouca informação sobre a atenção à saúde para as Pessoas com Deficiência ou suas necessidades gerais em saúde — limita-se ao dado que sinaliza apenas se foi procurado o “tratamento” para a deficiência.

A avaliação sobre acesso e acolhimento nos serviços de saúde não esgota a investigação. Outro tema pouco explorado nas pesquisas, mas que numa realidade de mudança de paradigmas e priorização de ações integrais de saúde

tem relevância é a análise da oferta e da qualidade desses serviços com indicadores sensíveis na avaliação quanto a possíveis mudanças na qualidade de vida dos usuários.

REALIDADE BRASILEIRA

No Brasil, as pesquisas sobre Pessoas com Deficiência se deram nos Censos de 1872, 1890, 1900, 1920 e 1940. Depois de cerca de meio século ausente dos censos brasileiros, em 1991 o tema retornou através de uma única questão que investigava a deficiência física e mental. A promulgação da Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre a inclusão social das Pessoas com Deficiência, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências, trouxe, entre outras garantias legais, a obrigatoriedade da inclusão, nos censos nacionais, de questões específicas sobre as pessoas com deficiência (LANNA, 2010).

A partir do Censo 2000, a metodologia de coleta de dados para o segmento está de acordo com as orientações do Grupo de Washington sobre Estatísticas das Pessoas com Deficiência (GW), no âmbito da Organização das Nações Unidas, que busca o conhecimento de todo o campo da deficiência e das barreiras que a sociedade impõe às pessoas com deficiência. No Censo de 2010 houve aprimoramentos que permitiram captar com mais precisão as características desse público (BRASIL, 2013).

O Censo IBGE se utiliza dos critérios padronizados mundialmente para classificação das deficiências, porém trabalha o tema apenas com frações amostrais padronizadas segundo o tamanho dos municípios.

No Censo IBGE de 2000 foram identificadas 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência, incluindo física e mental, o que representa 14,5% da população. A maioria das Pessoas com Deficiência no país era moradora de área urbanizada, possuía até três anos de escolaridade, era mulher, e quase a metade delas (48%) ocupava a posição de chefe de família. Nesse grupo estão incluídas as pessoas que se declaravam incapazes de ouvir, enxergar e andar.

O Censo IBGE de 2010 utilizou indicadores mais sensíveis de alteração da funcionalidade da amostra, introduzindo a opção “alguma deficiência”, e o resultado apontou aproximadamente 46 milhões de pessoas com alguma deficiência, correspondendo a 23,91% da população. A maior concentração de deficiência foi constatada entre as mulheres, da área rural, nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, distribuídas de acordo com a etnia na ordem de prevalência decrescente entre os grupos a seguir: 1º afrodescendentes; 2º pardas; e 3º indígenas.

TABELA VII- PERCENTUAL DE INCIDÊNCIA DE DEFICIÊNCIAS NACIONAL, POR REGIÃO, GÊNERO E RAÇA DE MAIOR PREVALÊNCIA (%)-BRASIL 2010

	CENSO-2000	CENSO-2010
MÉDIA NACIONAL	14,5	23,92
REGIÃO NORTE	16,7	23,4
REGIÃO NORDESTE	16,1	26,6
MULHERES	15,3	26,5
HOMENS	13,7	21,2
INDÍGENAS	17	20,1
AFRODESCENDENTES	17,5	27,1
PARDOS	17	23,8
POPULAÇÃO RURAL	15,1	23,9
POPULAÇÃO URBANA	14,3	23,9

Fonte: IBGE 2000 e 2010.

Reicher e Atalla (2011) chamam a atenção para as disparidades nos dados da Tabela VII quanto a gênero, etnia e idade, demonstrando que no Brasil o tema de inclusão possui fortes variedades regionais. Da leitura dos percentuais acima e da relação dos fatores econômicos e deficiência, abordados neste trabalho, pode-se extrair que a pobreza e a desigualdade são parte da realidade da vida das Pessoas com Deficiência. Esta realidade é perceptível quando se analisam informações relativas ao perfil e à situação de vida das pessoas que hoje vivem nos chamados bolsões de miséria.

A média nacional de Pessoas com Deficiência no Brasil, em torno de 24% da população, inclui as deficiências físicas, sensoriais (visual e auditiva) e múltiplas. O Sistema IBGE trabalhou a coleta de dados classificando-os quanto ao

grau, nas seguintes faixas: “alguma dificuldade”, “grande dificuldade” e “não realizam de modo algum”.

Considerando os objetivos desse trabalho, o estudo de políticas públicas para Pessoas com Deficiência que demandam intervenções sociais em todos os setores e de maior complexidade, faz-se necessário um recorte na amostra, considerando para nossos estudos apenas os grupos que integram os critérios de “grande dificuldade” e “não realizam de modo algum” as funções visual, motora, auditiva ou mental. Sendo assim, do total de Pessoas com Deficiência, 45.606.048 (23,91%) destacam-se — **15.750.969 correspondendo a 8,27% da população.**

Abaixo são apresentadas tabelas sobre a distribuição da deficiência no Brasil, analisando por tipo, idade e gênero.

Em termos percentuais, a deficiência visual é a que apresenta maior expressão, com 3,45% da população, seguida pela deficiência motora, com 2,33%, a auditiva, com 1,12% e, por último, a intelectual, com 1,37 da população.

TABELA VIII- POPULAÇÃO POR TIPO DE DEFICIÊNCIA (%)-BRASIL 2010

Tipo de deficiência permanente	
Deficiência visual - não consegue de modo algum	0,27
Deficiência visual - grande dificuldade	3,18
Deficiência auditiva - não consegue de modo algum	0,18
Deficiência auditiva - grande dificuldade	0,94
Deficiência motora - não consegue de modo algum	0,39
Deficiência motora - grande dificuldade	1,94
Mental/intelectual	1,37
TOTAL	8,27

Fonte: IBGE 2010.

Em relação à faixa etária, o grupo de pessoas com deficiência de moderada à grave apresenta maior concentração entre as de 15 e 64 anos, com 4,89%, seguido do grupo de 65 anos ou mais, com 2,79% e, por último, pelo grupo de 0 a 14 anos, com 0,58%.

TABELA IX- PERCENTUAL DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR TIPO DE DEFICIÊNCIA E GRUPOS DE IDADE – AMOSTRA BRASIL (%)– 2010

Grupos de idade	
0 a 14 anos	0,58
15 a 64 anos	4,89
65 anos ou mais	2,79

Fonte: IBGE 2010.

Na Tabela X é possível observar a distribuição de deficiências por tipo e faixa etária em termos percentuais e absolutos. Do total de aproximadamente 16 milhões de pessoas com grau de incapacidade grande ou severo, pode-se verificar que 59% pertencem ao grupo de idade entre 15 a 64 anos, 34%, com 65 anos ou mais, e 7% entre 0 a 14 anos de idade.

TABELA X- NÚMERO DE PESSOAS SEGUNDO TIPO DE DEFICIÊNCIA E IDADE QUE “NÃO CONSEGUE DE MODO ALGUM” E COM “GRANDE DIFICULDADE”– BRASIL – 2010

Tipo de Deficiência permanente	Idade	População	%
Deficiência Visual	0 a 14 anos	364.003	2,3
	15 a 64 anos	4.278.121	26,9
	65 anos ou mais	2.084.731	13,1
Deficiência Auditiva	0 a 14 anos	141.352	0,9
	15 a 64 anos	1.088.432	6,8
	65 anos ou mais	913.360	5,7
Deficiência Motora	0 a 14 anos	203.026	1,3
	15 a 64 anos	2.150.334	13,5
	65 anos ou mais	2.079.989	13,1
Mental/Intelectual	0 a 14 anos	391.265	2,5
	15 a 64 anos	1.808.663	11,4
	65 anos ou mais	411.608	2,6
TOTAL		15.914.884	100

Fonte: IBGE 2010.

Na distribuição por gênero existe uma diferença de 1,0% a mais entre as mulheres, como pode ser observado na tabela abaixo.

TABELA XI- POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA VISUAL (NÃO CONSEGUE DE MODO ALGUM / GRANDE DIFICULDADE), DEFICIÊNCIA AUDITIVA (NÃO CONSEGUE DE MODO ALGUM / GRANDE DIFICULDADE), DEFICIÊNCIA MOTORA (NÃO CONSEGUE DE MODO ALGUM / GRANDE DIFICULDADE), MENTAL/INTELECTUAL E GENERO (%), BRASIL 2010

HOMENS	3,63
MULHERES	4,63

Fonte: IBGE 2010.

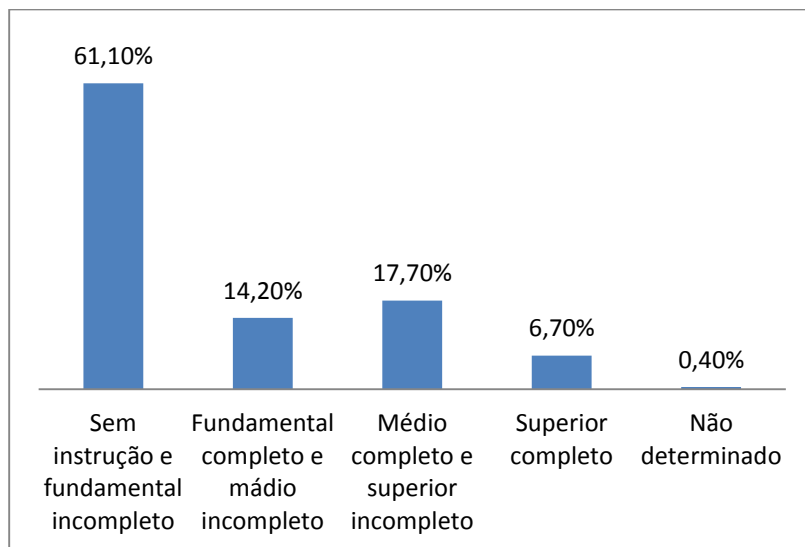
Determinada de conhecer a realidade socioeconômica e cultural das Pessoas com Deficiência, a primeira constatação importante é que no Brasil, tal qual a realidade internacional, existem poucas pesquisas voltadas para esse aspecto, apesar da importância do tema e da solicitação da sociedade civil de mais esclarecimentos sobre essa realidade.

No entanto, as condições socioeconômicas podem ser analisadas considerando os dados de grau de instrução, ocupação e taxa de atividade das Pessoas com Deficiência, e será a partir desses dados que tentaremos fazer essa análise.

A educação, medida por números de anos de estudo ou por níveis de ensino concluídos, influencia fortemente a renda dos trabalhadores. Quando ocorrem violações do direito à educação, na forma de crianças e adolescentes sem frequentar escolas, dificilmente o direito ao trabalho será respeitado ou o trabalho originará renda suficiente para prover uma vida com dignidade.

Segundo dados do IBGE – 2010 transcritos no Gráfico 2, mais da metade das Pessoas com Deficiência (61,1%) não têm instrução ou nível fundamental completo.

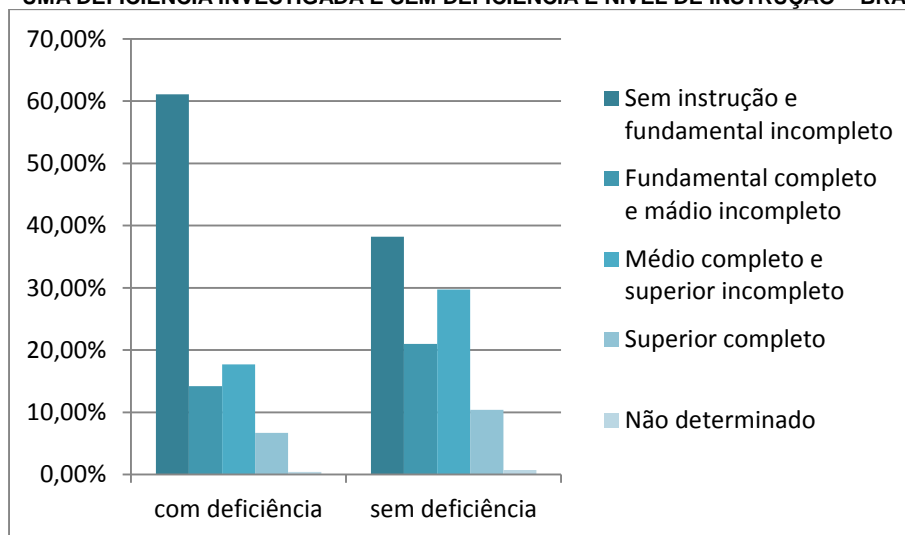
GRÁFICO 2- PERCENTUAL DA POPULAÇÃO DE 15 ANOS OU MAIS DE IDADE COM PELO MENOS UMA DEFICIÊNCIA INVESTIGADA E NÍVEL DE INSTRUÇÃO – BRASIL – 2010.



Fonte: IBGE 2010.

Comparando o grau de escolaridade entre a população com deficiência e a população geral do Brasil, pode-se observar que a variável da deficiência é de grande peso para o baixo índice de escolaridade, uma vez que a sua relação no grupo *sem instrução e fundamental incompleto* é quase duas vezes maior nas Pessoas com Deficiência do que nas pessoas sem deficiência, e no grupo *superior completo* é quase duas vezes menor.

GRÁFICO 3- PERCENTUAL DA POPULAÇÃO DE 15 ANOS OU MAIS DE IDADE POR PELO MENOS UMA DEFICIÊNCIA INVESTIGADA E SEM DEFICIÊNCIA E NÍVEL DE INSTRUÇÃO – BRASIL – 2010



Fonte: IBGE 2010.

Outro dado de relevância é a inserção no mercado de trabalho. Apesar da exigência legal de cotas para trabalhadores com deficiência, a participação de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, em 2010, ainda era baixa quando comparada à participação de pessoas sem deficiência.

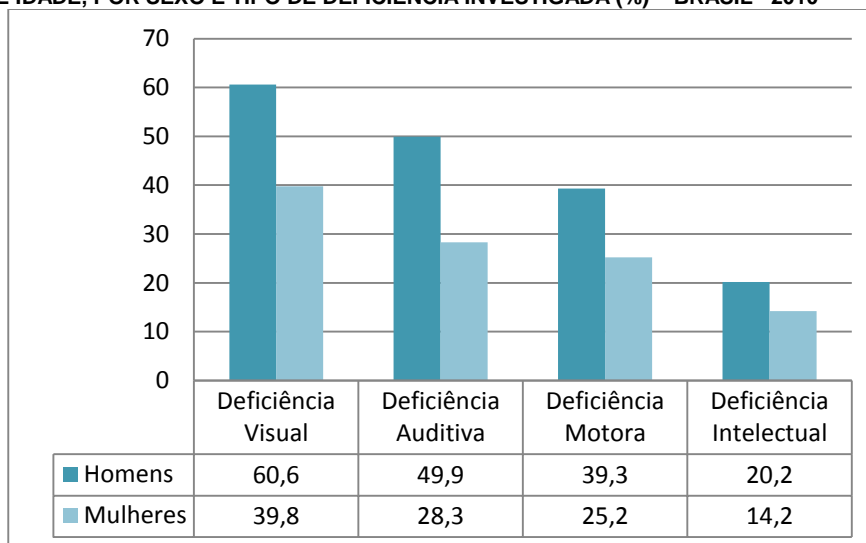
O nível de ocupação mede o percentual de pessoas de 10 anos ou mais, ocupadas na semana de referência. Em 2010, o total era de 86,4 milhões de pessoas com 10 anos ou mais ocupadas; desses, 20,4 milhões eram Pessoas com Deficiência, o que representa 23,6% do total. Uma vez que havia 44.073.377 pessoas com pelo menos uma deficiência em idade ativa, conclui-se que mais de 23,7 milhões não estavam ocupadas.

Para o total da população com deficiência, o nível de ocupação entre os homens é de 57,3% e entre as mulheres, 37,8%, uma diferença de 19,9 pontos percentuais.

O Gráfico 4 mostra a forma como se apresenta o Grau de Ocupação por sexo. É possível observar que no grupo de pessoas com deficiência há um agravante em relação ao gênero, uma vez que essa realidade é distinta e pior para as mulheres: 39,3% e 25,2% dos homens/mulheres com deficiência física; 60,6% e 39,8% de homens/mulheres com deficiência visual; 49,9% e 28,3% de homens/mulheres com deficiência auditiva; 20,2% e 14,2% de homens/mulheres com deficiência intelectual/autismo.

A diferença de nível de ocupação por gênero nas diferentes deficiências segue o mesmo padrão relatado anteriormente. Os homens com deficiência intelectual apresentam 6,1% a mais de ocupação do que as mulheres; homens com deficiência motora apresentam 14,1% a mais do que as mulheres; homens com deficiência auditiva apresentam 21,6% a mais do que as mulheres e, por fim, homens com deficiência visual possuem 20,8% a mais de ocupação do que as mulheres também com deficiência.

GRÁFICO 4- NÍVEL DE OCUPAÇÃO DA POPULAÇÃO DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE, POR SEXO E TIPO DE DEFICIÊNCIA INVESTIGADA (%) – BRASIL – 2010



Fonte: IBGE 2010.

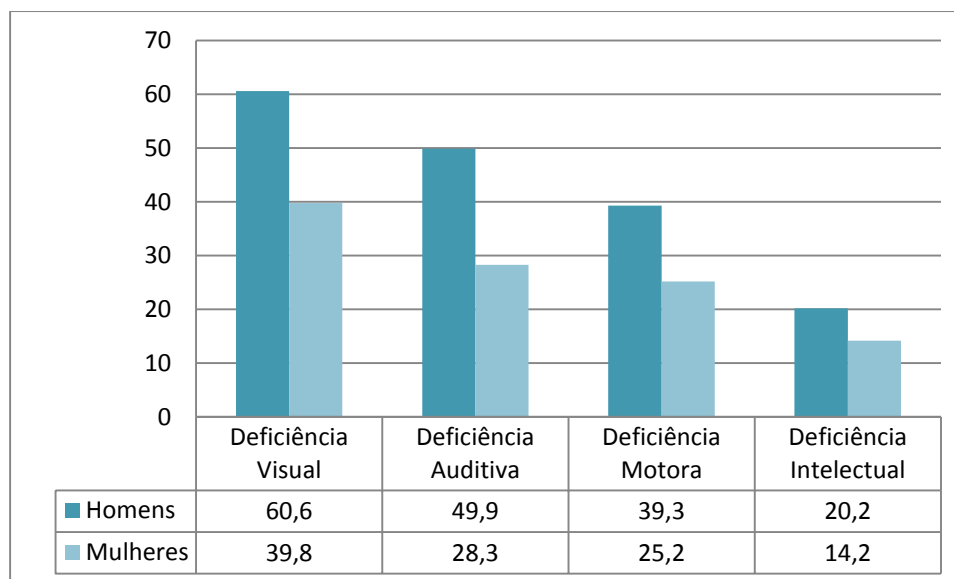
A taxa de atividade é um dos indicadores usados para aferir a inserção das pessoas no mercado de trabalho e mede o percentual de pessoas economicamente ativas na população de 10 ou mais anos de idade. Em 2010, a taxa de atividade para as pessoas com pelo menos uma deficiência, era de 60,3% entre homens e 41,7% entre mulheres, uma diferença de 18,6 pontos percentuais.

A taxa de atividade variou tanto em relação ao gênero como em relação aos tipos de deficiência. Na comparação por gênero, as mulheres apresentaram as menores taxas de atividade para todos os tipos de deficiência.

Quanto aos tipos de deficiência, a menor taxa de atividade ocorreu no segmento das pessoas com deficiência psicossocial ou intelectual, tanto para os homens quanto para as mulheres, com valores de 22,2% e 16,1%, respectivamente. A deficiência motora é a segunda mais restritiva, com taxas de 41,3% entre os homens e 27,4% entre as mulheres. Em terceiro lugar está a deficiência auditiva, com 52,4% para os homens e 31,3% para as mulheres. A deficiência visual foi a menos restritiva, e apresentou taxa de 63,7% para os homens e 43,9% para as mulheres. Com exceção da deficiência psicossocial ou intelectual, cuja diferença entre as taxas para homens e mulheres é de 6,1%, as diferenças entre as taxas de atividade para as demais deficiências são altas, de

13,9% para a deficiência motora, 21,1% para a deficiência auditiva e 19,8% para a deficiência visual.

GRÁFICO 5- TAXA DE ATIVIDADE DA POPULAÇÃO DE 10 ANOS OU MAIS DE IDADE COM PELO MENOS UMA DAS DEFICIÊNCIAS POR GÊNERO – BRASIL – 2010



Fonte: IBGE 2010.

Há falta de dados científicos no Brasil referente às condições de saúde das pessoas com deficiência, porém evidências crescentes sugerem que as Pessoas com Deficiência apresentam condições de saúde piores do que a população em geral. Diferentes acometimentos de saúde agravam a limitação de atividade ou restrição à participação. Desse “ponto de partida”, conhecido como condição primária de saúde, podem desenvolver quadros com deficiência que demandam grande necessidade de assistência de saúde.

Nesse sentido, os estudos sobre as barreiras de acesso aos serviços de saúde por pessoas com deficiência, num grupo cujas demandas de saúde são mais frequentes, são de grande importância. Uma pesquisa realizada em 240 Unidades Básicas de Saúde, de 41 municípios, com mais de 100 mil habitantes, de sete estados da região Sul e Nordeste do Brasil, revelou que 60% das UBS foram classificadas como inadequadas para o acesso de idosos e pessoas com deficiência. “A presença de degraus, a falta de corrimãos, rampas, banheiros

adaptados para os cadeirantes e salas de espera inadequadas às necessidades foram uma constante” (SIQUEIRA, 2009).

Observam-se também barreiras de acesso estabelecidas por critérios rígidos de elegibilidade nos serviços de saúde. Em pesquisa de Doutorado no município do Rio de Janeiro, sobre o acompanhamento de crianças com paralisia cerebral (PELOSI, 2008), observou-se nos serviços de saúde barreira de acesso para crianças acima de 6 anos de idade. O estudo revelou que quatro das seis unidades pesquisadas acompanham apenas crianças de 0 a 6 anos, na faixa etária pré-escolar, com quadros motores leves e moderados. As crianças com mais de 7 anos ou com quadros motores graves eram raramente citadas pelos profissionais, e apenas duas das unidades atendiam crianças com mais de 7 anos ou jovens. Dentre as causas, conforme a própria equipe, está a concepção do programa que estabelece o recorte de acompanhamento de crianças até 4 anos. Destaca-se o fato de não haver no município do Rio de Janeiro um programa de acompanhamento de crianças com alteração no desenvolvimento acima dos 6 anos. A autora destaca que crianças com deficiência motora grave, que frequentam a rede regular e especial de ensino, em sua maioria, não são atendidas pelos serviços de saúde. “Os profissionais da educação iniciaram suas ações e não encontraram no serviço público parceiros da área de saúde, em especial o terapeuta ocupacional em número suficiente para serem colaboradores no processo de inclusão escolar” (PELOSI, 2008).

Neri (2003) apresenta o Retrato da Deficiência no Brasil e nele utiliza dados da PNAD-1998 – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio de 1988, a partir de uma população que serve como *proxy* (pessoas que reportam possuir alguma dificuldade de caminhar ou subir escadas) sobre esse universo, uma vez que na pesquisa não existe uma avaliação do universo de Pessoas com Deficiência.

Os dados de saúde dessa pesquisa apontam que a cobertura de plano de saúde e a renda apresentam uma correlação estatística positiva, pois 21,39% da população das Pessoas com Deficiência possuem planos de saúde, ao passo que esse percentual para aqueles que se encontram no segundo decil de renda chega apenas a 2,31%, e para as Pessoas com Deficiência mais ricas (último decil),

61,54% desfrutaram de algum plano de saúde. O autor continua sua análise sobre a procura dos serviços de saúde, segundo a renda. E observa que os indivíduos com maior poder aquisitivo tendem a procurar mais os serviços de saúde por doença e prevenção, bem como o tratamento de reabilitação. Dentre os 10% das Pessoas com Deficiência, 2,3% dos que procuraram serviços de saúde o fizeram por motivos de rotina ou prevenção, ao passo que essa taxa dentre os mais ricos chega a 7,2%. O mesmo acontece com o tratamento de Reabilitação, uma vez que entre o decil de renda mais baixo apenas 0,5% procurou tratamento, enquanto um número mais representativo foi verificado entre os 10% mais ricos (2,2%). Neri conclui que tal fato evidencia que o acesso e o consumo dos serviços de reabilitação e tratamento são mais significativos nos estratos mais privilegiados de renda.

Souza e Carneiro (2007) ao analisarem o caso de Betim, município de MG, tomando de empréstimo informações disponibilizadas por pesquisa referente às pessoas com deficiência residentes no município, realizada pela Fundação João Pinheiro (FJP), no ano de 2005, observaram uma estreita relação entre baixas condições socioeconômicas e deficiência (FJP e col., 2005).

A Tabela XII relaciona salário mínimo agrupado com deficiência.

TABELA XII-DISTRIBUIÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E DE RESIDENTES, POR ÁREAS HOMOGÊNEAS AGRUPADAS SEGUNDO ESTRATOS DE RENDA MÉDIA DOMICILIAR – BRASIL – 2010.

ESTRATO	PCDS (%)	RESIDENTES (%)
Até 3 SM *	26,64	22,58
De 3 a 5 SM	55,97	52,04
De 5 a 8 SM	14,18	20,53
De 8 a 10 SM	3,21	3,62
Acima de 10SM	-	1,23
Total	100,00	100,00

Fonte: FIP e col., 2005.

(*) SM: salário mínimo, que correspondia, à época da pesquisa, ao valor de R\$ 300,00.

Pode-se destacar, pelos dados da tabela acima, que 74,62% da população do município de Betim se enquadram na faixa salarial inferior a cinco salários mínimos, e nesse grupo estão 81,73% das deficiências congênitas (situações

comprovadamente passíveis de redução através de medidas de prevenção e promoção de saúde) da área.

TABELA XIII- DISTRIBUIÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA SEGUNDO FATORES CAUSAIS SELECIONADOS, POR ÁREAS HOMOGÊNEAS AGRUPADAS SEGUNDO ESTRATOS DE RENDA MÉDIA DOMICILIAR (%)– BRASIL – 2010

ESTRATO	CONGÊNITA	QUADRO MÓRBIDO	ACIDENTE DE TRABALHO	ACIDENTE DE TRÂNSITO	SEQUELA DE VIOLÊNCIA	ADQUIRIDA NA TERCEIRA IDADE
Até 3 SM '	23,28	33,34	26,84	27,27	26,82	19,55
De 3 a 5 SM	58,45	49,88	50,28	52,35	53,64	59,47
De 5 a 8 SM	15,28	11,44	22,88	13,48	19,54	16,29
De 8 a 10 SM	2,99	5,29	-	6,90-		4,69
Acima de 10SM	-	-	-	-	-	-
Total	100	100	100	100	100	100

Fonte: FIP e col. 2005.

(*) SM: salário mínimo, que correspondia, à época da pesquisa, ao valor de R\$ 300,00.

Em pesquisa sobre as “Condições de vida das Pessoas com Deficiência no Brasil” – DATASENADO (2010), através de banco de dados do Instituto Brasileiro de Defesa do Deficiente – IBDD com 10.273 pessoas com deficiência em todas as regiões do Brasil, onde foram ouvidas 1.165 pessoas, sendo 759 deficientes físicos, 170 visuais e 236 auditivos, foi observado que a pessoa com deficiência física percebe melhora nas condições de vida mais acentuada do que a pessoa com deficiência auditiva. A percepção dominante é que a sociedade brasileira está procurando construir um novo padrão de relacionamento com a pessoa com deficiência, com melhor condição de vida e menos preconceito. Mas ainda há muito por fazer, uma vez que 77% das pessoas entrevistadas percebem que os seus direitos não são respeitados. Observa-se pela pesquisa que falta atuação mais firme do Estado na prevenção e no tratamento oferecido à Pessoa com Deficiência. O grupo com deficiência visual é o que mais se ressentente.

Pouco mais da metade desse grupo entrevistado encontra-se empregado e o setor privado é a área que mais oferece oportunidades. A discriminação no

ambiente de trabalho ainda é uma realidade, mesmo que parcial, representando 43% dos entrevistados. Esse índice sobe para 63% se a deficiência for auditiva. A legislação trouxe avanços para todas as pessoas, mas precisa ser ajustada para os casos específicos.

Na área educacional observam-se barreiras de acesso importantes. A dificuldade de se matricular na escola demonstra ainda a necessidade do país continuar investindo na inclusão. A pesquisa levantou perguntas sobre as possíveis causas de dificuldade de acesso da pessoa com deficiência na rede de ensino e para pessoas com deficiência auditiva, e a maioria aponta falta de capacitação dos professores, já para as pessoas com deficiência física, a principal causa é a falta de adaptações nas instalações físicas, e para pessoas com deficiência visual, a falta de material adaptado é a principal barreira de acesso.

TABELA XIV- PESQUISA DE OPINIÃO COM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA SOBRE BARREIRAS DE ACESSO À REDE DE ENSINO (%) – BRASIL – 2010.

	Total	Deficiência		
		Física	Auditiva	Visual
PROFESSORES SEM CAPACITAÇÃO	38	34	48	38
INSTALAÇÕES FÍSICAS NÃO ADPTADAS	33	40	25	17
MATERIAL DE ENSINO INADEQUADO	7	4	5	21
RELACIONAMENTO DIFÍCIL COM OS COLEGAS	16	16	15	17
DIFICULDADE PARA SE MATRICULAR	6	6	7	7
TOTAL	100	100	100	100
BASE	1165	759	236	170

Fonte: DataSenado- 2010.

A pesquisa mostrou problema na mobilidade pública apenas entre os deficientes visuais e físicos — 1/3 dos entrevistados destacam que as cidades brasileiras não têm ruas e calçadas adaptadas.

Os prédios públicos têm uma avaliação negativa tanto para deficientes visuais quanto físicos. A avaliação não retrata a falta de acesso ao deficiente auditivo, o que representa uma falha na pesquisa, levando-se em conta as evidências das barreiras de acesso nas edificações públicas e privadas que as pessoas com dificuldade auditiva sofrem tanto de atitude quanto de comunicação e informação.

TABELA XV- PESQUISA DE OPINIÃO COM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA SOBRE ACESSIBILIDADE FÍSICA EM PRÉDIOS PÚBLICOS (%) – BRASIL– 2010

	TOTAL	FÍSICA	VISUAL
A MAIORIA ESTA ADAPTADO	18	20	12
A MINORIA ESTÁ ADAPTADO	64	64	64
NENHUM ESTA ADAPTADO	14	13	21
NS/NR	4	4	4

Fonte: DataSenado – 2010.

Para a pesquisa, os prédios públicos estão mais adaptados do que os estabelecimentos comerciais.

TABELA XVI- PESQUISA DE OPINIÃO COM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA SOBRE ACESSIBILIDADE URBANA (%) BRASIL– 2010

O transporte público em sua cidade atende bem a você como pessoa com deficiência?(%)			
	Total	Deficiência	
		Física	Visual
Sim	43	43	41
Não	43	42	48
Não usa	11	13	8
NS/NR	2	2	3
Total	100	100	100
Base	929	759	170

Fonte: DataSenado – 2010.

Um dado importante da pesquisa é quanto aos transportes públicos. O resultado indica que a população está parcialmente satisfeita com os serviços, mas vai além quando esclarece que a questão do transporte não trata apenas da

melhoria na infraestrutura especial, é preciso também haver uma mudança cultural na sociedade. Instituir o respeito aos direitos da Pessoa com Deficiência.

TABELA XVII- PESQUISA DE OPINIÃO COM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA SOBRE ACESSIBILIDADE URBANA (%) – BRASIL– 2010

	TOTAL	DEFICIÊNCIA	
		FÍSICA	VISUAL
Faltam Transportes públicos adequados	49	52	48
Funcionários que não colaboram	27	25	30
Pessoa não respeitam assento preferencial	24	23	22
Total	100	100	100
Base	403	321	82

Fonte: DataSenado – 2010.

Os resultados acima mostram que a falta de colaboração dos funcionários das empresas de transporte público e de respeito pelo assento preferencial são dois outros problemas que contribuem para as más condições do transporte. Da realidade acima exposta resulta que quatro pessoas a cada dez já deixaram de ir a algum lugar por falta de adaptação nos veículos de transporte coletivo.

3- CAPÍTULO 2: O DIRECIONAMENTO INTERNACIONAL E A RESPOSTA BRASILEIRA

A base normativa internacional de Direitos Humanos surgiu após o cometimento do Holocausto quando, em 1948, a Organização das Nações Unidas – ONU adotou a Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH).⁴ O objetivo foi estabelecer um consenso acerca de uma “ética universal”, através da qual todos os países pudessem compartilhar valores básicos do bem comum e de garantia da dignidade humana. Esses procedimentos levaram a uma perspectiva que confirmou a indivisibilidade e a universalidade dos direitos humanos, presentemente incorporando três dimensões fundamentais: os direitos civis e políticos, tidos como de primeira geração; os direitos econômicos, sociais e culturais, de segunda geração; e os direitos ao desenvolvimento, à paz e ao meio ambiente, os de terceira geração. Desde então, estas três dimensões dos direitos humanos foram desdobradas e alguns dos temas regulamentados a partir da promulgação de documentos internacionais (BRASIL, 2008).

Vários segmentos da sociedade trataram de avançar com a discussão de defesa de direitos e buscam construir uma base legal, trabalhando pela formulação de convenções, declarações, resoluções e recomendações que legislem em defesa de seus direitos no plano internacional.

A partir desse marco legal (DUDH), documentos internacionais que fazem referência à Pessoa com Deficiência nos diversos setores e referem-se à saúde, ao trabalho, à educação, à acessibilidade urbana, aos direitos humanos, dentre outros foram publicados (ver Quadro no Anexo I).

Durante muitos anos, as Pessoas com Deficiência tiveram como porta-vozes das suas necessidades os profissionais que realizavam a sua assistência, mas de forma geral o que predominava era a ausência de vocalização. Vale ressaltar que isso se dava não porque não tivessem o que falar, mas sim pela falta de oportunidades ou de encorajamento para falar (BARTON,1993).

Na década de 1980, a partir da crítica ao Modelo Biomédico de compreensão da deficiência e a tomada de decisões após uma nova concepção

⁴ Resolução ONU nº 217 A (III).

sobre deficiência, pautada no Modelo Social da Deficiência, ocorre o deslocamento do tema deficiência dos espaços domésticos para a vida pública. “A deficiência não é matéria de vida privada ou de cuidados familiares, mas uma questão de justiça” (NUSSBAUM, 2007). Essa passagem simbólica da *casa* para a *rua* abalou vários pressupostos biomédicos sobre a deficiência (DINIZ, 2009).

Com isso, as reivindicações expandiram-se para o plano de direitos humanos, na luta pela emancipação. As Pessoas com Deficiência, por meio dos esforços de suas próprias organizações, passam a ganhar espaços de discussão internacionais com questões de necessidades de “direitos”, em especial na luta pela cidadania.

“O crescimento do interesse sociológico tem sido em identificar e criticar a visão individualista da deficiência e isso envolve analisar as formas como a legislação, política e prática contribuíram para a legitimação dos pressupostos e discurso da incapacidade” (DINIZ, 2009).

Marcos legal e histórico de grande importância no movimento de luta por respeito aos direitos das Pessoas com Deficiência passam a fazer parte do contexto internacional.

Um dos principais documentos internacionais que trataram do tema da pessoa com deficiência foi a Resolução nº 37/1982 da Assembleia-Geral das Nações Unidas, reunida em 3 de dezembro de 1982, ano seguinte ao Ano Internacional da Deficiência – 1981, no qual foi aprovado o “World Programme of Action Concerning Disabled Persons” (Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência). Este programa teve como propósito “promover medidas eficazes para a prevenção da deficiência e para a reabilitação e a realização dos objetivos de igualdade e de participação plena das Pessoas com Deficiências na vida social e no desenvolvimento”.

Outro marco importante foi o Decreto nº 3.956/2001, que promulgou a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência (OEA,1999). Conforme o texto do referido decreto, o termo “deficiência significa uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a

capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social”.

Em maio de 2001, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a International Classification of Functioning, Disability and Health — Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) —, da Organização Mundial da Saúde (OMS). A partir da CIF, a deficiência passa a ser compreendida como parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indica necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente (CIF, 2003).

Na avaliação da sociedade como um todo, e em especial para as Pessoas com deficiência, ainda faltava um tratamento legal internacional voltado para a temática dos direitos das Pessoas com Deficiência, o que foi alcançado com a Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD).

“Apesar dos diversos tratados, pactos e convenções internacionais em vigência que protegem os direitos humanos, as pessoas com deficiência com deficiência estão mais vulneráveis a situações de discriminação. A discriminação, a tutela e a caridade são instrumentos que tornam inválidas pessoas produtivas” (BRASIL, 2008).

Entre 2002 e 2006 foi elaborada, na ONU, a CDPD, e seu Protocolo Facultativo foi homologado pela Assembleia das Nações Unidas em 13 de dezembro de 2006, entrando em vigência em 3 de maio de 2008, após ultrapassar o mínimo de vinte ratificações.

A Convenção define deficiência a partir do novo paradigma, em que: Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas. Ou seja, esta definição traduz a essência do Modelo Social da Deficiência.

No sentido de conhecer os elementos norteadores da CDPD serão apresentados alguns de seus tópicos.

A CDPD define, em seu artigo 1º, que: “o propósito da presente Convenção é o de promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os

direitos humanos e liberdades fundamentais por parte de todas as Pessoas com Deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente”.

O legislador internacional preocupou-se mais com a garantia de que Pessoas com Deficiência possam gozar dos direitos humanos e de sua liberdade fundamental do que propriamente em instituir novos direitos. A técnica empregada foi adotar como parâmetro as condições de igualdade, tanto que, ao desdobrar o artigo, reforça a ideia de que barreiras sociais podem impedir a participação do segmento em condições de igualdade. Portanto, podemos concluir que a conduta adotada pelo legislador internacional, para que as Pessoas com Deficiência usufruam dos seus direitos e liberdades, é justamente a maior condição de igualdade (BRASIL, 2008).

No artigo 3º da CDPD, que trata dos Princípios Gerais, são enumerados, de modo sucinto, pontos essenciais de cumprimento obrigatório dos Estados-parte com as Pessoas com Deficiência:

A. “O respeito pela dignidade inerente, independência da pessoa, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e autonomia individual”

Garante para que todo ser humano, com suas qualidades ou defeitos, habilidades ou incapacidades, independência ou autonomia é digno de respeito na sua existência.

B. “A não discriminação”:

Com a eliminação de barreiras discriminatórias que rotulam pessoas antes mesmo de conhecê-las.

C. “A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade”.

Quando o meio social, em especial as famílias propiciam ambientes favoráveis à construção de indivíduos com aceitação e reconhecimento de suas habilidades possibilitando as trocas que são proveitosas tanto para a sociedade quanto para ele mesmo.

D. “O respeito pela diferença e pela aceitação das Pessoas com Deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade”:

As diferenças inerentes ao homem exigem um exercício de expansão de pouca intimidade na história da humanidade.

E. “A igualdade de oportunidades”.

Que se dá pelo cumprimento de políticas públicas de saúde, educação, trabalho e emprego, saneamento básico e justiça respeitando os princípios da universalidade.

F. “A acessibilidade”:

Possibilidade ao ingresso e permanência aos meios físicos e aos de comunicação (desenho universal) e aos sistemas, políticas, serviços e programas implantados pela comunidade.

G. “A igualdade entre o homem e a mulher”:

Na área das deficiências a condição feminina torna a mulher com deficiência particularmente vulnerável e em condições de desvantagem social, havendo uma sobre marginalização.

H. “O respeito pelas capacidades em desenvolvimento de crianças com deficiência e respeito pelo seu direito a preservar sua identidade”:

I. A possibilidade de atuar desde cedo numa perspectiva cultural nova, com educação, recursos, acolhimento possibilitando mudanças nas condições socioeconômicas e culturais das pessoas com deficiência.

Nessas bases foram pensadas as determinações setoriais da Convenção.

Entende-se que dos Princípios Gerais derivam todas as obrigações dos Estados definidas no rol das Obrigações Gerais e, posteriormente, em cada um dos artigos temáticos que demonstram a forma mais adequada de garantir direitos fundamentais para as Pessoas com Deficiência, devido às particularidades que são inerentes a elas. As afirmações dos Princípios e das Obrigações Gerais são os pontos centrais a serem analisados no aspecto da congruência ou não entre a Convenção e a legislação nacional (Brasil, 2008).

Maior (2008) quando compara a Lei nº 7.853/1989, que instituiu a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência o capítulo das normas gerais e o rol das Obrigações Gerais da Convenção observa que “a

diferença de dezoito anos entre esses documentos enfatiza a evolução dos processos para a cidadania das Pessoas com Deficiência, por meio da evolução de integração para inclusão social. A Convenção trata ainda, mostrando atualização, da questão de gênero e de crianças, por se tratarem de grupos vulneráveis.”

Destacam-se como obrigações dos Estados-parte:

Primeiramente o compromisso pela garantia e promoção do exercício dos direitos humanos e liberdade para todas as Pessoas com Deficiência sem qualquer forma de discriminação. Para isso os Estados-parte se comprometem a:

- Tomar todas as medidas apropriadas para proibir e eliminar a discriminação baseada em deficiência, por parte de qualquer pessoa, organização ou empresa privada.
- Elaborar medidas legislativas e administrativas considerando a situação de direitos apresentados pela Convenção, assim como o compromisso à desconstrução e à revogação de leis, determinações, costumes e práticas discriminatórias vigentes (BRASIL, 2008).

Devem se comprometer com: a inclusão da especificidade da deficiência na elaboração de todos os programas e políticas; os estudos, pesquisa e desenvolvimento de produtos, serviços, equipamentos e instalações com desenho universal, assim como a elaboração de novas tecnologias, inclusive as tecnologias da informação e comunicação, ajudas técnicas para locomoção e dispositivos; tecnologias assistivas adequados a Pessoas com Deficiência, com o mínimo possível de adaptações e possível de ser desenvolvido com baixo custo.

Os profissionais e equipes que tratam pessoas com deficiência devem pautar a sua prática nos princípios do Modelo Social da Deficiência e do respeito aos seus direitos, e os Estados-parte têm o compromisso de capacitar esses profissionais dentro desses preceitos básicos.

Maior (2008) esclarece quanto às relações de cooperação que podem ser estabelecidas a partir da Convenção:

“Os temas capacitação de profissionais e de equipes que trabalham com pessoas com deficiência, em relação aos direitos em geral, pertencem às obrigações das nações e podem ser efetivados com apoio da cooperação internacional, sem reduzir a responsabilidade imediata dos próprios

governos nacionais e igualmente cumpridas pelas unidades da federação, sem exceções aceitas pela Convenção.” (BRASIL, 2008 p. 35)

Devem ser garantidos recursos que possam facilitar a qualidade de vida de Pessoas com Deficiência, incluindo ajudas técnicas para locomoção, dispositivos de tecnologia assistiva, incentivo a pesquisa e o desenvolvimento de produtos e novas tecnologias adotando o desenho universal, bem como outras formas de assistência, serviços de apoio e instalações. Quando da elaboração de normas e diretrizes, devem promover a sua disponibilidade e utilização pelas Pessoas com Deficiência.

Em relação aos direitos econômicos, sociais e culturais, cada Estado-Parte se compromete a tomar medidas, tanto quanto permitirem os recursos disponíveis e, quando necessário, no âmbito da cooperação internacional, a fim de assegurar progressivamente o pleno exercício desses direitos, sem prejuízo das obrigações na presente Convenção que forem imediatamente aplicáveis de acordo com o direito internacional. (BRASIL, 2008 p. 136)

Trata-se, portanto de uma discussão dialética do papel do Estado e do sujeito.

No Brasil o movimento das lideranças da sociedade civil chama a atenção para o fato de que a incorporação na sociedade das diretrizes da Convenção deve considerar que existem fatores de responsabilidade tanto do Estado quanto da sociedade. O Estado compromete-se com a garantia de direitos e o sujeito com a autoria de sua história. (MARTINS, 2008). A autora na Convenção Comentada salienta:

O deslocamento da deficiência a partir de uma concepção puramente médica (sem deixar de considerar a importância do referencial médico) para uma compreensão da deficiência como parte da área de desenvolvimento social e de direitos humanos, conferindo-lhe uma dimensão mais personalizada e social, traduz a noção de que a pessoa, antes de sua deficiência, é o principal foco a ser observado e valorizado, assim como sua real capacidade de ser o agente ativo de suas escolhas, decisões e determinações sobre sua própria vida. Portanto, a pessoa com deficiência é, antes de mais nada, uma pessoa com uma história de vida que lhe confere a realidade de possuir uma deficiência, além de outras experiências de vida, como estrutura familiar, contexto social, cultural e nível econômico. E como pessoa, é ela quem vai gerir sua própria vida, mesmo que a deficiência, física, sensorial ou intelectual, imponha limites. Esta compreensão devolve à pessoa com deficiência uma posição ativa, que normalmente é desconsiderada social e

culturalmente, representando-a com uma mobilidade que lhe é negada, e retirando-a da condição de precisar ser tutelada pela família, pelas instituições e/ou pelo Estado. (BRASIL 2008 p. 28)

A participação da sociedade é reforçada nas Obrigações Gerais e Maior (2008) destaca a sua importância na elaboração e implementação de legislação e políticas para executar a presente Convenção e em outros processos de tomada de decisão, deverão ser consultadas as pessoas com deficiência, inovando a Convenção quando se refere inclusive às crianças com deficiência, que por intermédio de suas organizações representativas passam ativamente a tomar parte nas deliberações que se relacionam às suas vidas.

2.1- A LEGISLAÇÃO NACIONAL À LUZ DA CDPD

Como foi descrito na Introdução deste trabalho, existe uma estreita relação entre direito internacional dos direitos humanos e o direito interno. Este último deve lançar mão de medidas legislativas, administrativas, judiciais ou de outra natureza para dar cumprimento aos compromissos internacionais assumidos.

Mendes e Sposato (2011), analisando a forma como se desenvolve no Brasil a proteção dos direitos humanos e de cidadania, reforçam a importância da ratificação dos principais instrumentos internacionais de Direitos Humanos, tornando-os parte do ordenamento nacional, enquanto sinalizam para o art. 5º, § 2º, da CF que determina “direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte”. Esta possibilidade constitucional permite ampliar o elenco dos direitos fundamentais consagrados na Constituição, acolhendo também aqueles oriundos de tratados assinados pelo Brasil. Estabelece assim um status de norma constitucional, completando o rol de direitos assegurados pela ordem constitucional. Em seu § 1º, do mesmo artigo, a CF define que as normas garantidoras dos direitos fundamentais são de aplicação imediata, ou seja, são passíveis de exigibilidade imediata no ordenamento interno brasileiro.

O Estado brasileiro ratificou os principais instrumentos internacionais de Direitos Humanos que tratam de temas relativos à Pessoa com Deficiência.

Além disso, a Constituição Federal inclui entre os fundamentos do Estado brasileiro a cidadania e a dignidade da pessoa, estabelecendo como objetivo primordial a construção de uma sociedade livre, justa e solidária, além de comprometer-se com o desenvolvimento nacional, a erradicação da pobreza, a redução das desigualdades sociais e regionais e a promoção do bem-estar de todos, sem preconceitos ou discriminação de qualquer tipo. Ela obriga o país a reger suas relações internacionais pela prevalência dos Direitos Humanos (BRASIL, 2011).

No território nacional, os temas referentes às Pessoas com Deficiência são conduzidas na esfera dos Direitos Humanos desde 1995, quando passou a existir, na estrutura do governo federal, a Secretaria Nacional de Cidadania do Ministério da Justiça, vinculada à Secretaria Nacional de Direitos Humanos, hoje Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). A SNPD tem sob sua responsabilidade a função de coordenar, orientar e acompanhar as medidas de promoção, garantia e defesa dos ditames da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, mediante o desenvolvimento de políticas públicas de inclusão da Pessoa com Deficiência.

Se internacionalmente o marco da base normativa de Direitos Humanos é a Declaração Internacional de Direitos Humanos, de 1948, no Brasil o início do tratamento legal dos assuntos pertinentes à Pessoa com Deficiência ocorre efetivamente a partir do governo de Getúlio Vargas, e a partir da Constituição Federal de 1988 passa a ser expressiva a produção legislativa. As leis e decretos que asseguram direitos formais às pessoas com deficiência estão incluídos nesse movimento. Vale ressaltar a importância do processo de redemocratização vivido a partir de 1985, como pano de fundo. “A luta pelos direitos de cidadania no Brasil tem crescido desde o fim do regime militar, e muitos brasileiros com deficiência e sem deficiência foram e permanecem ativos neste esforço contínuo” (LANNA; MARTINS, 2010).

No Brasil, a implantação de políticas públicas e de legislação com base na Convenção⁵ está se dando através de um processo lento, muito aquém das necessidades das Pessoas com Deficiência.

“A Convenção foi o primeiro instrumento internacional juridicamente vinculativo da nação para servir como uma força transformadora na vida de todos os cidadãos com deficiência no Brasil, servindo como base para movimento social formalizar e legitimar os seus objetivos, e colocar a deficiência na agenda nacional do Brasil pela primeira vez” (KIRAKOSYAN, 2012).

As estruturas e normas do modelo de governo vão interferir e influenciar na efetivação das políticas públicas e, no nosso caso, serão regidas por um sistema governamental Federativo, o Poder Executivo, que protagoniza a coordenação e implantação das políticas. No tratamento dos temas referentes às Pessoas com Deficiência as diretrizes nacionais são coordenadas pela Secretaria Nacional de Direitos Humanos, mas a concretização vai depender de responsabilidades compartilhadas entre a União, estados, municípios e Distrito Federal. Vão depender da incorporação da força política e de pressões na agenda dos gestores desses diferentes níveis governamentais para a elaboração, execução e regulação de políticas públicas, tanto quanto da criação de espaços de participação e controle social nos Poderes Judiciário e Legislativo, no Ministério Público e nas Defensorias, em ambiente de respeito, proteção e efetivação dos Direitos Humanos. O conjunto dos órgãos do Estado — não apenas o Executivo Federal — deve estar comprometido com a implantação e o monitoramento dessas políticas. Sua implantação visa fortalecer a democracia participativa, na qual o Estado atua como instância republicana da promoção e defesa dos direitos humanos e a sociedade civil como agente ativo — propositivo e reativo — de sua implantação.

Estados federativos, estados e municípios — porque dotados de autonomia política e fiscal — assumem funções de gestão de políticas públicas ou por própria

⁵ “A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e seu Protocolo Facultativo foram firmados pelo Estado brasileiro em 30 de março de 2007. Ao ser aprovada pelo Congresso Nacional torna-se um marco histórico nas políticas focalizadas da pessoa com deficiência.” (LANNA, MARTINS, 2010).

iniciativa, ou por adesão a algum programa proposto por outro nível mais abrangente de governo, ou ainda por expressa imposição constitucional. Cada ente federativo goza de autonomia constitucional, poder político e autoridade administrativa definida, de forma que o governo nacional e os subnacionais guardam certa independência em sua esfera de atuação. Assim, a transferência de atribuições entre níveis de governo supõe a adesão do nível de governo que passará a desempenhar as funções que se pretende que sejam transferidas (ARRETCHE, 1997).

Nas batalhas travadas pelo movimento de garantia dos Direitos das Pessoas com Deficiência, a sociedade civil desempenhou papel de destaque. Muitas organizações da sociedade civil foram ativas na sensibilização dos legisladores a respeito do problema e sua importância através de campanhas públicas, o que ajudou a mobilizar os votos. Organizações de defesa de direitos das Pessoas com Deficiência participaram ativamente das deliberações relativas às políticas e às ações específicas para implantar CRPD, desde a sua ratificação. A nova abordagem foi incorporada nos planos de direitos humanos mais abrangentes e de longo prazo do Estado e programas: PNDH-3 e do Plano de 2022 (KIRAKOSYAN, 2012).

Maier (2008) comenta:

No que se refere às Pessoas com Deficiência, o Brasil possui uma legislação avançada e um conjunto de políticas públicas dirigidas a essa população. Nada aconteceu por acaso ou como benesse. Cada resultado foi marcado pela luta ininterrupta e pela intransigente promoção e defesa dos direitos desse grupo. As pessoas com deficiência escrevem no Brasil e na ONU a sua história, cada vez com mais avanços e conquistas que se traduzem em redução das desigualdades e equiparação das oportunidades. (BRASIL, 2008 p. 21)

Para o tratamento do tema da atenção em Saúde para as pessoas com deficiência, com um olhar contemporâneo, este estudo reforça a importância de absorver a perspectiva ampliada de Saúde dada pela Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) e o “novo” conceito sobre a Deficiência, apoiado no Modelo Social da Deficiência.

Sendo assim, para a avaliação da proposta da política internacional de Saúde apresentada pela Convenção de Direitos da Pessoa com Deficiência será destacado outros pontos da Convenção que atravessam o referido tema. Nos pontos elencados serão apresentadas as respostas brasileiras na forma de legislação e determinações para o cumprimento de suas metas. Algumas leis fazem referência especificamente à Pessoa com Deficiência, outras (no caso de leis gerais), pela sua magnitude, atendem a população como um todo, com ou sem deficiência.

A escolha dos temas é uma tarefa difícil, pois todos tratam de direitos essenciais para garantir condições de vida satisfatórias, estando, portanto diretamente relacionados à saúde. Entretanto, foram selecionados apenas aqueles mais pertinentes, de acordo com a experiência empírica da autora.

2.1.1-Igualdade e não discriminação (Anexo II)

A igualdade e a não discriminação são tratadas no texto da Constituição brasileira e em normas legais do Código Penal. Em leis que definem crimes de tortura e no Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civil da União, das autarquias e das fundações públicas federais fazem referência às pessoas com deficiência. Merecem menção os termos relativos à igualdade e a não discriminação às Pessoas com Deficiência citados na Lei nº 11.340, de 7/8/2006, que cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher (Lei Maria da Penha) e na política específica de promoção da igualdade de gênero, expressa no II Plano Nacional de Políticas para Mulheres (II PNPM), que trata dos direitos de mulheres e meninas com deficiência.

2.1.2- Mulheres com deficiência

O II Plano Nacional de Políticas para Mulheres destina-se à defesa dos direitos de todas as mulheres, sem distinção, bem como à promoção da igualdade de gênero em todas as instâncias das relações sociais, entendendo que estão envolvidos os temas de educação inclusiva, trabalho, ciência e tecnologia e saúde.

No que tange ao enfrentamento da violência contra as mulheres, o II PNPM estabelece, no seu Capítulo 4, Objetivo Específico, item IV: “Elaborar e distribuir Diretrizes Estratégicas sobre Saúde de mulheres com deficiência” — sob a

responsabilidade do Ministério da Saúde, em parceria com a SPM, a Secretaria de Direitos Humanos, a Secretaria de Promoção da Igualdade Racial, universidades, entidades científicas, movimentos feministas e de mulheres.

2.1.3- Criança com deficiência (Anexo III)

Existem leis e decretos que estabelecem bases de direitos para salvaguardar a criança e que definem pontos sobre as crianças com deficiência. Além da legislação, foi criado, em 1991, o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), previsto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente como principal órgão do sistema de garantia de direitos e gestor do Fundo Nacional da Criança e do Adolescente. Por meio de gestão compartilhada, governo e sociedade civil definem as diretrizes para a Política Nacional de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente.

A Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente – SNPDCA, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, tem a missão de coordenar a política de promoção, defesa e garantia dos direitos da criança e do adolescente no âmbito nacional e interministerial, além de zelar pelo cumprimento do ECA, para garantir esses direitos humanos e a criação das condições necessárias para o seu pleno desenvolvimento.

Além disso, existem planos nacionais, com representações de vários ministérios, de conselhos e de organismos internacionais. O Brasil conta hoje com o Plano Nacional de Atendimento Socioeducativo (2006); Plano Nacional de Enfrentamento da Exploração Sexual (2002); Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente (2003); Plano Nacional de Convivência Familiar Comunitária (2006); Plano Presidente Amigo da Criança e do Adolescente (2004); Plano Nacional de Educação (2000), Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania – PRONASCI (2007) e o Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte – PPCAAM (2003), entre outros.

2.1.4- Acessibilidade (Anexo IV)

A legislação nacional sobre acessibilidade é farta e aborda um número expressivo de temas importantes para o contexto das pessoas com deficiência.

Dentre eles estão: o tratamento de símbolos de acesso, normas para a promoção da acessibilidade, regulamentação da língua de sinais, normas para a rede de transportes urbanos, dentre outras.

2.1.5- Direito à vida (Anexo V)

O *Direito à Vida* é tratado em termos de leis que garantem condições mínimas de vida em casos de extrema pobreza pelo Benefício de Prestação Continuada – BPC. Trata-se de uma política nacional voltada à Pessoa com Deficiência sem condições materiais para garantir a vida independente e para o trabalho, em extrema situação de pobreza, considerando uma renda familiar per capita inferior a $\frac{1}{4}$ (um quarto) do salário mínimo, ou seja, famílias em plena vulnerabilidade social. Visa ao enfraquecimento da pobreza, à garantia de provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais.

2.1.6- Acesso à justiça (Anexo V)

O *Acesso à Justiça* é tratado pela Constituição em seu art. 5º; nas Leis nºs 10.048/2000 e 12.009/2009 que determinam prioridade no atendimento e na tramitação de processos em que figurem como parte ou interessados Pessoa com Deficiência. No Poder Judiciário, a Recomendação nº 27/2009, do Conselho Nacional de Justiça – CNJ orientou os Tribunais a adotarem medidas para remoção de barreiras físicas, arquitetônicas, de comunicação e atitudinais de modo a promover o amplo e irrestrito acesso das Pessoas com Deficiência às suas dependências e a seus serviços.

2.1.7- Liberdade e segurança da pessoa (Anexo VI)

Apresenta destaque o Decreto nº 7.235, de 19/7/2010, que regulamenta a Lei nº 12.190, de 13/1/2010, que concede indenização por dano moral às pessoas com deficiência física decorrente do uso da talidomida.

2.1.8- Direito de não ser submetido à tortura e a outros tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes.

O *Direito de não ser Submetido à Tortura e a Outros Tratamentos Cruéis, Desumanos ou Degradantes* está, de certa forma, garantido no art. 227 da Constituição Federal, que estabelece como dever da família, da sociedade e do

Estado colocar a criança e o adolescente a salvo de toda forma de negligência, exploração, violência, crueldade e opressão. Outra referência está presente na Lei contra Tortura (Lei nº 9.455/1997), que prevê um aumento de pena de 1/6 (um sexto) a 1/3 (um terço) se o crime for praticado contra Pessoas com Deficiência.

A nossa realidade é que os temas de maus-tratos e tratamentos desumanos permeiam a história e cotidiano das Pessoas com Deficiência hoje, o que preocupa o fato de que maneira oferecem aporte necessário para enfrentar e dizimar esse problema.

2.1.9- Direito de não ser submetido à exploração, à violência e ao abuso (Anexo VII)

Para o tratamento do art. 16, que aborda o tema sobre o *Direito de não ser Submetido à Exploração, à Violência e ao Abuso*, destaca-se a Lei nº 12.015, de 2009 que dispõe sobre crimes hediondos do Código Penal. Na parte “Dos Crimes Contra Costumes” dispõe que os crimes sexuais contra vítimas com enfermidade ou deficiência mental têm pena aumentada.

2.1.10- Inclusão e o direito à educação (Anexo VIII)

O art. 24 aborda a *Inclusão e o Direito a Educação*. Um número significativo de leis e decretos trata do tema e foram adotadas medidas pelo Estado para garantir que todas as crianças com deficiência tenham acesso à educação pré-escolar e ao ensino primário, secundário e superior, e as escolas e os materiais sejam acessíveis. Cabe relacionar:

- Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva/MEC – 2008.
- Resolução nº 04/2009, do Conselho Nacional de Educação, a qual dispõe sobre a oferta do atendimento educacional especializado, complementar ao ensino regular, que integra o projeto pedagógico da escola.
- Programa do Benefício de Prestação Continuada na Escola (Portaria Interministerial nº 18/2007; Ministérios da Saúde, Educação, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Direitos Humanos), que tem por objetivo a inclusão, monitoramento e fomento do acesso e da permanência na escola regular de crianças e adolescentes (0 a

18 anos) com deficiência, de baixa renda, identificando as barreiras (arquitetônicas, atitudinais, acesso a serviços públicos) que as impedem de frequentar a escola. Este trabalho exige agregação de esforços dos três entes federados, principalmente para a efetivação das ações necessárias à eliminação de barreiras e à inclusão das crianças/adolescentes na escola.

- Programa de Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais, desenvolvido pela Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação.
- Programas de distribuição de livros didáticos e paradidáticos pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento Educacional – FNDE, que contemplam ações para a garantia da acessibilidade.
- Programa Escola Acessível, o qual promove ações de acessibilidade, disponibilizando recursos de Tecnologia Assistiva e adequação arquitetônica.
- Decreto nº 7.084/2010, que dispõe sobre os programas de material didático e prevê a adoção de mecanismos para acessibilidade aos alunos e professores com deficiência das escolas públicas.
- Programa Saúde na Escola (PSE).

2.1.11- Trabalho e emprego (Anexo IX)

A Área Técnica de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde, em conjunto com estados e municípios componentes da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST), desenvolve diagnóstico e notificação de agravos relacionados ao trabalho, em especial aqueles constantes da Portaria MS nº 777/2004, de notificação compulsória em rede de serviços sentinela de saúde do trabalhador.

2.1.12- Padrão de vida e proteção social adequado (Anexo XII)

Nos últimos 30 anos, o Brasil criou importantes dispositivos visando à garantia de políticas públicas de benefícios sociais. Em relação às pessoas com deficiência, a produção dessa extensa legislação expressa os avanços nesse campo em comparação aos direitos civis e políticos.

Proteger socialmente as pessoas deficientes significa a responsabilidade do Estado democrático em atender uma demanda específica para promover justiça e não meramente uma medida paternalista ou benevolente. A guinada teórica que permitiu desvendar a deficiência antes restrita à esfera individual e patológica, passando a ser uma questão social pautada na responsabilidade do Estado em promover justiça social, lançou luz sobre o debate dos direitos das pessoas portadoras de deficiência. E, conseqüentemente, transferiu a atribuição do cuidado e proteção do campo da benevolência ou atribuições familiares para o campo da garantia de direitos fundamentais, amparada em princípios éticos e na solidariedade como uma questão pública (SANTOS, 2011).

Santos (2011), em sua análise sobre o Benefício de Prestação Continuada, esclarece:

Sendo assim, em sociedades com valores democráticos, dispor de mecanismos institucionais para proteger as diversidades implica em definir quais diversidades devem ser protegidas e como protegê-las. O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é uma política pública de combate às desigualdades das mais importantes no país para as pessoas pobres deficientes. (SANTOS, 2011 p 788)

2.1.13- Saúde (Anexo IX)

É de grande interesse nesse trabalho a análise da interface das determinações da Convenção sobre Saúde e o direcionamento dos cuidados de saúde tratados no território nacional.

Em relação à assistência à saúde, os Estados que ratificaram a CDPCD assumem compromissos extremamente abrangentes e complexos, que desafiam os seus sistemas nacionais de saúde. No art. 25, a CDPCD estabelece que os Estados nacionais reconheçam que as Pessoas com Deficiência têm o direito de usufruir o padrão mais elevado possível de saúde, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados nacionais deverão tomar todas as medidas apropriadas para assegurar o acesso de Pessoas com Deficiência a serviços de saúde sensíveis às questões de gênero, incluindo a reabilitação relacionada à saúde.

Em especial, os Estados ratificaram as diretrizes de:

- a) Estender a pessoas com deficiência a mesma amplitude, qualidade e padrão de programas e cuidados de saúde gratuita ou acessível,

inclusive na área de saúde sexual e reprodutiva e de programas de saúde pública;

b) Propiciar aqueles serviços de saúde que as pessoas com deficiência necessitam especificamente, inclusive identificação, diagnóstico e intervenção precoces, bem como serviços projetados para minimizar e prevenir deficiências adicionais, inclusive entre crianças e idosos;

c) Propiciar estes serviços de saúde em locais o mais próximo possível de onde vivem tais pessoas, inclusive na zona rural;

d) Exigir dos profissionais de saúde o atendimento com a mesma qualidade para pessoas com deficiência que para outras pessoas, incluindo, com base no livre e informado consentimento, entre outros, a conscientização sobre direitos humanos, dignidade, autonomia e necessidades das pessoas com deficiência, através de capacitação e promulgação de padrões éticos para serviços de saúde públicos e privados;

e) Proibir a discriminação contra pessoas com deficiência na provisão de seguro de saúde e seguro de vida, caso tais seguros sejam permitidos pela legislação nacional, os quais deverão ser providos de maneira razoável e justa; e

f) Prevenir a recusa discriminatória de serviços de saúde ou de atenção à saúde por motivo de deficiência. (CDPCD-2007)

A CDPCD aponta as seguintes orientações para a organização da assistência à saúde nos contextos nacionais:

- Acessibilidade – acabar com a discriminação contra as pessoas com deficiência no acesso à assistência médica, serviços de saúde, comida e bebida, e seguros de vida e saúde. Isto inclui tornar acessível também o meio ambiente.
- Disponibilidade – garantir que pessoas com deficiências tenham à disposição a mesma variedade, qualidade e padrão de assistência médica gratuita que os demais.
- Facilidade de acesso – colocar serviços de pronto atendimento e tratamento tão próximo quanto possível das comunidades em que as pessoas vivem.
- Qualidade – garantir que os trabalhadores da saúde deem às pessoas com deficiências a mesma qualidade de assistência que dispõem aos demais (CDPCD- 2007).

Pela Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde é direito de todo cidadão e um dever do Estado; sendo assegurada a atenção gratuita a todos. Há marcos legais que garantem a qualidade e o acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), à Atenção Básica, aos serviços especializados de média e alta complexidade, ambulatoriais e hospitalares. Nesses termos, as Pessoas com Deficiência têm o direito de ser atendidas nos serviços de saúde do SUS, nas Unidades Básicas de Saúde municipais (Saúde da Família), nos Centros de Especialidades, nos Serviços de Reabilitação e nos hospitais. Elas têm direito a consulta médica, tratamento odontológico, consulta e procedimentos de

enfermagem, visita dos Agentes Comunitários de Saúde, exames complementares para diagnóstico e medicamentos distribuídos pelo SUS. Também têm direito a receber os cuidados que se referirem à sua condição específica, de acordo com a deficiência que apresentam, e as órteses, as próteses e os meios auxiliares de locomoção de que necessitam complementarmente ao trabalho de reabilitação e terapia, realizado nos serviços de reabilitação próprios ou conveniado ao SUS.

A concretização desses direitos, no território nacional, tem avançado de forma diversa em cada região do país, tendo em vista as grandes diferenças socioeconômicas e culturais existentes, e a relativa independência dos entes federados na gestão e execução das políticas estaduais e locais de saúde. Assim, nem todos os serviços da rede básica de saúde estão preparados em termos de acessibilidade e capacitação dos profissionais para acolher e tratar as Pessoas com Deficiência.

2.1.14- Habilitação e reabilitação (Anexo X)

1. Os Estados - parte tomarão medidas efetivas e apropriadas, inclusive mediante apoio dos pares, para possibilitar que as pessoas com deficiência conquistem e conservem o máximo de autonomia e plena capacidade física, mental, social e profissional, bem como plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida. Para tanto, os Estados-parte organizarão, fortalecerão e ampliarão serviços e programas completos de habilitação e reabilitação, particularmente nas áreas de saúde, emprego, educação e serviços sociais, de modo que esses serviços e programas:

- Comecem no estágio mais precoce possível e sejam baseados em avaliação multidisciplinar das necessidades e pontos fortes de cada pessoa;

- Apoiem a participação e a inclusão na comunidade e em todos os aspectos da vida social, sejam oferecidos voluntariamente e esteja disponível às pessoas com deficiência o mais próximo possível de suas comunidades, inclusive na zona rural.

2. Os Estados-parte promoverão o desenvolvimento da capacitação inicial e continuada de profissionais e de equipes que atuam nos serviços de habilitação e reabilitação.

3. Os Estados-parte promoverão a disponibilidade, o conhecimento e o uso de dispositivos e tecnologias assistivas, projetados para pessoas com deficiência e relacionados com a habilitação e a reabilitação. (CDPCD- 2007)

A base legal específica da Saúde expressa através de leis e portarias que definem o padrão de funcionamento sobre os serviços é recente.

Na Constituição de 1988, a atenção à saúde da Pessoa com Deficiência é apontada como prioridade. Em seu Capítulo II, art. 23, determina que “é competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”.

A Lei nº 7.853/1989, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiências e a sua integração social, no que se refere à saúde, atribui ao setor a responsabilidade pela promoção de ações preventivas; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiências, desenvolvidos com a participação da sociedade (art. 2º, inciso II).

O Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, instituído pela Portaria nº 827/1991, no âmbito do Ministério da Saúde, foi uma conquista importante das pessoas com deficiência, e tem como objetivo promover a redução da incidência de deficiência no país e garantir a atenção integral a tal população na rede de serviços do SUS. No processo de estruturação do citado programa, o Ministério da Saúde editou um conjunto de portarias (anexo XII) que estabelecem normas e incluem os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no SUS, regulamentando, inclusive, a concessão de órteses e próteses.

A Política Nacional de Saúde para Pessoas com Deficiências (Portaria MS/GM nº 1.060/2002) estabelece que a reabilitação deva propiciar o desenvolvimento das capacidades e habilidades, dos recursos pessoais e comunitários para promover o máximo de independência e a participação social das pessoas com deficiência (inclusão no mercado de trabalho, educação, esporte, lazer, turismo etc.). Faz parte do processo de reabilitação o diagnóstico, a avaliação e o tratamento por equipe multiprofissional (médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais,

enfermeiros, nutricionistas, e outros), a concessão de órteses e prótese e os meios auxiliares de locomoção e demais ajudas técnicas. A Política também estabelece responsabilidades das três esferas de governo, bem como prevê o controle social para sua implantação efetiva.

O Decreto nº 6.215, de 26 de setembro de 2007, estabelece o compromisso de compartilhamento de responsabilidades do Ministério da Saúde com os Ministérios da Educação, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, das Cidades, do Trabalho e Emprego e Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, na Agenda Social da Presidência da República – Eixo Direitos Humanos e Cidadania – Grupo Pessoa com Deficiência.

Além da ação intersetorial, a Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde articula-se, transversalmente, com as demais políticas daquele Ministério, relativas à saúde da mulher, de jovens e adolescentes, da criança, à saúde mental, à saúde do homem e do idoso; com outros Departamentos, como de DST/Aids e Hepatites Virais; com outras Secretarias, como a Secretaria de Vigilância à Saúde.

No entanto, essa proposta de transversalidade com as demais políticas do Ministério não demonstrou verdadeira capilaridade nas esferas subnacionais.

A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência – 2011, do Plano Viver sem Limites, é a última política de Saúde proposta pelo Governo.

2.1.15- Implementação nacional e monitoramento

O art. 33 da CDPCD trata do comprometimento dos Estados-parte e sociedade civil na *Implantação Nacional e Monitoramento* da CDPCD por parte do Estado e da Sociedade civil. Passados mais de dois anos da entrada em vigor da Convenção, o Brasil e todos os países signatários devem submeter à apreciação do Comitê da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência o seu relatório nacional, informando ao referido órgão responsável para avaliar e monitorar a implantação dos direitos assegurados por esse novo tratado internacional de direitos humanos, os progressos alcançados e as dificuldades verificadas ao longo desse período inicial de realização de direitos.

O processo de elaboração de relatórios não é apenas uma maneira de cumprir as obrigações internacionais dos países perante a Convenção, mas também uma oportunidade para fazer um balanço da proteção dos direitos humanos no país, favorecendo um planejamento mais eficaz das políticas públicas adotadas e a efetiva implantação da Convenção. Cabe ressaltar que este instrumento internacional é o primeiro a tratar, de maneira ampla, do tema da implantação e monitoramento no âmbito doméstico dos Estados-parte.

No cumprimento das normas de implantação, o Brasil, por meio do Decreto nº 7.256, de 4 de agosto de 2010, em seu art. 14, o inciso IV, atribui à Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, órgão da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, a competência de coordenar, orientar e acompanhar as medidas de promoção, garantia e defesa dos ditames da Convenção sobre os direitos das Pessoas com Deficiência, mediante o desenvolvimento de políticas públicas de inclusão da pessoa com deficiência. Desse modo, a Administração Pública Federal passou a contar com órgão responsável pela coordenação e articulação de políticas públicas, que cumpre o papel de ponto focal para o tema, com vistas à garantia do cumprimento dos direitos estabelecidos na Convenção.

O monitoramento no processo de implantação da Convenção, por parte da sociedade civil brasileira, resultou na organização de Grupos de Trabalhos que acompanham as ações e elaboram um relatório alternativo com o objetivo de submetê-lo ao Comitê da ONU. Tais grupos passaram também a cobrar do governo a apresentação do Relatório Oficial (que se encontrava em atraso) e a sua disponibilização para consulta pública. As exigências foram atendidas, e no início de abril de 2011 o governo brasileiro, por meio da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, através do Aviso de Consulta Pública nº 01/2011, publicado no Diário Oficial da União de 5 de abril de 2011, deu publicidade ao informe.

Em consequência do empenho da sociedade civil e do governo começam a ser realizadas conferências, seminários e fóruns para avaliação de políticas e construção de documentos.

Esses encontros são espaços férteis para diálogo entre os entes federativos subnacionais. Além disso, as principais decisões adotadas nesses fóruns de ampla participação democrática foram incorporadas integralmente ao 3º Programa Nacional dos Direitos Humanos (PNDH3), lançado em dezembro de 2009, cumprindo os objetivos da transversalidade e tornando o tema da deficiência presente e com visibilidade para a sociedade.

Para exemplificar, estão abaixo relacionados os recentes eventos mais significativos:

- Seminário de Consulta Nacional do Plano de Ação da Organização Mundial de Saúde (OMS) 2013-2014/ Brasília 2013.

- 1ª e 2ª Conferências Nacionais dos Direitos das Pessoas com Deficiência, em 2006 e 2008, e a 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência e

Relatório Final, que teve como tema Um olhar através da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU: novas perspectivas e desafios, organizada pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD)/Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade) – Brasília 2012-2013.

- 1º Relatório nacional da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010, Brasília 2011.

2.2. Legislação relevante após CDPD

Após o Decreto nº 6.949 de 25/8/2009, que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, novas leis e portarias foram publicadas. Segue abaixo um apanhado da legislação decretada após a Convenção.

TABELA XIII- LEIS E DECRETOS NACIONAIS APÓS CDPD QUE TRATAM SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

DECRETO Nº 7.612, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011	Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite
DECRETO Nº 7.613, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011	Altera o Decreto Nº 5.992, de 19 de dezembro de 2006, que dispõe sobre a concessão de diárias no âmbito da administração federal direta, autárquica e fundacional.
DECRETO Nº 7.617, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011	Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada - BPC, aprovado pelo Decreto Nº 6.214, de 26 de setembro de 2007.
DECRETO Nº 7.660, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011	Aprova a Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados - TIPI.
DECRETO Nº 7.705, DE 25 DE MARÇO DE 2012	Altera a Tabela de Incidência do Imposto sobre Produtos Industrializados - TIPI, aprovada pelo Decreto Nº 7.660, de 23 de dezembro de 2011.
PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012	Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.
PORTARIA Nº 971, DE 13 DE SETEMBRO DE 2012	Adequa o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e inclui Procedimentos de Manutenção e Adaptação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais da Tabela de Procedimentos do SUS.
PORTARIA Nº 2.109, DE 21 DE SETEMBRO DE 2012	Estabelece recurso a ser incorporado ao Limite Financeiro Anual de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios.
PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 362, DE 24 DE OUTUBRO DE 2012	Dispõe sobre o limite de renda mensal dos tomadores de recursos nas operações de crédito para aquisição de bens e serviços de Tecnologia Assistiva destinados às pessoas com deficiência e sobre o rol dos bens e serviços
LEI Nº 12.613, DE 18 DE ABRIL DE 2012	Altera a Lei Nº 10.735, de 11 de setembro de 2003, que dispõe sobre o direcionamento de depósitos à vista captados pelas instituições financeiras para operações de crédito destinadas à população de baixa renda e a microempreendedores, e dá outras providências.
LEI Nº 12.190, 13/01/2010	Concede indenização por dano moral às Pessoas com Deficiência física decorrente do uso da talidomida, altera a Lei nº 7.070, de 20 de dezembro de 1982, e dá outras providências.
LEI Nº 12.513, 26/10/2011	Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC); altera as Leis nºs 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio, 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Pro Jovem), e dá outras providências.

LEI Nº 12.587, 03/01/2012	Institui as diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana; revoga dispositivos dos Decretos-Leis nºs 3.326, de 3 de junho de 1941, e 5.405, de 13 de abril de 1943, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e das Leis nºs 5.917, de 10 de setembro de 1973, e 6.261, de 14 de novembro de 1975, e dá outras providências.
LEI Nº 12.594, 18/01/2012	Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis nºs 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 7.998, de 11 de janeiro de 1990, 5.537, de 21 de novembro de 1968, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, os Decretos-Leis nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.
LEI Nº 12.622, 08/05/2012	Institui o Dia Nacional do Atleta Paralímpico e dá outras providências
LEI Nº 12.764, 27/12/2012	Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, e altera o § 3º, do art. 98, da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.
DECRETO Nº 7.037, 21/12/2009	Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) e dá outras providências.
DECRETO Nº 7.212, 15/06/2010	Regulamenta a cobrança, fiscalização, arrecadação e administração do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI).
DECRETO Nº 7.237, 20/07/2010	Regulamenta a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social, e dá outras providências.
DECRETO Nº 7.512, 30/11/2011	Aprova o Plano Geral de Metas para a Universalização do Serviço Telefônico Fixo Comutado Prestado no Regime Público (PGMU), e dá outras providências.

Fonte: Relatório específico da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições gerais da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010; LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, Câmara dos Deputados. Disponível em: <http://bd.camara.leg.br>.

O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limites pode ser entendido como a principal ação governamental a partir da Convenção, e será analisado no próximo capítulo.

4- CAPÍTULO 3. POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Neste capítulo serão apresentados alguns aspectos da política pública de atenção à saúde para Pessoas com Deficiência – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), destacando as três áreas de ação: Atenção Primária, especializada e hospitalar na forma de dados quantitativos e qualitativos. Com este breve recorte da expressão da política de atenção de saúde à Pessoa com Deficiência no território nacional, nas diferentes esferas, pretende-se fomentar a reflexão sobre a forma como se processa a adesão dos estados subnacionais às políticas de saúde nacionais para as Pessoas com Deficiência.

A RCPD é uma determinação política governamental em continuidade à Política Nacional de Atenção à Pessoa com Deficiência (2002)⁶, que propõe avanços em alguns aspectos, porém ainda deixa lacunas importantes. Pertence ao Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limites, que é coordenado pela Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República de forma integrada com a Casa Civil, Secretaria Geral da Presidência da República, Ministérios da Educação, Saúde, Trabalho e Emprego, Desenvolvimento Social e Combate a Fome, Ciência, Tecnologia e Inovação, Cidades, Fazenda, Esporte, Cultura, Comunicações, Previdência Social e Planejamento, Orçamento e Gestão.

O Plano se articula em quatro eixos temáticos: educação, inclusão social, saúde e acessibilidade. E de acordo com os objetivos deste estudo, será abordado o Eixo da Saúde, que se expressa através da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).

A condução dessa política, considerando a descentralização e territorialização das ações, deverá ser da Secretaria Estadual de Saúde e das

⁶ O primeiro Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência foi instituído pela Portaria nº 827/1991, no âmbito do Ministério da Saúde, que estabeleceu a organização e o funcionamento dos serviços de atenção de saúde. Já nesse momento traz a compreensão da necessidade do serviço em pelo menos três níveis de complexidade, interdependentes e complementares: atenção básica, atenção ambulatorial especializada e hospitalar especializada.

Secretarias Municipais de Saúde, com apoio do Ministério da Saúde. Estão previstas as seguintes etapas: diagnóstico e análise da situação de saúde, elaboração do desenho regional da Rede e do plano de ação regional.

Parágrafo único. Os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência serão articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio, observadas as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção a estes usuários. (BRASIL, 2012)

A organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência está estruturada em três componentes: atenção Básica, por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (quando houver), Unidades Básicas de Saúde, Atenção Odontológica; atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, por meio dos Centros Especializados de Reabilitação (CER) II, III e IV, Oficinas Ortopédicas (terrestre itinerante e fluvial) e Centros de Especialidades Odontológicas – CEO; e atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência com Centros Cirúrgicos adaptados para o atendimento odontológico de Pessoas com Deficiência.

A Portaria nº 793/2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, em seu artigo 7º, dispõe que:

A adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência está estruturada da seguinte forma:

I – instituição de Grupo Condutor Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência, coordenado pela Secretaria de Saúde estadual ou distrital, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), com apoio institucional do Ministério da Saúde; e

II – homologação da região inicial de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na CIB ou no CGSES/ DF. (BRASIL 2012)

Lima e Rocha (2003) consideram o modelo assistencial ideal aquele que se baseia na integralidade da atenção à saúde, no qual os serviços voltam-se para o conjunto de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, e abrange a atenção ao indivíduo, à comunidade e ao meio ambiente. Nessa concepção, o modelo garante também que a atenção recebida no nível primário tenha

continuidade nos demais níveis de complexidade do sistema, quando necessário e de forma ascendente, hierarquizada e resolutive.

O financiamento dos serviços de atenção de saúde à Pessoa com Deficiência é diferenciado em cada nível níveis de atenção.

3.1- ATENÇÃO BÁSICA

A estruturação do cuidado em saúde, tendo a Atenção Básica como porta de entrada e ordenadora do cuidado, é reconhecida mundialmente como uma estratégia adequada.

Essa é uma estratégia na transformação de modelos assistenciais altamente excludentes e curativos em modelos de atenção alternativos que visem à organização do sistema de saúde de forma universal, equitativa, integralizada e com participação social. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008)

A Atenção Primária à Saúde (APS) foi destaque, em 1978, em Alma Ata, na I Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em parceria com a UNICEF, que estabeleceu essa modalidade de assistência à saúde como prioritária.

A assistência em saúde oferecida às pessoas com deficiência, com enfoque preventivo, antes do SUS se dava apenas nas campanhas contra doenças infectocontagiosas responsáveis por incapacidades funcionais. Nos anos 1980 surgem os primeiros programas de Atenção Básica nos quais Pessoas com Deficiência são incluídas. Esses programas enfatizavam a importância da prevenção das deficiências pelo incentivo à vacinação, à detecção de deficiência em bebês, a fim de empreender a estimulação precoce e as ações de controle de doenças que poderiam causar incapacidades, como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus (ALMEIDA et al., 2000).

Schraiber (1993) e Mendes-Gonçalves (1994), quando discutem acerca dos programas de saúde e em especial sobre a Atenção Primária à saúde, já no início dos anos 1990 apontam para o fato de que era possível identificar que seria na direção de definir modelos assistenciais, mais do que definir relações entre

instituições no âmbito do sistema de saúde, que se situariam os maiores desafios para a realização do conceito de integralidade nas práticas de saúde (NICOLAU, 2011).

Rocha (2006) chama para a necessidade de revisão do modelo tradicional, especializado e medicalocêntrico de alto custo. E em contrapartida esclarece sobre as possibilidades de ampliação da intervenção de Reabilitação com os recursos da Atenção Básica integradas no território, junto a equipes de saúde da família e de ações na comunidade.

De acordo com a carta de Ottawa, as condições e os requisitos para saúde são: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Buss (2003) esclarece que a promoção da saúde visaria à garantia de igualdade de oportunidades, proporcionando meios que permitam a todas as pessoas realizar completamente seu potencial de saúde.

Tomando a conceituação ampla sobre a saúde, a nova arena exige que se criem formas que materializem social e politicamente uma ação cuidadora integral, como direito de cidadania (PUCCINI; CECÍLIO, 2004).

A Constituição, em seu art. 196, apresenta o dever de o Estado garantir saúde à nação brasileira, através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (CONSTITUIÇÃO, 1988).

A Promoção da Saúde tem como objetivo “promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes — modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006).

As ações de prevenção são medidas da Atenção Básica, orientadas a evitar as causas dos eventos clínicos ou ambientais que possam ocasionar incapacidade e sua progressão ou derivação em outras incapacidades.

No nível de Atenção Básica, os serviços deverão estar qualificados para desenvolver ações de prevenção primária e secundária, detecção precoce de

fatores de risco e atendimento às intercorrências gerais de saúde da população com deficiência, bem como ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social (BRASIL, 2002).

Nessa perspectiva, várias medidas na forma de leis foram criadas para garantir essas ações, dentre elas a Lei nº 8080/1990, que dispõe sobre ações de promoção, O Pacto pela Vida, a criação da Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde e a formulação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PAIM, 2009).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2002) cuida de garantir, para esse grupo populacional, diretrizes importantes definindo a Unidade Básica de Saúde como a porta de entrada preferencial no Sistema de Saúde, com a Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde que, trabalhando com áreas territorializadas de abrangência, capilarizam o cuidado à saúde e ao adoecimento, aproximando os serviços das comunidades, das famílias e dos indivíduos. Constituir-se-ia o local por excelência do atendimento à Pessoa com Deficiência, dada a sua proximidade geográfica e sociocultural com a comunidade circundante e, para isso, será necessário que esteja apta a oferecer atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades.

Outra medida importante é implantada em 2006, quando foi publicada a Política Nacional Atenção Básica (PNAB), estabelecendo os princípios norteadores dos serviços pela ESF, como o trabalho em equipe, a territorialização, a corresponsabilidade sanitária, o foco nas necessidades da população e a Unidade Básica Saúde (UBS) como contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde.

A magnitude da Atenção Primária de saúde em condições de perdas funcionais permanentes, muitas vezes associadas a contextos socioeconômicos desfavorecidos, marcados de exclusão e estigmas sociais, demandou a estruturação de estratégias que possibilitassem a real universalidade de ações com integralidade e longitudinalidade no cuidado. Medidas que pudessem garantir saúde para todos.

Nesse sentido, em 2008, com a Portaria MS/GM nº 154/2008 são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipe multiprofissional⁷ a ser composta de acordo com as características e necessidades de cada território.

No SUS e na saúde coletiva, o território (em suas dimensões físicas, sociais e existenciais, dinamicamente articuladas) tem sido considerado um elemento fundamental para a organização e a gestão do processo de trabalho na Atenção Básica, uma vez que nele se processa a vida e, como parte dela, o processo saúde-doença-cuidado. Nesse sentido, a análise da realidade local (do que se tem, do que se necessita e do que se quer ter) deve ser feita com vigor e senso prático quando se planeja ou se decide implantar um NASF (BRASIL, 2014, Caderno 39).

Conforme a PNAB, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas. (BRASIL, 2011)

Desde a sua criação, está posto que o trabalho do NASF deverá estar orientado pelas diretrizes da Atenção Básica. Ou seja, deve produzir ou apoiar as equipes na produção de um cuidado continuado e longitudinal, próximo da população e na perspectiva da integralidade, territorialização e responsabilidade sanitária, com trabalho em equipe, favorecendo autonomia dos indivíduos e coletivos.

Tais estratégias permitem a detecção dos problemas e condições de cada território, a eleição de prioridades, a detecção de pessoas em condições de risco e vulnerabilidade, a visita domiciliar às pessoas com dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a indicação de equipamentos de Tecnologia Assistiva e a adaptação de domicílios e espaços da comunidade, facilitando o acesso aos serviços e favorecendo a inclusão social das Pessoas com Deficiência..

⁷ Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, que define novo cardápio de profissionais para compor equipes NASF: assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, profissional/professor de educação física, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico (ginecologista/ obstetra/ acupunturista/ homeopata/ pediatra/ psiquiatra/ geriatra*/ internista (clínica médica)* /trabalho*/veterinário*), profissional com formação em arte e educação (arte educador),* profissional de saúde sanitária.* (*Categorias acrescentadas as já indicadas na Pt nº 154/2008, que cria os NASF.)

Dentre as expectativas que gestores depositam no NASF, está o aumento da resolutividade da atenção primária à saúde, vinculado à ideia da potencialidade do trabalho interdisciplinar dos profissionais dos NASF e das equipes de saúde da família e ao melhor acesso aos serviços de saúde pela reorganização da demanda e redução da procura dos serviços da atenção secundária e terciária como porta de entrada no sistema. (SILVA, 2012 p. 2077)

Trata-se de uma estratégia que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família envolvidas na atenção às situações/problemas, ou seja, deve se dar a partir das necessidades, das dificuldades ou dos limites das equipes de Atenção Básica diante das necessidades de saúde. Trabalha como retaguarda especializada da Atenção Básica, atuando no lócus da própria AB.

O trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do **apoio matricial**. Aplicado à AB, isso significa, em síntese, uma estratégia de organização do trabalho em saúde que acontece a partir da integração de equipes de Saúde da Família (com perfil generalista) envolvidas na atenção às situações/problemas comuns de dado território (também chamadas de equipes de referência para os usuários) com equipes ou profissionais com outros núcleos de conhecimento diferentes dos profissionais das equipes de AB. (BRASIL, 2014 p. 13)

O escopo das ações do NASF possibilita às Pessoas com Deficiência a ampliação de acesso a recursos de acessibilidade, sociais, educacionais, dentre outros. Ao mesmo tempo suscita conhecimentos específicos de domínio específico de alguns profissionais (terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos) que fazem parte do grupo estabelecido pelo Ministério da Saúde e que podem compor as equipes NASF. Estes, através do apoio matricial, potencializam os cuidados básicos de saúde a esse grupo populacional.

Os profissionais do NASF podem agregar a oferta de novas ações na Atenção Básica, por meio de sua intervenção direta em ações individuais ou coletivas que as equipes de Saúde da Família dificilmente conseguirão fazer sozinhas, por requererem competências específicas de algumas ocupações ou formações profissionais, ou pela disponibilidade de tempo. São exemplos disso: prescrever e realizar exercícios de cinesioterapia para pessoas com dores crônicas de coluna, cuidar de pessoas com alterações ou dificuldades de fala e linguagem, prescrever a confecção de órteses e próteses, realizar sessões de psicoterapia, atuar na reabilitação de um usuário com grande ou recente comprometimento neurológico e motor, ofertar aula de tai chi chuan e realizar sessões de acupuntura. (BRASIL, 2014 p. 16)

A possibilidade de intervenções pontuais de forma individualizada permite a apreensão mais aprofundada da realidade clínico-social de usuários com deficiência, garantindo uma intervenção no contexto desse sujeito mais apropriada.

O trabalho compartilhado e colaborativo clínico-assistencial e técnico-pedagógico se dá diretamente ao usuário em seu contexto de vida, às equipes (ESF, EAB para populações específicas – Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), como também envolve coletivos, tais como ações sobre os riscos e vulnerabilidades populacionais.

“Isso significa poder atuar tomando como objeto os aspectos sociais, subjetivos e biológicos dos sujeitos e coletivos de um território, direta ou indiretamente” (BRASIL, 2014)

Da junção de ações no território, nos princípios de universalidade, com a integralidade no cuidado e envolvimento da comunidade e da família resulta a composição de uma estrutura extremamente fértil para o tratamento dos temas relativos à Pessoa com Deficiência na perspectiva do Modelo Social da Deficiência. Nos Cadernos 27 e 39 de Atenção Básica publicados pelo Ministério da (BRASIL 2012/2014), do Ministério da Saúde, estão descritas as ações específicas do NASF no eixo Reabilitação (ANEXO XIII).

O principal mote desse modelo é a transferência, para a comunidade, dos recursos (humanos, financeiros, tecnológicos e etc) despendidos com a reabilitação, no intuito de ampliar a cobertura da assistência à saúde da pessoa com deficiência, bem como, oferecer uma atenção que abarque além do restabelecimento das funções a diminuição de incapacidades. (ALONSO, 2009 p.14)

Nesse sentido, são apresentadas no Caderno 39 algumas ferramentas e modos de atuar transversais que o NASF pode utilizar, valendo-se da prática do apoio matricial, buscando ampliar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família, bem como ampliar as ofertas/ações de saúde na AB. São elas: práticas grupais (terapia comunitária, grupos de convivência, grupos de mulheres) que trabalham com metodologia de grupos operativos, grupos terapêuticos ou grupos motivacionais; Projeto Terapêutico Singular;

Genograma; Ecomapa; Atendimento Domiciliar Compartilhado; Atendimento Compartilhado.

No Brasil, em 2013, com uma população estimada de aproximadamente 193 milhões de habitantes, os dados de cobertura da Atenção Básica são de 56,12%, que representam 108.864.811 habitantes. Conta com 43.753 equipes de saúde da família credenciadas pelo Ministério da Saúde, em 5.327 municípios. O país possui 2.481 NASF credenciados no MS do tipo 1, 790 NASF do tipo 2 e 596 NASF do tipo 3 (DAB, 2013). Nesse sentido, o país ainda convive com outros modos de organização da Atenção Primária em saúde (APS) para 43,88% de seus habitantes não cobertos pela ESF.

Apesar de termos apresentado a relevância dos cuidados na Atenção Básica para as condições de vida saudáveis da pessoa com impedimentos funcionais, não deixando forma de dúvida sobre a necessidade de ações específicas nesse campo, nossa avaliação é que as ações de prevenção de deficiências, promoção de saúde nas Pessoas com Deficiência e prevenção de comorbidades e doenças secundárias à deficiência são fracas e não constituem uma realidade de cuidado na vida de Pessoas com Deficiência.

Mantém-se a histórica carência assistencial com especial prejuízo na Atenção Básica. Existem relatos de ações isoladas de ações à Pessoa com Deficiência na Atenção Básica, porém estudos e pesquisas refletem insuficiência em relação às necessidades e demanda.

Alguns pontos se destacam como problemas importantes nesse processo. Primeiramente, a falta e sub-registros nos sistemas de informação quanto ao número de Pessoas com Deficiência no território, sua tipologia e condições de saúde impedem um planejamento de ações e acompanhamento adequado desse grupo populacional. No Relatório específico da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições gerais da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010 chama-se atenção para o fato de , no Brasil, os estudos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde se utilizam de

informações produzidas a partir dos sistemas nacionais de registros (nascimento, morbidade, mortalidade, produção de serviços e de procedimentos) tanto para análise quanto para o acompanhamento da situação de saúde da população brasileira. No entanto, as Pessoas com Deficiência não pertencem efetivamente a essa cobertura.

A compreensão “plena” do modelo de cuidado integral de saúde, com conseqüente desconstrução do modelo centrado na doença, ainda não é uma realidade devidamente incorporada pelos gestores, profissionais de saúde e pelos usuários. Com isso resultam ações e medidas que reproduzem o modelo assistencialista que se materializa em cobranças de metas e produtividade exagerada do NASF de consultas individuais. Ainda nessa perspectiva observa-se a tônica da contratação de médicos especialistas para compor as equipes NASF..

Merece destaque também o desconhecimento dos recursos e possibilidades de tratamento desse grupo populacional nessa esfera de cuidado. Esse fator é de grande relevância por se tratar de um campo de conhecimento de grande complexidade e diversidade de ações no cuidado em saúde. Faz-se necessário, portanto, a contratação de profissionais com conhecimento sobre desenvolvimento humano, recursos de acessibilidade, avaliação de recursos potenciais para inclusão social, orientação para familiar e cuidadores, dentre outros. Somente assim é possível garantir ações eficazes no acompanhamento de casos de perdas funcionais moderadas a graves.

A falta de aproximação da sociedade com o tema é também um aspecto muito negativo que precisa ser adequadamente trabalhado, ressaltando a importância de disseminar informações reais sobre o universo, as limitações e as possibilidades das pessoas com deficiência a partir do respeito à diversidade humana numa perspectivas de inclusão e garantia de direitos.

Em muitos municípios, as ações preventivas de cobertura vacinal de doenças infecciosas que figuram como importantes causas de deficiências são as únicas medidas implementadas em Atenção Básica. Para o gestor que trabalha com metas e custos, o envolvimento com temas referentes à deficiência pode significar gasto com profissionais especializados, implicando aumento de

despesas incompatível com o seu orçamento e com a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Pessoas com Deficiência, na maioria das vezes, demandam um serviço de saúde com mais complexidade tecnológica nos diversos saberes. Suscita o envolvimento sistêmico, acompanhamento sistemático com rede de suporte institucional amplo (saúde, educação, assistência social, lazer) e, muitas vezes, faz-se necessário lançar mão de equipamentos de acessibilidade. Apesar de estar em completa harmonia com as bases do trabalho na Atenção Básica, são ações com desenho específico que implica custo diferenciado.

Um ponto positivo que vale destaque está no fato de que já existe uma medida de avaliação da qualidade de acesso na Atenção Básica que analisa o NASF, o PMAQ NASF, e nela está relacionada uma série de perguntas referentes ao processo do trabalho da equipe NASF junto ao grupo populacional de Pessoas com Deficiência. Apesar da sua importância, a avaliação do NASF ainda não é obrigatória, não possui incentivo por metas e também não interfere no pagamento do incentivo do PAB Variável na AB.

Muitos casos necessitam da retaguarda de serviços especializados . A oferta desses serviços será analisada no item à seguir.

3.2. ATENÇÃO ESPECIALIZADA

O atendimento de saúde à Pessoa com Deficiência deve prever a oferta de serviços de diferentes níveis de complexidade como a Atenção Especializada. Esta inclusive constitui-se o modelo de cuidado historicamente mais utilizado. Operacionalizou-se inicialmente através das instituições filantrópicas, conveniadas ou não, distribuída de forma desigual no território nacional. Representava a resposta nacional ao Paradigma de Serviços que se apoiava, pautado em diretrizes nacionais e internacionais sobre o direcionamento do trabalho em reabilitação como da American National Association of Rehabilitation Counseling – ANARC (1973): “ajudar Pessoas com Deficiência a obter uma existência tão próxima ao normal possível, a elas disponibilizando padrões e condições de vida cotidiana próxima às normas e padrões da sociedade”. Fundamentou-se, então,

na ideologia da normalização, que focaliza as suas intervenções no sujeito ajudando-o a adquirir padrões o mais próximo possível do normal para aí sim ser introduzido na sociedade. (ARANHAS, 1995).

Por meio de política própria e com vasta legislação, como apresentado anteriormente neste trabalho, o Brasil estruturou rede de serviços especializados ao longo de 30 anos com especificidades na Reabilitação Física, Visual, Auditiva e Intelectual/Autismo.

A proposta de avaliação da política pública, neste trabalho, será feita a partir da adesão, no território nacional, da política de Reabilitação na área visual.

Uma breve explicação sobre a deficiência visual: compreende uma situação irreversível da função visual, mesmo após tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos pertinentes e uso de óculos convencionais. A Pessoa com Deficiência visual, cegueira ou baixa visão tem sua funcionalidade comprometida, com prejuízo na sua capacidade de realização de tarefas (PNSPD, BRASÍLIA, 2008).

Há, porém, uma diferença entre a redução da função visual pela idade e a perda decorrente de doenças; a função diminuída pelo envelhecimento pode ser corrigida com utilização de lentes corretoras (óculos, lentes de contato). Quando a função visual é prejudicada por doenças que causam diminuição permanente da visão, como degeneração macular, retinopatia diabética e glaucoma, a recuperação pode não ser total apenas com a adaptação de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico. Nessas situações, o Programa de Reabilitação Visual oferece ao indivíduo com baixa visão a possibilidade de uma atividade produtiva na sociedade, por intermédio de adaptações.

As principais causas de cegueira na população adulta mundial são: a catarata, o glaucoma e a degeneração macular relacionada à idade (OMS, 2004; RESNIKOFF et al., 2004).

A prevalência da cegueira na infância é maior nos países em desenvolvimento, em decorrência de fatores nutricionais, infecciosos e falta de tecnologia apropriada. Nos países com renda per capita intermediária, as causas são variadas e observa-se a retinopatia da prematuridade como causa emergente de cegueira nos países da América Latina e do Leste Europeu. Causas não

evitáveis como distrofias retinianas, doenças do sistema nervoso central e anomalias congênitas são observadas nos países desenvolvidos (GILBERT; AWAN, 2003).

A deficiência múltipla (presença de duas ou mais deficiências no mesmo indivíduo) tem importância crescente na população infantil cega ou com baixa visão, e é mais prevalente nos países em desenvolvimento (OMS, 1992).

As afecções associadas podem ser: motoras, sensoriais, cognitivas ou doenças crônicas que afetam o desenvolvimento, a educação e a vida independente.

Crianças com deficiência múltipla geralmente requerem atendimento oftalmológico, mas também acompanhamento multidisciplinar de longa duração (KEEFFE, 2004).

De acordo com a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia – Portaria GM/MS nº 957/2008) o programa de Reabilitação Visual se dá por meio do acompanhamento com equipe multiprofissional, que realiza diagnóstico, avaliação sobre necessidade de equipamentos (recursos ópticos), seleção e adaptação, terapêutica especializada (habilitação/reabilitação visual, estimulação precoce, orientação e mobilidade). Os serviços devem estar articulados com as Redes de Serviços de Reabilitação Física e de Saúde Auditiva e de Oftalmologia e com interface na área de educação

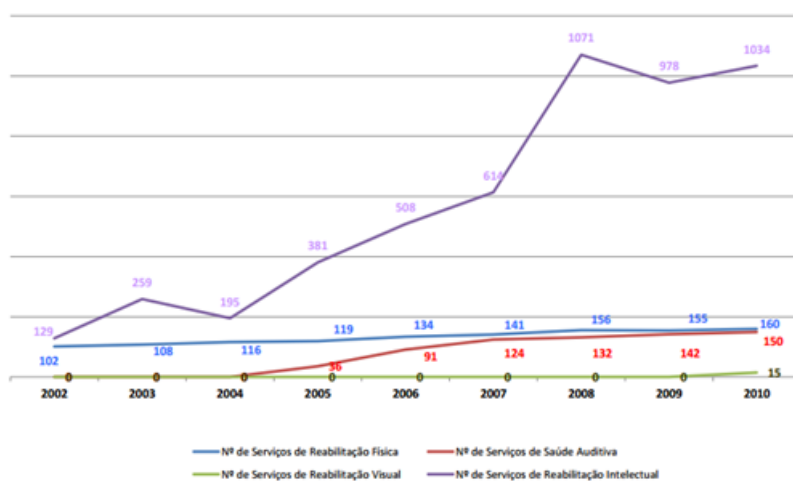
O programa de habilitação/reabilitação visual inclui:

- Atendimento oftalmológico especializado: terapêutica medicamentosa ou cirúrgica, avaliação especializada para a reabilitação/habilitação visual.
- Programas de prevenção da deficiência visual.
- Adaptação de auxílios para baixa visão; adaptação de próteses.
- Reabilitação para o desenvolvimento global na infância.
- Reabilitação para a promoção da inclusão escolar.
- Reabilitação visando à autonomia e à independência do indivíduo.

O programa de habilitação/reabilitação tem como objetivo reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano — de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da

vida social —, e proteger a saúde do citado segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. O objetivo da reabilitação é alcançar o máximo do potencial visual residual, por meio de orientações, utilizando recursos e técnicas especiais. O trabalho conjunto da equipe resultará na capacidade do paciente em maximizar a sua visão (MS).

GRÁFICO 6- NÚMERO DE SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO, BRASIL, 2002 / 2010



Fonte: Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência- MS

A avaliação da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência quanto à provisão de serviços de reabilitação no Brasil, no período concernente entre 2002 e 2010, nas diferentes formas de incapacidade, está expressa no Gráfico 6.

Pode-se destacar quanto à Reabilitação Visual que, até dezembro de 2009, não havia nenhum serviço habilitado. Supõe-se que o atendimento ao grupo populacional com cegueira ou baixa visão se dava em serviços habilitados como Reabilitação Intelectual/Autismo ou em serviços não habilitados.

No início deste trabalho expusemos os dados de deficiência visual no Brasil, e, compreendendo sua magnitude e a ausência desse tema na agenda política, o governo estabeleceu nas metas 2010-2011 dos componentes do Pacto pela Vida (grupo do Pacto pela Saúde) a meta de **fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às Pessoas com Deficiência**.

Segundo Noronha, Lima, Machado (2009), o Pacto pela Saúde contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. De forma geral, o Pacto pela Saúde estabelece que esse acordo seja feito com base na formalização de compromissos que compreendem responsabilidades sanitárias (traduzidas em objetivos de melhoria das condições de saúde) e de gestão, e a pactuação de metas prioritárias relacionadas a indicadores que possam servir para controle mútuo, monitoramento e avaliação dos compromissos assumidos.

O Pacto pela Saúde é mais um dos mecanismos de regulação federal do processo de descentralização de políticas nacionais que ocupa papel de destaque. Aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde e publicado na Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, tem como objetivo promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia de acesso a todos. Trata-se de um conjunto de reformas institucionais do SUS, pactuado entre as três esferas de gestão — União, estados e municípios. A implementação ocorre pela adesão dos entes federativos ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG) que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. Sua adesão constitui um processo de cooperação permanente entre os gestores e negociação local, regional, estadual e federal (www.saude.ba.gov.br. 2013).

A Portaria nº 2.669, de 3 de novembro de 2009, estabelece as prioridades, os objetivos, as metas e os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010-2011. O artigo 1º estabelece as seguintes prioridades:

- I – atenção à saúde do idoso;
- II – controle do câncer de colo de útero e de mama;
- III – redução da mortalidade infantil e materna;
- IV – fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e Aids;
- V – promoção da saúde;
- VI – fortalecimento da atenção básica;
- VII – saúde do trabalhador;
- VIII – saúde mental;

IX – fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência;

X – atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e

XI – saúde do homem.

Cumprindo com o objetivo de ampliar as Redes Estaduais de Serviços de Reabilitação para Pessoas com Deficiência, considerando a Reabilitação Visual um dos eixos de atenção em Reabilitação (ao todo são quatro: visual, auditivo, físico e intelectual/autismo) da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência – 2002 e a Portaria GM/MS nº 3.128⁸, foram definidas as seguintes Metas Brasil para 2010 e 2011: **a habilitação de pelo menos 27 e 15 serviços de reabilitação visual, respectivamente, totalizando 42 serviços de reabilitação visual.**

Paralelamente, o MS, por meio da Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência, em início de 2010, deliberou sobre o investimento de R\$ 39,1 milhões para a abertura de 75 serviços voltados para o acompanhamento de reabilitação de pessoas com cegueira e baixa visão, distribuídos ao longo do território nacional. Inicialmente seria liberado R\$ 1,9 milhão para as cinco primeiras unidades distribuídas nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

TABELA XIV- PLANEJAMENTO MS DOS CINCO PRIMEIROS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO VISUAL

Unidade	Município/UF	Total investido
Irmandade da Santa Casa de São Paulo	São Paulo (SP)	R\$ 371.243,51
Instituto Rio-Pretense dos Cegos Trabalhadores (IRTC)	São José do Rio Preto (SP)	R\$ 371.243,51
Conderg – Hospital de Divinolândia	São João da Boa Vista (SP)	R\$ 371.243,51
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto	Ribeirão Preto (SP)	R\$ 371.243,51
Associação Fluminense de Amparo aos Cegos (Afac)	Niterói (RJ)	R\$ 440.851,67
TOTAL		R\$ 1.925.825,71

Fonte: Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência- MS

⁸ Portaria GM/MS nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008, que estabelece 1 (um) serviço de Reabilitação Visual para cada 2.500.000 habitantes, além das diretrizes e estrutura para funcionamento dos serviços.

De acordo com os dados do CNES quanto às habilitações realizadas no período entre 2010-2011, apresentadas abaixo, pode-se destacar que tanto a meta do Pacto pela Saúde (42 serviços) quanto o planejamento do MS (75 serviços) não foram atingidos. Pelo que se pode observar, somente 17 serviços (17 municípios) foram habilitados em apenas oito estados. Segue, abaixo, a relação de serviços e a distribuição por regiões.

TABELA XV SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO VISUAL HABILITADOS–BRASIL–2010-2011

UF	CNES	Estabelecimento	Competência Inicial
BA	3708381	APAE	Ago/11
MG	6578306	FUNDAÇÃO OLHOS DALMA	Set/11
MG	27049	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG	Dez/11
MG	6513557	INSTITUTO DE CEGOS DO BRASIL CENTRAL	Set/11
MS	6017991	ISMAC	Ago/11
PE	485	FUNDAÇÃO ALTINO VENTURA	Dez/11
RJ	3714543	ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE AMPARO AOS CEGOS	Jan/10
RS	2260069	HOSPITAL SÃO JOSÉ	Set/10
SC	3503585	FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL	Set/10
SP	2082810	CONDERG – HOSPITAL REGIONAL DE DIVINOLÂNDIA	Abr/10
SP	6484913	FUNDAÇÃO DORINA NOWILL PARA CEGOS	Jan/10
SP	2085577	HOSPITAL ARGIA PROVISÃO	Out/11
SP	2082187	HOSPITAL DAS CLÍNICAS FAEPA RIBEIRÃO PRETO	Ago/10
SP	6318983	INSTITUTO JUNDIAIENSE LUIZ BRAILLE – UNIDADE II	Jan/10
SP	2705400	INSTITUTO RIO-PRETENSE DOS CEGOS TRABALHADORES	Mar/10
SP	2688689	SANTA CASA DE SÃO PAULO – HOSPITAL CENTRAL SÃO PAULO	Jan/10
SP	2082187	HOSPITAL DAS CLÍNICAS FAEPA – RIBEIRÃO PRETO	Jan/10
Total de Leitos			0
Total de Estabelecimentos			17

Fonte: CNES 2014.

TABELA XVI- SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO VISUAL HABILITADOS POR ESTADOS E MUNICÍPIOS- BRASIL- 2010/2011

ANO	ESTADOS	MUNICÍPIOS	TOTAL SERVIÇO
2010	São Paulo Rio Grande do Sul Rio de Janeiro Santa Catarina	Jundiaí (SP) São José do Rio Preto (SP) Porto Alegre (RS) Giruá (RS) Divinolândia (SP) Ribeirão Preto (SP) São José (SC) São Paulo (SP) São José dos Campos (SP) Niterói (RJ)	9
2011	Minas Gerais Alagoas São Paulo Pernambuco	Maceió (AL) Uberaba (MG) Juiz de Fora (MG) Belo Horizonte (MG) São Paulo (SP) Conselheiro Lafaiete (MG) Recife (PE)	6
TOTAL	8	16	17

Fonte: CNES 2014.

Pode-se destacar, através dos dados acima, que, além do quantitativo ter sido abaixo da meta, as habilitações tem uma má distribuição regional, acirrando o problema de vazios assistenciais nas regiões Norte e Centro Oeste.

Considerando que a Portaria sobre Reabilitação Visual foi publicada em dezembro de 2008, e que antes de 2010 não havia nenhum serviço habilitado, é importante destacar o mérito da inclusão da Reabilitação Visual entre as metas do Pacto pela Saúde, cumprindo em parte um papel de incentivo positivo para a adesão dos estados subnacionais à Política de Atenção às Pessoas com Deficiência.

A tabela abaixo analisa a prevalência de deficiência visual nos municípios com habilitação de serviços de Reabilitação Visual.

TABELA XVI- PREVALÊNCIA/1000 HABITANTES DA DEFICIÊNCIA VISUAL NOS MUNICÍPIOS COM SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO VISUAL HABILITADOS – BRASIL – 2010-2011

Divinolândia (SP)	11.208	264	23,555
Giruá (RS)	17.075	846	49,546
Juiz de Fora (MG)	516.247	14.931	28,922
Jundiaí (SP)	370.126	9.650	26,072
Maceió (AL)	932.748	42.406	45,464
Niterói (RJ)	487.562	13.581	27,855
Porto Alegre (RS)	1.409.351	43.075	30,564

Recife (PE)	1.537.704	64.899	42,205
Ribeirão Preto (SP)	604.682	14.995	24,798
São José (SC)	209.804	6.359	30,309
São José do Rio Preto (SP)	408.258	11.104	27,198
São José dos Campos (SP)	629.921	17.028	27,032
São Paulo (SP)	11.253.503	345.478	30,700
Uberaba (MG)	295.988	6.923	23,389

Fonte: CNES e IBGE 2014.

3.3- ATENÇÃO HOSPITALAR

O nível terciário — ambulatorial e hospitalar — deverá estar qualificado para prestar atendimento aos casos de reabilitação cujo momento da instalação da incapacidade, o seu tipo e grau justifiquem uma intervenção mais frequente e intensa, requerendo, portanto, tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados (MS).

Com o intuito de regulamentar as ações nesse nível de atenção, o Ministério da Saúde editou um conjunto de portarias que estabelecem normas e incluem os procedimentos de reabilitação em nível ambulatorial e hospitalar no sistema, como descrito anteriormente no Capítulo 2 deste trabalho.

A Portaria MS/SAS nº 303, de 2 de julho de 1992, define normas para o atendimento de reabilitação em nível hospitalar, discriminando os tipos de serviços – Leito ou Unidade de Reabilitação em Hospital Geral e Hospital ou Centro Especializado em Reabilitação, como descrito abaixo:

1. Leito ou Unidade de Reabilitação em Hospital Geral. O atendimento integral à pessoa portadora de deficiência quando, por razões de natureza médica, o regime de internação for o mais adequado ao paciente, após avaliação multiprofissional e confirmação da elegibilidade em reunião de equipe de reabilitação da unidade hospitalar acreditada, onde será traçado o plano individual de tratamento contemplando prevenção, reabilitação e integração do PPD.

2. Hospital ou Centro Especializado em Reabilitação. Entende-se como Hospital ou Centro Especializado em Reabilitação aquele cuja maioria de leitos se destine ao tratamento especializado de clientela portadora de deficiência em regime de internação. (PORTARIA MS/SASnº303)

Apresentam disposições gerais, regras para adequação e requisitos básicos, além de estabelecer fluxos e estruturas de planejamento: “Caberá ao

gestor estadual, por meio de sua Coordenação, a atenção a esse grupo populacional ou equivalente, as funções de controle, supervisão e avaliação dos serviços de saúde com relação às presentes normas”.

Com a Portaria MS/SAS nº 305, de 2 de julho de 1992, que inclui no Sistema de Informações Hospitalar do Sistema Único de Saúde SIH/SUS, o grupo 67.100.01-5 – Tratamento em Reabilitação e seus procedimentos, passa então a ter expressividade os procedimentos de reabilitação hospitalar nos sistemas de informação através de códigos específicos.

Historicamente observa-se um sub-registro dos procedimentos de internação hospitalar de Reabilitação. Os valores referentes à atenção de urgências e emergências hospitalares, em dezembro de 1998, com internação de reabilitação totalizaram R\$ 399.517,96. O montante despendido com internação de doentes crônicos e fora de possibilidade terapêutica nesse período foi de R\$ 7.977.924,99, e o total de recursos com internação nesse mesmo mês foi de R\$ 340.247.853,63. Os dados mostram que a internação de doentes crônicos sem possibilidade terapêutica atende a uma grande parcela de Pessoas com Deficiência sem, no entanto, obedecer às normas das portarias da então Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (SNAS) que regulamentam o atendimento hospitalar em reabilitação.

Outras portarias tratam de atenção em saúde para doenças com estreita relação com incapacidades como a Portaria MS/GM nº 822, de 6 de junho de 2001, que institui o Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN e estabelece rede com Serviço de Referência em Doenças Falciformes (DF) e Hemoglobinopatias (HBPATIAS), Serviço Ambulatorial Especializado em Fibrose Cística (FC), Rede Hospitalar de retaguarda credenciada para o atendimento emergencial, internamento e UTI para pacientes portadores de Doenças Falciformes, Hemoglobinopatias e Fibrose Cística. De acordo com a portaria, o hospital de referência deverá ser um Hospital Geral/Especializado, com UTI infantil e de adulto, serviço de emergência e internação.

A Portaria MS/GM nº 2.305, de 19 de dezembro de 2001, que aprova a Ficha de Inclusão de Pacientes ao Tratamento da Osteogenesis Imperfecta no

âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, define também uma norma para cadastramento dos hospitais no Sistema Único de Saúde como Centro de Referência em Osteogenesis Imperfecta e inclui na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, o Grupo de Procedimentos para o Tratamento Clínico da Osteogenesis Imperfecta.

Com essas medidas pretende-se a garantia de acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada dos laboratórios especializados e serviços de atendimento, bem como organizar e regular o conjunto das ações de saúde, com realização da triagem, a confirmação diagnóstica e, ainda, o adequado acompanhamento e tratamento dos pacientes triados. No entanto, na relação de recursos humanos para compor a equipe mínima obrigatória dos Serviços de Referência estão relacionadas apenas especialidades médicas (hematologista pediátrico e hematologista de adulto, pneumologista pediátrico e pneumologista de adulto, ambos com título de especialista), à exceção do acompanhamento de sujeitos com fibrose cística, do qual o fisioterapeuta faz parte da equipe mínima. As portarias, na sua maioria, não contemplam outros profissionais essenciais para o acompanhamento das situações comuns de perdas funcionais decorrentes dessas patologias.

Em 2006, o gasto com internação de reabilitação alcançou o total de R\$ 13.459.299,38. A título de comparação, cabe registrar o montante despendido com internação de pacientes sob cuidados prolongados em neurologia, que foi de R\$ 80.688.059,31. Pode-se observar o mesmo problema de sub-registros e falta de estruturação de serviços de reabilitação evidenciado em 1988 se repetindo em 2006.

A Tabela XVII retrata a situação de leitos hospitalares de Reabilitação em dezembro de 2011.

TABELA XVII- QUANTIDADE DE LEITOS CLÍNICOS POR REGIÃO SEGUNDO –
BRASIL, 2011

Leitos clínicos	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.Oeste	Total
Crônicos	92	1.253	8.841	591	616	11.393
Reabilitação	41	487	630	147	329	1.634
Neurologia	97	273	261	65	76	772

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES..

Na Tabela XVII podemos observar os baixos valores em todo o território nacional, com maior número de leitos para atenção a agravos Crônicos, seguido pelo Neurológico e, por último, a Reabilitação (respeitando a série histórica), além de retratar também vazios assistenciais marcantes nas regiões Norte e Sul do país.

Na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limites, Seção III, são descritos os Componentes da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. São eles:

- I – responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência;
- II – instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência;
- III – ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar;
- IV – ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação; e
- V – ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim.

A partir de 2011 houve uma mudança significativa no quantitativo de leitos clínicos em neurologia, passando de 772 em 2011 para 3.790 em novembro de 2013. Em relação aos leitos de Reabilitação e Crônicos, os valores mantiveram-se quase os mesmos, apenas com pequeno aumento.

TABELA XVIII- QUANTIDADE EXISTENTE POR REGIÃO SEGUNDO LEITOS CLÍNICOS – BRASIL, 2013

Leitos clínicos	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	C.Oeste	Total
Crônicos	116	1.380	8.622	751	616	11.485
Reabilitação	40	485	730	205	297	1.757
Neurologia	227	1.026	1.412	785	340	3.790

Fonte: Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES.

Para além do conhecimento das portarias e do reconhecimento da capacidade instalada é preciso estudos que analisem a regulação dos leitos hospitalares de reabilitação, o padrão da assistência, a assistência de Reabilitação aplicada, os protocolos existentes, o conhecimento dos profissionais dos protocolos da Rede de Cuidados (Alta e Média Complexidade e Atenção Básica).

Em pesquisa realizada entre 2004 e 2007, em quatro capitais brasileiras e no Distrito Federal, foram analisadas as condições dos hospitais de urgência e emergência na assistência de casos de acidentes e violências, tratando de desvelar alguns desses aspectos. Deslandes et al. (2008) esclarecem que em 2002 foi instituído o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, como resultado da necessidade de ordenar o acesso ao atendimento de urgências e emergências, com garantia de acolhimento, a primeira atenção qualificada e resolutiva para as urgências de Baixa e Média Complexidade, a estabilização, quando necessária e a referência adequada dos pacientes graves dentro do SUS.

A atenção de urgências e emergências é importante no estudo sobre deficiências, uma vez que acidentes e violências são uma das principais causas de deficiências, e a urgência e emergência hospitalar é a principal porta de entrada na saúde para esses casos. Considerando a gravidade das lesões, a assistência demandará ações de diferentes serviços e poderá exigir um tempo considerável de internação, acarretando um custo elevado (DESLANDES et al., 2008).

Nesse sentido, a Atenção Hospitalar às vítimas de acidentes e violências reúne de forma complexa a estrutura física, a disponibilidade de insumos, o aporte tecnológico e os recursos humanos especializados para intervir nas situações de emergência decorrentes dos acidentes e violências.

Na pesquisa, os indicadores abordavam os seguintes aspectos: existência de normas de atendimento às vítimas de acidentes e violências para padronização de condutas, racionalização do atendimento e redução de custos; oferta e adequação de leitos de terapia intensiva (adulta e pediátrica); capacitação dos profissionais para o atendimento; existência de articulação intersetorial para melhor atendimento às vítimas; e estruturação e organização dos serviços de atendimento hospitalar.

A pesquisa avança avaliando dois aspectos referentes à organização hospitalar: articulação com a rede hospitalar via central de regulação ou rede pactuada e oferecimento de reabilitação, suporte e acompanhamento às vítimas de violência e seus familiares, aos agentes da agressão e aos profissionais que atendem as vítimas de violência.

A estrutura do estudo mostra a complexidade de uma assistência adequada a acidentes e violência, com destaque para a reabilitação. O reconhecimento da importância da assistência ágil e assertiva nesse momento para a qualidade de vida dos sujeitos envolvidos é de domínio geral.

Constatou que em relação à “oferta de reabilitação”, além de insuficiente, ela é limitada a algumas atividades como o tratamento de fisioterapia, sem levar em consideração outros tratamentos do processo de reabilitação (terapia ocupacional e fonoaudiologia), outros tipos de assistência como o acompanhamento dos familiares das vítimas de acidentes e violências, dos agentes agressores, e toda a parte de reinserção social que esses pacientes necessitam.

Mesmo assim, poucos hospitais dispunham de profissionais de saúde para essa atividade. Os resultados mais positivos foram relacionados ao suporte e ao acompanhamento das vítimas.

TABELA XIV- DISTRIBUIÇÃO DOS SERVIÇOS HOSPITALARES SEGUNDO A OFERTA DE REABILITAÇÃO- BRASIL- 2006

Ações realizadas	Manaus (n = 7)	Recife (n = 10)	Distrito Federal (n = 15)	Rio de Janeiro (n = 16)	Curitiba (n = 5)
Reabilitação	6	4	7	7	2
Suporte e acompanhamento às vítimas	6	10	11	12	4
Suporte e acompanhamento às famílias das vítimas	3	4	6	9	3
Suporte e acompanhamento aos praticantes de acidentes e violências	—	5	3	2	—
Suporte e acompanhamento às equipes que realizam o atendimento	4	5	4	2	3

Fonte: Deslandes et al. (2008)

Os números acima mostram que em todas as capitais brasileiras, exceto Manaus, e no Distrito Federal a assistência de reabilitação nos leitos de urgência e emergência é insuficiente e fraca.

O uso de protocolos e rotinas de atendimento pensado com a preocupação com a reabilitação constitui um indicador indireto da qualidade da Atenção Hospitalar, pois a existência de normas para atendimento às vítimas de violência e acidentes, AVCs, AVEs, TCEs, PAF, dentre outras qualidades, orienta, racionaliza, reduz os custos do serviço e propicia melhor recuperação funcional.

Na avaliação sobre o uso de rotinas e protocolos de atendimento às vítimas de acidentes e violência acessíveis aos profissionais, o Rio de Janeiro apresentou o pior resultado para esse indicador: somente 68,8% ($n = 11$) dos hospitais investigados na cidade disponibilizavam essas rotinas e protocolos para os profissionais. Em Manaus, 83,3% ($n = 5$) possuíam esses dispositivos; em Brasília, 86,7% ($n = 13$); Recife e Curitiba obtiveram o melhor resultado, 100% ($n = 10$), dos serviços hospitalares investigados, e as duas capitais disponibilizavam rotinas e protocolos de atenção às vítimas de acidentes e violências para os profissionais.

Pertence ao escopo de ações do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limites a publicitação de protocolos com diretrizes para o acompanhamento de alguns casos clínicos, tendo sido

produzidos sobre Síndrome de Down, paralisia cerebral, transtornos invasivos do desenvolvimento, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e amputados.

A implantação da obrigatoriedade das diretrizes expressas nos protocolos é tarefa que deve induzida pelo nível Central e encampada pelos gestores locais. Trata-se de ações que demandam o comprometimento de profissionais das diversas esferas de cuidados de saúde, recursos humanos especializados, recursos materiais diferenciados e um trabalho de Rede Intersetorial e Interdisciplinar.

A avaliação que se faz hoje é que não é realidade o comprometimento dos gestores com a assistência de reabilitação e os cuidados que previnem deficiências.

A situação de saúde de forte predomínio relativo das condições crônicas não pode ser respondida, com eficiência, efetividade e qualidade, por sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas, e organizados de forma fragmentada (MENDES, 2010).

A necessidade desse planejamento se justifica pelos estudos que evidenciam o peso das doenças crônicas no perfil epidemiológico da população brasileira e a estreita relação entre doenças crônicas/envelhecimento com incapacidades como, por exemplo, entre diabetes e amputações, hipertensão e AVC, hanseníase e deformidades/amputações, entre outras. No entanto, o planejamento de Linhas e Redes de Cuidados por programas ou ciclos de vida em geral não incorpora o tema da deficiência. O entendimento do compromisso do cuidado na maioria das vezes é interrompido na esfera em que se da a atenção, descomprometendo-se com a continuidade inclusive em casos com perdas funcionais significativas decorrentes do histórico e quadro clínico do sujeito.

Os problemas de cobertura e qualidade de assistência hospitalar de leitos de reabilitação são graves, pois não há leitos, recursos humanos nem apropriação de conhecimento suficiente para a intervenção. Como agravante, a cobertura de Atenção Básica e rede especializada não é adequada, contribuindo ainda mais para a má assistência e aumentando os riscos de incapacidades e exclusão social desses sujeitos.

Considerando a gravidade das situações que envolvem a Atenção Hospitalar e o prognóstico na qualidade de vida desses sujeitos quando não atendidos condignamente é previsível as graves perdas funcionais das pessoas acometidas e de seus familiares e cuidadores.

5- CONCLUSÃO

É lugar comum afirmar que a assistência de Saúde para as Pessoas com Deficiência no Brasil está em construção. As políticas de seguridade social voltadas para esse grupo são recentes e desde a Constituição, marco na estruturação da política, que sua legitimidade é bastante conflituosa e fortemente marcada pelo descaso. Embora por definição sejam claras as atribuições do Estado como indutor e implementador das políticas públicas ainda existem fortes marcas da transferência dessa responsabilidade às instituições de cunho filantrópico assistencial.

Nesta dissertação, por meio de revisão documental e dados quantitativos, é descrita a condição das pessoas com deficiência no cenário mundial.

Nos países que implantaram medidas de saúde pública para esse grupo, estas se deveram à constatação de que as pessoas com deficiência são constantemente atravessadas com a necessidade de gastos elevados por desembolso direto, demandam intensamente por serviços de saúde e apresentam estreita relação da condição de perda funcional à situação social de pobreza. Contudo, na maioria dos países, apesar da necessidade de cuidados de saúde e da fragilidade social da Pessoa com Deficiência, a provisão de serviços de saúde está aquém das necessidades.

É apresentada a discussão internacional sobre a legitimidade da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, sua história e diretrizes mostrando o importante papel que desempenha na transição do Modelo Biomédico para o Modelo Social da Deficiência.

Com o intuito de favorecer a materialização e o conhecimento da realidade normativa nacional nos diversos setores inclusive na Saúde, foi apresentada a produção de regulamentações nos diferentes setores que tratam direta ou indiretamente do tema da deficiência no Brasil.

Pode-se constatar a existência de um arcabouço legal expressivo, com vasta referência de leis e decretos que tratam do tema.

Os avanços normativos vieram acompanhados de novas estruturas político-organizacionais. À pressão da sociedade civil, respaldada por organismos

internacionais, passa a existir alguma expressividade do tema da pessoa com deficiência na agenda política. Desde a criação da coordenação da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD), foi instituída uma estrutura gestora própria de política governamental, na lógica de Direitos Humanos. Essa nova institucionalidade responde nos fóruns internacionais pelo desenvolvimento das políticas públicas e cumprimento de metas no plano doméstico.

A dissertação chama a atenção para a complexidade da tarefa de implantação de uma política pública num território com dimensões continentais e conseqüentemente com tanta diversidade. Nesse contexto, são apresentados autores que dialogam sobre o tema da descentralização de políticas públicas no contexto federativo.

Dentre o conjunto de leis apresentadas, aquelas que tratam da Saúde da Pessoa com Deficiência receberam destaque especial. Para subsidiar a análise dos dilemas e as possibilidades de sucesso de uma política de saúde focal no Brasil, como a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, é descrito de forma detalhada um histórico das políticas públicas nesse setor, situando as limitações tanto do governo federal responsável pela indução da política quanto da adesão dos entes federados subnacionais na implementação.

Chama a atenção o fato de que, apesar da vasta legislação nacional que estabelece normas claras para a estruturação das ações com qualidade na assistência em Saúde para Pessoas com Deficiência, estas nem sempre sensibilizam os gestores locais que, por sua vez não incluem temas das Pessoas com Deficiência nas metas e indicadores do seu projeto de Saúde, nas carteiras de serviços, nos processos de certificação de qualidade de serviço, de verificação de qualidade de acesso, dentre outros.

A adesão dos Estados à RCPD possui estreita relação com a avaliação dos gestores locais das vantagens e desvantagens à adequação da proposta do Ministério da Saúde que, por sua vez, está diretamente dependente do cálculo,

dos custos e benefícios fiscais, políticos, financeiros e a extensão do escopo de beneficiários. Sendo assim é destacada nesta dissertação, necessidade de construção de estratégias de indução que favoreçam a adesão dos governos locais.

A atenção em saúde da Pessoa com Deficiência, seja na Atenção Básica, Especializada ou Hospitalar demanda maior complexidade em nível de planejamento, compra de equipamentos, recursos humanos, estudo de linha de cuidados mais complexa e arranjo de rede diferenciada. Tais medidas demandam recursos que o gestor local não está acostumado a destinar em ações para Pessoas com Deficiência.

Compreendendo que a base de regulação federal sobre a descentralização é a normatização, consubstanciada pela edição anual de portarias pelas diversas áreas do ministério e demais entidades federais, e que, em geral estão associados a mecanismos financeiros de incentivo ou inibição de políticas e práticas pelos governos estaduais, municipais e prestadores de serviços, os cuidados de saúde de Pessoas com Deficiência por demandarem ações diferenciadas devem seguir o mesmo curso, não podendo prescindir de monitoramento, avaliação e incentivos.

No entanto, à exceção da atenção especializada, que na RCPD já possui dotação orçamentária específica, não existem incentivos ou garantias de aporte financeiro para a assistência adequada em todos os níveis, assim como é insipiente o espaço nos Pactos e agenda nacional para cuidados de saúde às pessoas com deficiência.

A dissertação chama atenção para as possibilidades de mudanças positivas no modelo de cuidado em Saúde a partir da difusão e efetiva absorção dos princípios do Modelo Social da Deficiência. Para tanto se faz necessário fazer cumprir as determinações expressas na CDPC e diretrizes da RDPD sobre a garantia dos cuidados na Atenção Primária de Saúde para as Pessoas com Deficiência que assim como para toda a população deve: se configurar como principal porta de entrada no Sistema de Saúde; ser responsável pela coordenação do cuidado de Saúde/doença; garantir equipamentos, serviços e

estruturas para qualificação do processo de trabalho da ESF na atenção às Pessoas com Deficiência (como por exemplo, o NASF).

Foi apresentada a estreita relação entre os princípios e práticas da Atenção Primária com o Modelo Social da Deficiência, na medida em que ambos têm foco no sujeito/família considerando a diversidade humana, integrando nesse cuidado o trabalho no território, com comprometimento e apoio da comunidade, favorecendo dessa forma um espaço com condições efetivas para a inclusão social e acesso ao cuidado.

A assistência especializada de saúde foi analisada na dissertação a partir de dados secundários da resposta dos estados da federação à meta 2010-2011 do Pacto pela Saúde. O estudo mostrou que não houve o cumprimento total da meta, ainda que a atenção de saúde para Pessoas com Deficiência faça parte da agenda de políticas de saúde do governo. A expansão da provisão foi residual e concentrada em 17 municípios contemplados majoritariamente nas regiões Sul e Sudeste. Esta concentração reproduz a situação de escassez e a desigualdade regional histórica na assistência de saúde brasileira.

Além da escassez, outra questão relevante é relacionada à descontinuidade na atenção, contrariando as diretrizes constitucionais e legais de integralidade do cuidado.

A Atenção Hospitalar foi estudada a partir da análise do registro de ocupação de leitos clínicos de Reabilitação, Crônicos e de Neurologia. Pode-se observar a prevalência atual e nos registros de anos anteriores de internação por causas crônicas. No entanto, aponta-se o problema de registros inadequados que impedem uma expressão fiel da realidade de internações em Reabilitação. Destaca-se também a falta de regulação e estruturação do processo de trabalho em Reabilitação assim como a baixa cobertura da capacidade instalada. Além disso, há má distribuição de leitos de reabilitação no território nacional, fato que agudiza o problema e produz situações regionais de completa desassistência nesse nível de complexidade.

Esse estudo, por tratar de uma complexa experiência multidimensional - a deficiência- tal como nas pesquisas internacionais, esbarrou com desafios no

acesso a dados nacionais, com série histórica, nas diferentes regiões do território nacional, que abordassem temas relacionados com cuidados de saúde.

No universo internacional, dentre os documentos analisados, o Relatório Mundial sobre a Deficiência (OMS 2011) destaca-se pela qualidade e quantidade de informações. O expressivo volume de dados permite traçar um retrato mais consistente e atual da deficiência no mundo, o que sem dúvida representa melhores perspectivas no planejamento de políticas públicas para esse grupo populacional no futuro.

No Brasil, a ausência do tratamento dos temas referentes as Pessoas com Deficiência em estudos censitários no universo integral da população, e a pouca produção de pesquisas científica são fatores que a avaliação da adesão/incorporação de uma política pública para esse grupo no território nacional.

No entanto já existe um embrião de estudos que foram acessados no estudo e que em muito contribuiram para a análise. Foram observadas pesquisas que expressam dados sobre variáveis socioeconômicas e ambientais, diferente da produção científica típica do Modelo Biomédico o que demonstra avanço no entendimento das necessidades das Pessoas com Deficiência no Brasil. O reconhecimento desse contexto complexo é imprescindível para avaliação e formulação de Políticas Públicas de Saúde que possam garantir melhora na qualidade de vida da população dos diferentes extratos sociais.

Espera-se que esta dissertação contribua para a pesquisa sobre as políticas públicas voltadas para a população com deficiência, por se tratar de tema que necessita ser fortalecido. Do vazio investigativo nesse campo resultam medidas inconclusas, com carência de recurso público e a sensação que, por vezes, caminha-se, mas pouco se avança na mudança da realidade desfavorável das Pessoas com Deficiência quanto à garantia dos seus direitos. Uma mudança real pode significar a efetivação da proteção social com qualidade para a população brasileira e o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

6- ANEXOS

ANEXO I

LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL FAZ REFERÊNCIA ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

DOCUMENTO	ANO	OBS
Não Específico		
NORMAS PARA EQUIPARAÇÃO DE OPORTUNIDADES PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DA ONU N.º 48/96	20. 12. 1993	
CARTA PARA O TERCEIRO MILÊNIO	09.09.1999	Assembleia Governativa da RehabilitationInternational, em Londres, Grã-Bretanha
<i>Convenções</i>		
CONVENÇÃO OIT 111	25.06. 1958	Sobre a discriminação em matéria de emprego e profissão.
CONVENÇÃO OIT 159	20.06. 1983	Trata sobre Reabilitação Profissional e Emprego de PcD
CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA	20.11. 1989	
CONVENÇÃO DA GUATEMALA	28.05. 1999	Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as PcD
CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	2006	
<i>Declarações</i>		
DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS RESOLUÇÃO ONU N.º 217 A (III)	12.1948	Declaração Mundial sobre Educação para Todos
DECLARAÇÃO DE SUNDEBERG (TORREMOLINOS, ESPANHA)	07. 11.1981	Conferência Mundial sobre Ações e Estratégias para Educação, Prevenção e Integração. Trata do acesso à educação, ao treinamento, à cultura e à informação, pela PcD
DECLARAÇÃO DE CAVE HILL (BARBADOS)	1983	Um dos principais documentos a condenar a imagem de pessoas com deficiência como cidadãos de segunda categoria
DECLARAÇÃO DE JOMTIEN (TAILÂNDIA)	09. 03. 1990	
DECLARAÇÃO DE SALAMANCA	10.07. 1994	Sobre princípios, política e prática em educação especial.
DECLARAÇÃO DE SANTIAGO (CHILE)	19. 04. 1998	Trata do combate à discriminação e da integração de grupos vulneráveis à vida política e econômica
DECLARAÇÃO DE QUITO	24. 07 1998	Trata da exigibilidade e realização dos direitos econômicos, sociais e culturais (DESC) na América Latina.
DECLARAÇÃO DE MADRI	23.03. 2002	Aprovada no Congresso Europeu de PcD

DECLARAÇÃO DE SAPPORO (JAPÃO)	18.10. 2002	6ª Assembleia Mundial da Disabled Peoples' International– DPI
DECLARAÇÃO DE CARACAS	18.10. 2002	1ª Conferência da Rede Ibero-Americana de ONGs de Pessoas com Deficiência e suas Famílias
Resoluções		
RESOLUÇÃO ONU 2.896	20.12.1971	Declaração dos Direitos do Deficiente Mental.
RESOLUÇÃO ONU 3.447	09.12.1975	Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes.
RESOLUÇÃO ONU 37/52	03.12.1982	Programa de Ação Mundial para Pessoas Deficientes.
RESOLUÇÃO ONU 45/91	14.12. 1990	Trata da execução do Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes e da Década das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas.
RESOLUÇÃO ONU 46	16.12. 1991	Trata da execução do Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes e da Década das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas
RESOLUÇÃO ONU 47/3	14.10.1992	Adotou o dia 03 de dezembro como o Dia Internacional das Pessoas com Deficiência.
RESOLUÇÃO ONU 48/96	20.12.1993	As Normas sobre a Equiparação de Oportunidades para PcD para a igualdade de participação em acessibilidade, educação, emprego, renda e seguro social, vida familiar e integridade pessoal, cultura, recreação e esportes e religião, informação e pesquisa, políticas de planejamento, legislação, políticas econômicas e outros temas pertinentes.
Recomendações		
RECOMENDAÇÃO OIT N.º 99, (EM ESPANHOL)	25.06.1955	Sobre princípios e métodos de orientação vocacional e treinamento profissional, meios de aumentar oportunidades de emprego para PCD, emprego protegido, disposições especiais para crianças e jovens com deficiência.
RECOMENDAÇÃO OIT N.º 111	04.06.1958	Trata da discriminação em matéria de emprego e profissão
RESOLUÇÃO ONU 48/96	20.06.1983	Suplementa a Convenção relativa à Reabilitação Profissional e Emprego de 1983 e a Recomendação relativa a Reabilitação Profissional de 1955

Fonte: <http://www.faders.rs.gov.br> Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoas com Deficiência e PcAH do Rio Grande do Sul

ANEXO II

LEIS E DECRETOS REFERENTES À IGUALDADE E NÃO DISCRIMINAÇÃO DA PCD

DOCUMENTO	ANO	OBS
DECRETO-LEI Nº 2.848	7.12. 1940	Código Penal. Dos Crimes Contra a Organização do Trabalho

LEI Nº 7.853	24.10.1989	Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.
LEI Nº 9.455	7.04.1997	Define os crimes de tortura e dá outras Providências
LEI Nº 8.112	11.12.1990	Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.
DECRETO Nº 3.298	20.12.1999	Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências.
<u>LEI Nº 11.340</u>	7.08. 2006	Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher
DECRETO Nº 6.949	25.08.2009	Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007
DECRETO Nº 7.037	21.12.2009	Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) e dá outras providências.

Fonte: Relatório específico da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições gerais da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010; LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, Câmara dos Deputados <http://bd.camara.leg.br>

ANEXO III

LEIS E DECRETOS REFERENTES À CRIANÇA E ADOLESCENTE COM ABORDAGEM NA DEFICIÊNCIA

DOCUMENTO	ANO	OBS
LEI Nº 7.853	24.10.1989	Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.
LEI Nº 8.642	31.03. 1993	Dispõe sobre a instituição do Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (Pronaica) e dá outras providências
LEI Nº 9.39	20.12.1996	Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.
LEI Nº 10.172	9.01. 2001	Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências
LEI Nº 10.845	5.05. 2004	Institui o Programa de Complementação ao Atendimento Educacional Especializado às Pessoas Portadoras de Deficiência, e dá outras providências.
LEI Nº 12.594	18.01.2012	Institui o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (Sinase), regulamenta a execução das medidas socioeducativas destinadas a adolescente que pratique ato infracional; e altera as Leis nos 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente); 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 7.998, de 11 de janeiro de 1990, 5.537, de 21 de novembro de 1968, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, os Decretos-Leis nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto- Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943.
DECRETO Nº 7.612	17.11.2011	Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite
DECRETO Nº 99.710	21.11.1990	Promulga a Convenção sobre os Direitos da Criança.

DECRETO Nº 3.298	20.12.1999	Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências.
DECRETO Nº 6.949	25.08.2009	Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007
DECRETO Nº 7.037	21.12.2009	Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) e dá outras providências.

Fonte: Relatório específico da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições gerais da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010; LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, Câmara dos Deputados <http://bd.camara.leg.br>

ANEXO IV

LEIS E DECRETOS REFERENTES À ACESSIBILIDADE

DOCUMENTO	ANO	OBS
LEI Nº 7.405	12.11.1985	Torna obrigatória a colocação do “Símbolo Internacional de Acesso” em todos os locais e serviços que permitam sua utilização por pessoas portadoras de deficiência e dá outras providências.
LEI Nº 7.853	24.10.1989	Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.
LEI Nº 8.160	8.01.1991	Dispõe sobre a caracterização de símbolo que permita a identificação de pessoas portadoras de deficiência auditiva.
LEI Nº 10.048 LEI Nº 10.098	19.12. 2000	Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.
LEI Nº 10.436	24.04.2002	Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais (Libras) e dá outras providências.
LEI Nº 11.126	27.07.2005	Dispõe sobre o direito do portador de deficiência visual de ingressar e permanecer em ambientes de uso coletivo acompanhado de cão-guia.
DECRETO Nº 7.612	17.11.2011	Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite
LEI Nº 12.587	3.01.2012	Institui as diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana; revoga dispositivos dos Decretos-Leis nos 3.326, de 3 de junho de 1941, e 5.405, de 13 de abril de 1943, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e das Leis nos 5.917, de 10 de setembro de 1973, e 6.261, de 14 de novembro de 1975; e dá outras providências
DECRETO Nº 3.298	20.12.1999	Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências.
DECRETO Nº 3.691	19.12.2000	Regulamenta a Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994, que dispõe sobre o transporte de pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual.
DECRETO Nº 5.296	02.12.2004	Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências..

DECRETO Nº 5.626	22.12.2005	Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais (Libras), e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.
DECRETO Nº 5.645	28.12. 2005	Dá nova redação ao art. 53 do Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004.
DECRETO Nº 5.762	27.04.2006	Prorroga, por sessenta dias, o prazo previsto para expedição da norma complementar de que trata o art. 2º do Decreto nº 5.645, de 28 de dezembro de 2005.
DECRETO Nº 5.904	21.09. 2006	Regulamenta a Lei nº 11.126, de 27 de junho de 2005, que dispõe sobre o direito da pessoa com deficiência visual de ingressar e permanecer em ambientes de uso coletivo acompanhada de cão-guia e dá outras providências.
DECRETO Nº 6.949	25.08.2009	Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007
DECRETO Nº 7.037	21.12.2009	Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) e dá outras providências.

Fonte: Relatório específico da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições gerais da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010; LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, Câmara dos Deputados <http://bd.camara.leg.br>

ANEXO V

LEIS E DECRETOS QUE DISPÕE SOBRE GARANTIAS DE VIDA EM SITUAÇÕES DE EXTREMA POBREZA

DOCUMENTO	ANO	OBS
DECRETO Nº 6.214 DECRETO Nº 6.554	26.09.2007 12.10.2008	Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao Art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências.
DECRETO Nº 6.949	25.08.2009	Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007
DECRETO Nº 7.037	21.12.2009	Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) e dá outras providências.

Fonte: Relatório específico da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições gerais da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010; LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, Câmara dos Deputados <http://bd.camara.leg.br>

ANEXO VI

LEIS E DECRETOS QUE REFEREM OS DIREITOS DE LIBERDADE E SEGURANÇA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

DOCUMENTO	ANO	OBS
Lei Nº 10.098	2009	Altera Lei Nº 10.098 que determina adaptação de brinquedos
LEI Nº 10.671	15.05.2003	Dispõe sobre o Estatuto de Defesa do Torcedor e dá outras providências
DECRETO Nº 6.949	25.08.2009	Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007

DECRETO Nº 7.037	21.12.2009	Aprova o Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) e dá outras providências.
DECRETO Nº 7.235	19.07.2010	Regulamenta a Lei nº 12.190, de 13 de janeiro de 2010, que concede indenização por dano moral às pessoas com deficiência física decorrente do uso da talidomida.

Fonte: Relatório específico da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições gerais da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010; LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, Câmara dos Deputados <http://bd.camara.leg.br>

ANEXO VII

LEIS E DECRETOS QUE REFEREM OS DIREITOS DE NÃO SER SUBMETIDO À EXPLORAÇÃO, À VIOLÊNCIA E AO ABUSO

DOCUMENTO	ANO	OBS
Lei Nº 11.340	07.08.2006	Lei Maria da Penha
Lei Nº 12.015	07.08.2009	Altera Código Penal, na parte “Dos Crimes Contra Costumes” em que os crimes sexuais contra vítimas com enfermidade ou deficiência mental têm pena aumentada.

Fonte: Relatório específico da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições gerais da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010; LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, Câmara dos Deputados <http://bd.camara.leg.br>

ANEXO VIII

LEIS E DECRETOS QUE REFEREM SOBRE INCLUSÃO E O DIREITO A EDUCAÇÃO

DOCUMENTO	ANO	OBS
Lei nº 9.394	20.12.1996	Traça as diretrizes e bases da educação nacional, estabelece, a propósito da Educação Especial, em seu capítulo V
LEI Nº 7.853	24.10.1989	Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.
Lei nº 8.069	13.07.1990	Estatuto da Criança e do Adolescente Art. 54 estabelece: “É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente: III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino”.
A Lei nº 10.436	24.04.2002	Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras, notadamente em seu artigo 4º estabelece que o sistema educacional federal e os sistemas educacionais estaduais, municipais e do Distrito Federal devem garantir a inclusão nos cursos de formação de Educação Especial, de Fonoaudiologia e de Magistério, em seus níveis médio e superior, do ensino da Língua Brasileira de Sinais – Libras, como parte integrante dos parâmetros Curriculares Nacionais
DECRETO Nº 7.612	17.11.2011	Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite

DECRETO Nº 3.298	20.12.1999	Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências.
Decreto Nº 6.571	2008	Define o financiamento para o Atendimento Educacional Especializado aos alunos público alvo da educação especial matriculados na educação regular pública

Fonte: Relatório específico da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições gerais da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010; LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, Câmara dos Deputados <http://bd.camara.leg.br>

ANEXO IX

LEIS E DECRETOS REFERENTES A DETERMINAÇÕES DO TRABALHO

DOCUMENTO	ANO	OBS
CONSTITUIÇÃO FEDERAL Art. 7º, XXXI e Art. 37, VIII	1988	Proibição expressa de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador com deficiência e delibera sobre a reserva de cargos e empregos públicos para pessoas com deficiência, em percentual a ser definido em lei.
DECRETO-LEI Nº 5.452	1º.05.1943	Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho
LEI Nº 7.853	24.10.1989	Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.
LEI Nº 8.112	11.12.1990	Dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.
LEI 8.213	1991	Ementa: pessoa portadora de deficiência - Reserva de Mercado de Trabalho e despedida imotivada de empregado reabilitado. - art. 93, parágrafo 1º
LEI Nº 12.513	26.10.2011	Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); altera as Leis nº 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio, nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências.
DECRETO Nº 7.612	17.11.2011	Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite
DECRETO Nº 129	22.05.1991	Promulga a Convenção nº 159, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), sobre Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes.
DECRETO Nº 2.682	21.08.1998	Promulga a Convenção nº 168 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), relativa à Promoção do Emprego e à Proteção contra o Desemprego.

Fonte: Relatório específico da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições gerais da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010; LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, Câmara dos Deputados <http://bd.camara.leg.br>

ANEXO X

LEIS E DECRETOS REFERENTES À BENEFÍCIOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL À PcD

PORTARIA	DATA	OBJETIVO
LEI Nº 7.070	20.12.1982	Dispõe sobre pensão especial para os deficientes físicos que específica e dá outras providências
DECRET O-LEI Nº 2.236	23.01.1985	Altera a tabela de emolumentos e taxas aprovada pelo art. 131 da Lei nº 6.815, de 19 de agosto de 1980.
LEI Nº 8.212	24.07.1991	Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui plano de custeio, e dá outras providências.
LEI Nº 8.383	30.12.1991	Institui a Unidade Fiscal de Referência, altera a legislação do Imposto de Renda e dá outras providências.
LEI Nº 8.213	24.07.1991	Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências.
LEI Nº 8.687	20.07.1993	Retira da incidência do Imposto de Renda benefícios percebidos por deficientes mentais.
LEI Nº 8.686	20.07. 1993	Dispõe sobre o reajustamento da pensão especial aos deficientes físicos portadores da Síndrome de Talidomida, instituída pela Lei nº 7.070, de 20 de dezembro de 1982.
LEI Nº 8.742	7.12.1993	Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências.
LEI Nº 8.899	29.06.1994	Concede passe livre às pessoas portadoras de deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual.
LEI Nº 8.989	24.02.1995	Dispõe sobre a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), na aquisição de automóveis para utilização no transporte autônomo de passageiros, bem como por pessoas portadoras de deficiência física, e dá outras providências.
LEI Nº 9.867	10.11.1999	Dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme específica.
LEI Nº 10.182	12.02. 2001	Restaura a vigência da Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, que dispõe sobre a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) na aquisição de automóveis destinados ao transporte autônomo de passageiros e ao uso de portadores de deficiência física, reduz o imposto de importação para os produtos que específica, e dá outras providências.
LEI Nº 10.216	6.04. 2001	Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
LEI Nº 10.708	31.057. 2003	Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações
LEI Nº 12.190	13.01.2010	Concede indenização por dano moral às pessoas com deficiência física decorrente do uso da talidomida, altera a Lei nº 7.070, de 20 de dezembro de 1982, e dá outras providências.
DECRETO Nº 3.048	06.05.1999	Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências.
DECRETO Nº 5.085	19.05.2004	Define as ações continuadas de assistência social.
DECRETO Nº 6.214 DECRETONº 6.554	26.09.2007 12.10.2008	Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao Art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências.
DECRETO Nº 7.235	19.07.2010	Regulamenta a Lei nº 12.190, de 13 de janeiro de 2010, que concede indenização por dano moral às pessoas com deficiência física decorrente do uso da talidomida.
DECRETO Nº 7.237	20.07.2010	Regulamenta a Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, para dispor sobre o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social para obtenção da isenção das contribuições para a seguridade social, e dá outras providências.

Fonte: Relatório específico da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições gerais da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010; LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, Câmara dos Deputados <http://bd.camara.leg.br>

ANEXO XI

LEIS E DECRETOS REFERENTES À SAÚDE

DOCUMENTO	ANO	OBS
Constituição Federal	1988	Regulamenta como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: cuidar da saúde e assistência da proteção e garantia das pessoas com deficiência
LEI Nº 7.853	24.10.1989	Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.
LEI Nº 9.656	3.06.1998	Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde
LEI Nº 9.961	28.01.2000	Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e dá outras providências
DECRETO Nº 7.612	17.11.2011	Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite
DECRETO Nº 3.298	20.12.1999	Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências.

Fonte: Relatório específico da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições gerais da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010; Legislação Brasileira Sobre Pessoas Com Deficiência, Câmara dos Deputados <http://bd.camara.leg.br>; Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência, 2006.

ANEXO XII

PORTARIAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA OS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO

DOCUMENTO	ANO	OBS
Portaria MS/SAS n.º 304	2.07.1992	Define normas para o atendimento de reabilitação em nível ambulatorial, discriminando os serviços por nível de complexidade - Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório e Núcleos/Centros de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, bem como os recursos humanos e físicos, necessários para o funcionamento desses serviços.
Portaria MS/SAS n.º 305	2.07.1992	Inclui no Sistema de Informações Hospitalar do Sistema Único de Saúde SIH/SUS grupo referente ao tratamento em Reabilitação e seus procedimentos, a serem cobrados por hospitais, previamente autorizados pelas SES.
Portaria MS/SAS n.º 306	2.07.1992	Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde SIA/SUS códigos para atendimento m Núcleos/ Centros de Reabilitação, Unidades Básicas, Centros de Saúde e Ambulatórios.
Portaria MS/SAS n.º 116	9.09.1993	Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS a concessão de órteses e próteses e bolsas de colostomia
Portaria MS/SAS n.º 146	14.10.1993	Estabelece diretrizes gerais para a concessão de órteses e próteses pela assistência ambulatorial
Portaria MS/SAS n.º 388	29.07.1999	Estabelece que as empresas de Ortopedia Técnica, fornecedoras de órteses e próteses, deverão oferecer garantia para o material fornecido, mediante instrumento próprio.
Portaria MS/GM n.º 1.278	20.10.1999	Estabelece critérios de Indicação e Contra Indicação de Implante Coclear, a serem realizados por serviços previamente habilitados.
Portaria MS/SAS n.º 584	21.10.1999	Dispõe sobre a cobrança dos implantes Cocleares

Portaria MS/GM n.º 818	5.06.2001	Cria mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física
Portaria MS/SAS n.º 185	5.06. 2001	Altera a descrição de serviços e procedimentos constantes da Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS, para adequá-los à criação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiências Físicas, que trata a Portaria n.º 818/2001.
Portaria MS/GM n.º 822	6.06.2001	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal – PNTN
Portaria MS/GM n.º 1.531	4.09.2001	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva.
Portaria MS/GM n.º 364	5.09.2001	Inclui nas Tabelas de Serviço e de Classificação do Serviço do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS – SIA-SUS, serviços e procedimentos de terapia em pneumologia e de assistência a pacientes com Distrofia Muscular Progressiva, de modo a possibilitar a implantação do Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva, de que trata a Portaria MS/GM n.º 1.531, de 4/9/2001.
Portaria MS/GM n.º 2305	19.12. 2001	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa para assistência da Osteogênese Imperfecta
Portaria MS/GM n.º 1060	5.06.2002	Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência
Portaria MS/GM n.º 1635	12.09.2002	Inclui no SAI/SUS procedimentos específicos para o atendimento de pacientes portadores de deficiência mental e autismo
Portaria MS/GM n.º 2073	28.09. 2004	Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
Portaria MS/SAS n.º 587	7.10.2004	Regulamenta a Atenção à Saúde Auditiva
Portaria MS/SAS n.º 589	8.10.2004	Regulamenta os códigos da atenção de Saúde Auditiva
Portaria MS/SAS n.º 275	31.05.2005	Institui o Atestado de Equipe Multiprofissional do Sistema Único de Saúde– SUS, a ser utilizado para identificação das pessoas portadoras de deficiência, com a finalidade da concessão de Passe Livre em transportes interestaduais, conforme disposto na Portaria Interministerial n.º 03, de 10 de abril de 2001.
Portaria MS/GM nº 957	15.05. 2008	Política Nacional de Atenção em Oftalmologia
Portaria MS/GM nº 3.128	24.12. 2008	Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual

Fonte: Relatório específico da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições gerais da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010; Legislação Brasileira Sobre Pessoas Com Deficiência, Câmara dos Deputados <http://bd.camara.leg.br> Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência , 2006.

ANEXO XIII

Área estratégica	Ações propostas para o Nasf
Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> Realização do levantamento de pessoas com deficiências residentes na área sob responsabilidade do Nasf e equipes vinculadas.
	<ul style="list-style-type: none"> Realização de avaliação funcional para definição do serviço em que será realizado o processo de reabilitação (atenção básica ou serviços especializados).
	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento longitudinal de casos, em conjunto com as equipes de AB, de acordo com os critérios previamente estabelecidos.
	<ul style="list-style-type: none"> Realização de atendimento ambulatorial em reabilitação na UBS, quando possível.
	<ul style="list-style-type: none"> Realização de atividades coletivas: práticas corporais, tratamento de dores posturais, orientações para famílias de pessoas com deficiência, grupo de estimulação cognitiva para adultos/prevenção de problemas de memória, entre outros temas.
	<ul style="list-style-type: none"> Assistência domiciliar aos usuários restritos ao leito ou ao domicílio que requerem cuidados em reabilitação.
	<ul style="list-style-type: none"> Orientação e informação às pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional diante das características específicas de cada indivíduo.
	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de órteses e/ou próteses realizadas por outro nível de atenção à saúde.
	<ul style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de ações de reabilitação baseadas no saber da comunidade, valorizando seu potencial e considerando que todos os envolvidos são agentes do processo de reabilitação e inclusão social.
	<ul style="list-style-type: none"> Realização de campanhas de mobilização visando à prevenção de deficiências por meio de sensibilização de gestantes para a realização do teste do pezinho e da triagem auditiva neonatal, campanhas de prevenção de acidentes domésticos e acidentes no trânsito, ações para prevenção de quedas em idoso, entre outras.

Fonte: (BELO HORIZONTE, 2010).

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.; OLIVER, F. **Abordagens territoriais em reabilitação de Pessoas Com Deficiências: fundamentos para a Terapia Ocupacional.** In DE CARLO, M. & BARTALOTTI, C. *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas.* São Paulo, Plexusp, 2001, p. 81-98.

ALONSO, C. M. C. **O trabalho e o trabalhar de uma equipe de reabilitação no Programa de Saúde da Família no município de São Paulo.** Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2009.

Aranha, M. S. F. (1980). **Overview of the Rehabilitation Movement in the United States and Proposals for an Extended Rehabilitation Model in Brazil.** Carbondale, Il. Southern Illinois University, Dissertação de Mestrado.

_____ (1995). Integração Social do Deficiente: Análise Conceitual e Metodológica. **Temas em Psicologia**, n.2, p. 63- 70.

ARRETCHE, M. **O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas.** In GERSCHMAN, Sílvia; VIANNA, Maria Lucia Werneck (Orgs.). *A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

_____. **Estado federativo e políticas sociais: determinantes da descentralização.** Rio de Janeiro/ São Paulo: Fapesf: REVAN, 2000.

_____. **Financiamento federal e gestão de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2003.

ASÍS, R., BARIFFI, F.; PALACIOS, A. **Princípios éticos y fundamentos jurídicos**. In R. de Lorenzo; L. Cayo Pérez Bueno (Dir.). **Tratado sobre Discapacidad**. Cizur Menor: Aranzadi, 2007.

AYRES, J. R. C. M. **Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas**. Saúde e Sociedade, 2009.

BASSI, B. G. C.; MALFITANO A. P. S. **As políticas públicas e o terapeuta ocupacional na Atenção Básica em Saúde: a representação nos congressos brasileiros da área**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 443-454, 2012

BARNES, C.; MERCER, G. (Eds.). **Exploring the Divide. Ilnes and Disability**. Leeds: The Disability Press, 1996.

BARTON, L. **The Struggle for Citizenship: the case of disabled people**. American Sociological Association's Annual Conference in Pittsburgh, USA, 1992.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. Censo IBGE, 2000.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria Executiva. **Atenção Básica – PAB – Parte Fixa**. Brasília, DF, 2001.

_____, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia de Saúde da Família**. Disponível em: www.saude.gov.br.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, 2002.

_____. **Financiamento federal e gestão local de políticas federais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.8, n.2, 2003, p. 331-45.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2006.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência.** 2ª. ed. rev. atual. Brasília, 2006.

_____-RESENDE, CROSARA, A. P.; VITAL, F. M. P. (Coords.). **A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.** Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, Brasília, 2008.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Brasília, 2008.

_____, Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e reprodutivos na integralidade de atenção à saúde de pessoas com deficiência.** Brasília, 2009.

_____. Censo IBGE, 2010.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA 27 – Diretrizes do Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília, 2010, p.152.

_____. **1º Relatório Nacional da República Federativa do Brasil sobre o cumprimento das disposições da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência 2008-2010**. Secretaria de Direitos Humanos, 2011-2012.

_____, SDH-PR/SNPD. **Cartilha do Censo 2010, Pessoa Com Deficiência**, 2012.

_____, Site: SDPD-SDH/PR.2013.

_____, Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção Básica; Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família 39**. Brasília, 2014, p. 114.

CAMPOS, G. W. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CHARLTON, J. I. **Nothing about Us without Us**. Berkeley: University of California, Press, 1998.

DATASENADO. **Condições de vida das pessoas com deficiência no Brasil – Relatório de Pesquisa de Opinião Pública Nacional**. Secretaria Especial de Comunicação Social; Secretaria de Pesquisa e Opinião Pública. Brasília, 2010.

DINIZ, B. P. C.; SERVO, L. M. S.; PIOLA, S. F.; EIRADO, M. **Gasto das famílias com saúde no Brasil: evolução e debate sobre gasto catastrófico**, LIVROS-10 Capítulo 4, IPEA, Brasília, 2007

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. **Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. Revisão Internacional de Direitos Humanos**, v.6, n.11, 2009, p. 65-77.

DPI-EUROPE **Position statement on bioethics and human rights**. Disponível em: <http://freespace.virgin.net/dpi.europe/downloads/bioethics-english>. 2000.

DPI-EUROPE. **The Right to Live and be Different**. Disponível em: <http://www.johnnypops.demon.co.uk/bioethicsdeclaration/index.htm>. 2000.

FLEURY, S. Reshaping Health Care Systems in Latin America: Toward Fairness? In FLEURY, S.; BELMARTINO, S.; BARIS, E. (Eds.). **Reshaping health care systems in Latin America. A comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico**. Canadá: International Development Research Centre, 2000, p. 225-62.

FRANCIS, D. M. **Are We Promoting the Health of People with Physical Mobility Impairments?** A literature review *Health Education*, v.110, n.2, 2010.

GILBERT, C.; AWAN, H. **Blindness in Children**. *British Journal of Medicine* v.327, 2003, p.760-1.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção primária à saúde**. In GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HARRINGTON, A. L.; HIRST, M. A.; HAMMOND, F. M.; NORTON, H. J.; BOCKNEK, M. D. **Assessment of Primary Care Services and Perceived Barriers to Care in Persons with Disabilities**. *Am J Phys Med Rehabil*, 2009.

HENKIN, L. et al. **International Law: Cases And Materials**. 3ª ed. Minnesota: West Publishing, 1993, p. 375-6..

INDIA. **South Asia Network for Chronic Disease (Sanced)**, 2010.

JARDIM, T. A. de; AFONSO, V. C.; PIRES, I. C. **A terapia ocupacional na estratégia.** Rev. Terapia Ocupacional Universidade. São Paulo, v.19, n.3, set./dez. 2008, p. 167-75.

JONES, M. **Can International Law Improve Mental Health? Some Thoughts on the Proposed Convention on the Rights of People with Disabilities.** International Journal of Law and Psychiatry, 2005.

JONG, G. **The Movement for Independent Living: Origins, Ideology and Implications for Disability Research.** East Lansing: Michigan State University Press, 1979.

KEEFFE, J. **Childhood vision impairment.** British Journal of Ophthalmol. v.88, n.6, 2004, p. 728-29.

KIRAKOSYAN, V. L. **Disability Policies and Politics: A New Perspective for Brazilian Disability Citizenship?** Polytechnic Institute and State University, 2012.

LANNA, J.; MARTINS. M. C. (Comp.). **História do movimento político das pessoas com deficiência no Brasil.** Brasília: Secretaria de Direitos Humanos; Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.

LIMA, C. M.; ROCHA, D. G. **Modelos de atenção desejáveis subsídios para a construção de uma Agenda da Saúde.** In Série Técnica – Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, v.6, p 171-91. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília – DF, 2003.

MARGE M. **Toward a state of well-being: promoting healthy behaviors to prevent secondary conditions.** In Lollar D. J. (ed.). Preventing Secondary Conditions Associated With Spina Bifida and Cerebral Palsy: Proceedings and

Recommendations of a Symposium. Washington, DC: Spina Bifida Association of America, 1994, 87-94.

MATTOS, R. A. **O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades**. PHYSIS. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2002.

MENDES, E. V. – **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.

MENDES, V. E. **Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02** Segunda versão, produzida em 24 de outubro de 2002. Disponível em:
<http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/media/noas.doc>. Acesso em jul.2013

MENDES-GONÇALVES R. B. **Tecnologia e organização das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, v.15 n.5. Rio de Janeiro, ago 2010.

NERI, M.; PINTO, A.; SOARES, W. COSTILA H. **Retrato da Deficiência no Brasil**. FGV, Ibre, CPS, 2003.

NICOLAU, S. M. **Deficiência, gênero e práticas de saúde: estudo sobre a integralidade em atenção primária**. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva, 2011.

NUSSBAUM, M. **Las fronteras de la justicia: consideraciones sobre la exclusión**. Barcelona: Paidós Iberica Ediciones, 2007.

OCKÉ-REIS, C. O.; MARMOR, R.T. **The Brazilian National Health System: An Unfulfilled Promise**. International Journal of Health Planning and Management, 2010.

OLIVER, M. **Understanding Disability: From Theory to Practice**. Londres: Macmillan, 1996.

OMS. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. 2003.

_____. **Management of low vision in children**. Bancoc: WHO/PBL 93-27, 1992.

_____. **Programme for the Prevention of Blindness and Deafness**. Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness. Bancoc: WHO/PBL/97, 1997.

_____. **Programme for the Prevention of Blindness**. Management of low vision in children – Report of a WHO Consultation. Bancoc : WHO/PBL/93-27, 1992.

OMS/ONU. **Relatório Mundial Sobre a Deficiência**. Nova York, 2011.

ONU. **Declaração Internacional de Direitos Humanos**, 1948.

ONU. **Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e Protocolo Facultativo**, 2006.

PALACIOS, A.; ROMANACH, J. **El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzarla plena dignidad en la diversidad funcional**. Madrid: 2006.

PALACIOS, A.; ROMAÑACH, J.; FERREIRA, M. A. V.; FERRANTE, C. **Functional Diversity, Bioethics and Sociological Theory: A New Approach to Disability.** Disability & Society (submitted) (2009).

PELOSI, M. B. **Tecnologia** Assistiva. Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

PIOVESAN, F. **O sistema internacional de proteção dos direitos humanos e o Brasil.** Revista Fundação Escola Superior. Ministério Público. Distrito Federal e Territórios. Disponível em: <http://www.social.org.br/relatorio2000/relatorio002.htm>. Brasília, Ano 8, v.15, 2000, p. 93- 110.

PORTO, S. M. **Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud.** Cadernos de Saúde Pública, v.18, n.4, 2002, p. 939-57.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. **A humanização dos serviços e o direito à saúde.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004, p.1.342-53.

REICHER, S. C.; ATALLA, R. **A Convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência – status de implementação nos países do G20.** Konrad Adenauer Stiftung, 2011.

RIMMER, J. H. **Health Promotion for People With Disabilities: The Emerging Paradigm Shift From Disability Prevention to Prevention of Secondary Conditions.** Journal of the American Physical Therapy Association and Fysiotherapeut, v 79, n.5, 1999, p. 495-502.

RESNIKOFF, S. et al. **Global Data on Visual Impairment in the Year 2002.** World Health Organ.,Geneve, v.82, n.11, 2004, p. 844-51.

ROCHA, E. F. **Deficiência e reabilitação: questões históricas e epistemológicas.** (Org.). Reabilitação de pessoas com deficiência: a intervenção em discussão. São Paulo: Roca, 2006.

ROMAÑACH, J.; LOBATO, M. **Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano.** Foro de Vida Independiente, 2005.

SANTOS, W. R. **Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas?** Ciência & Saúde Coletiva, 16 (Supl. 1), 2011, p. 787-96.

SCOTCH, R. **Disability as a Basis for a Social Movement: Advocacy and the Politics of Definition.** Journal of Social Issues, 44, 1985, p. 159-72.

SEN, A. **Human Rights and Capabilities,** Journal of Human Development, v.6, n.2, 2005.

SHAPIRO, J. **No Pity. People with Disabilities Forging a New Civil Rights Movement.** Nova York: Times Books. Random House, 1994.

SIQUEIRA F. C. et al. **Architectonic barriers for elderly and physically disabled people: an epidemiological study of the physical structure of health service units in seven Brazilian States.** Ciência & Saúde Coletiva, 2009.

SILVA, T. S. **A Estratégia de Saúde da Família e desempenho da atenção primária nas grandes cidades brasileiras.** ENSP/Ipea. Brasília, 2011.

SILVA, A. T. C. et al. **Núcleos de apoio à saúde da família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da atenção primária do município de São Paulo, Brasil** Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2012.

SOUZA, J. M., CARNEIRO, R. **Universalismo e focalização na política de atenção à pessoa com deficiência.** Saúde Sociedade São Paulo, 2007.

SCHRAIBER, L. B. **Programação hoje: a força do debate.** In Schraiber LB. (Org.). Programação em Saúde Hoje, 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

SWAIN, J.; FRENCH, S., BARNES, C.; THOMAS, C. **Disabling Barriers – Enabling Enviroments.** Londres: Sage, 2004.

TOBOSO, M. **Rethinking disability in Amartya Sen’s Approach: ICT and Equality of Opportunity.** Ethics and Information Technology, 2011.

UGÁ, M. A. D., SANTOS, I. S. **An Analysis of Equity in Brazilian Health System Financing.** Health Affairs, 2007.

UAUY, R. **Impacto da experiência brasileira na América Latina.** Disponível em: www.thelancet.com.

UNICEF. **Situação Mundial da Infância: Crianças com Deficiência,** 2013.

VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MACINKO, J.; MARTINS, M.; NORONHA, J. C.; NOVAES, H.; OLIVEIRA, E. S.; PORTO, S. M.; SILVA, L. M V.; SZWARCOWALD, C. L. **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro.** Ciência & Saúde Coletiva, 2004.

WOLBRING, G. **Disability Rights Approach Toward Bioethics?** Journal of Disability Policy Studies, 14 (3), 2003, p. 174-80.

WORLD BANK. **People With Disabilities In India: From Commitments To Outcomes.** Human Development Unit South Asia Region, 2009.

