



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

ADJA FERNANDA DA SILVA

**A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: UM ESTUDO
BIBLIOGRÁFICO**

CAMPINA GRANDE

2018

ADJA FERNANDA DA SILVA

**A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: UM ESTUDO
BIBLIOGRÁFICO**

Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Noalda Ramalho.

CAMPINA GRANDE

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S586a Silva, Adja Fernanda da.
A atenção à saúde da pessoa com deficiência [manuscrito]
: um estudo bibliográfico / Adja Fernanda da Silva. - 2019.
33 p.
Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2019.
"Orientação : Profa. Dra. Maria Noalda Ramalho ,
Coordenação do Curso de Serviço Social - CCSA."
1. Pessoa com deficiência. 2. Direitos sociais. 3. Política de Saúde. 4. Centro de reabilitação. 5. Atenção à saúde. I.
Título

21. ed. CDD 362.4

ADJA FERNANDA DA SILVA

**A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: UM
ESTUDO BIBLIOGRÁFICO**

Artigo apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de do título de bacharela em Serviço Social.

Aprovado em: 20 / 02 / 2019.

BANCA EXAMINADORA

Maria Noalda Ramalho

Prof^ª. Dra. Maria Noalda Ramalho (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Thaísa Simplício Carneiro Matias

Prof^ª. Me. Thaísa Simplício Carneiro Matias
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Jussara F. de S. Araújo

Assistente Social Me. Jussara Sousa Ferreira Araújo
Centro Especializado em Reabilitação

A Deus à minha eterna gratidão por todos seus
benefícios em minha vida!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pelo dom da vida e por me proporcionar a realização de mais esse sonho, que é a minha formação em Serviço Social. Sou grata a Ele por me encorajar, me dá forças e sabedoria para alcançar mais esse objetivo. Por estar comigo em todo tempo, me fazer enfrentar meus medos e vencer todos eles, agradeço por sua graça e por todo seu amor por mim. A Deus minha eterna gratidão!

Agradeço ao meu esposo, em especial, que sempre esteve comigo me encorajando a lutar por meus ideais e me fazendo acreditar na minha capacidade, quando eu mesma não acreditava, por todo o empenho de me levar todos os dias até a faculdade e de me buscar, pela paciência de me ver nas madrugadas fazendo os trabalhos, muitas vezes atordoada com o dia-a-dia. Agradeço pelo companheirismo, pelas palavras de ânimo, por entender meus nervosismos em dias de apresentação de seminário, por compreender minha ansiedade de querer tudo pronto no tempo certo, por todo o amor dedicado a mim nesses cinco anos de faculdade, serei eternamente grata!

Aos meus avôs, em especial, que me acolheram em seu lar como filha e me proporcionaram um caminho pautado nos valores morais, na educação e no caráter, me conduziram no melhor que puderam me proporcionar, fizeram sempre o seu melhor e se doaram pra que hoje eu fosse quem eu sou por sempre me apoiarem. Meus avôs são, sem dúvida, os melhores pais que Deus poderia me dar e a minha gratidão será pra sempre!

Agradeço à minha filha Iasmin Sophia que, mesmo tão pequena, me ensina tanto através do seu olhar, do seu sorriso e dos seus gestos tão inocentes de amor, que me faz a cada dia buscar ser uma pessoa melhor e lutar pra buscar o melhor pra vida dela, sou muito grata a Deus pela sua vida minha filha, você é o nosso maior presente que Deus nos deu!

Agradeço a Mestre Débora Suelle de Miranda, que nos acompanhou como supervisora acadêmica no início da nossa caminhada do estágio, colaborando de forma significativa para o desenvolvimento das atividades acadêmicas acerca do estágio e, concomitantemente, para a pesquisa.

Agradeço a Mestre Jussara Sousa, nossa supervisora de campo no CER, que, de uma forma tão acolhedora, nos recebeu, que dividiu seu espaço de trabalho e sua experiência profissional conosco de uma forma tão generosa, nos fazendo compreender os desafios postos à nossa profissão e entender essa relação teoria prática que está presente em nosso cotidiano.

Agradeço pela paciência, por dividir seu saber e por nos instigar a aprender, a buscar conhecimento e apreender as mediações à nossa volta, o meu muito obrigado!

Agradeço à Professora Doutora Noalda Ramalho, que prontamente atendeu nosso convite para ser nossa orientadora. Apesar do curto espaço de tempo e das dificuldades, agradeço pela paciência, por acreditar que eu teria condições de desenvolver esse trabalho a tempo, por sua dedicação para a conclusão desse trabalho, mesmo sabendo das minhas limitações no puerpério, por sua contribuição para que este trabalho fosse finalizado com êxito. Agradeço muito sua compreensão e as palavras de ânimo pra que eu concluísse essa pesquisa, meu muito Obrigado!

Agradeço à Professora Mestre Thaísa Simplício, minha supervisora de estágio, que prontamente assumiu o nosso campo de estágio nos orientando acerca do estágio e nos acompanhando no desenvolvimento das atividades, contribuindo com esse trabalho de forma tão relevante, sou muito grata por suas contribuições! Agradeço pela compreensão.

À Turma de Serviço Social 2013.2, da qual faço parte, por termos vivido esses cinco anos de muito aprendizado e desafios juntos, em especial às minhas amigas futuras assistentes sociais Daniela D Araújo, Patrícia Andrade, Andreza Eulálya, Ana Flávia Cordeiro e Simone Nascimento, por todos os seminários que desenvolvemos juntas e pela amizade, pela força e por todos os momentos que vivemos juntos na faculdade. Como digo, são minhas amigas da faculdade pra vida, amo todas!

A minha amiga Simone Lira, companheira de estágio, pela força, pelo desenvolvimento conjunto das atividades de estágio, por sua amizade, e por vivermos juntas esse momento tão marcante nas nossas vidas, só tenho a agradecer.

Agradeço à minha amiga Givanilda por todas as caronas nessa longa jornada e por sua amizade e colaboração, muito obrigada por tudo Giva!

“Suba o primeiro degrau com fé. Mesmo que você não veja toda a escada, apenas dê o primeiro passo”. (Martin Luther King)

SUMÁRIO

RESUMO	8
1 INTRODUÇÃO.....	8
2. CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS SOBRE AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL.....	10
2.1 O Percurso Histórico do Atendimento às Pessoas com Deficiência	12
2.2 Nomenclaturas Atribuídas à Pessoa com Deficiência	12
2.3 Políticas e Legislações Voltadas às Pessoas com Deficiência.....	14
3. ASPECTOS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	17
3.1 Breve Histórico sobre o SUS.....	17
3.2 A Política Nacional de Saúde para Pessoa com Deficiência	22
3.3 O trabalho do Centro Especializado em Reabilitação (CER) de Campina Grande (PB).....	25
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
ABSTRACT	28
REFERÊNCIAS	29

A ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

Adja Fernanda da Silva*

RESUMO

O presente trabalho constitui um estudo acerca da atenção à saúde da pessoa com deficiência no Brasil. O mesmo foi construído a partir de uma pesquisa bibliográfica, documental e de campo e tem por objetivo geral analisar e socializar a política de saúde voltada às pessoas com deficiência, evidenciando a historicidade das conquistas dos seus direitos. O referido objeto de estudo surgiu a partir da nossa experiência de estágio obrigatório do curso de serviço social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), vivenciada no Centro Especializado em Reabilitação (CER) de Campina Grande (PB) no período de março de 2017 a dezembro de 2018. O contato com a equipe multiprofissional da instituição, nos fez despertar para melhor conhecer a política de saúde voltada às pessoas com deficiência e o contato cotidiano com seus usuários nos deu a percepção de que os seus familiares tem pouco conhecimento sobre seus direitos. O trabalho apresenta, inicialmente, uma reflexão histórica sobre as pessoas com deficiência, abordando o percurso histórico do atendimento a este segmento populacional, as nomenclaturas atribuídas à pessoa com deficiência e algumas políticas e legislações conquistadas pelas pessoas com deficiência. Em seguida, traz aspectos sobre a política de saúde de atenção a este grupo social, enfatizando, primeiramente, um breve histórico sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e, por fim, a discussão em torno da Política Nacional de Saúde para Pessoa com Deficiência. A relevância social do presente estudo reside em contribuir tanto para o conhecimento acerca dos direitos garantidos para as pessoas com deficiência no âmbito da saúde, como para a produção teórica sobre o tema.

Palavras-Chave: Pessoa com deficiência. Direitos sociais. Política de atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Centro Especializado em Reabilitação.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho surgiu da vivência no estágio obrigatório do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), no período de março de 2017 a dezembro de 2018, realizado no Centro Especializado em Reabilitação (CER) de Campina Grande – PB. O referido Centro é uma instituição voltada ao atendimento às pessoas com

* Aluna de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.

Email: adjafernanda2@gmail.com

deficiência, o mesmo está situado à Rua Luís Mota, s/n - Bodocongó, Campina Grande – PB, onde funcionava a antiga Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), sendo assumido pela Prefeitura Municipal de Campina Grande, através da sua Secretaria de Saúde, no dia 01 de junho de 2016.

O contato com a equipe multiprofissional da instituição nos fez despertar para melhor conhecer e analisar a política de saúde voltada às pessoas com deficiência, no intuito de adquirir conhecimento acerca dos seus direitos garantidos no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, de maneira concomitante, no contato cotidiano com os usuários do CER, observamos que, apesar da existência de legislação específica, seus familiares têm pouco conhecimento sobre seus direitos e, muitas vezes, nem sabem como reivindicá-los, observação esta que se desdobrou no desenvolvimento do projeto de intervenção desenvolvido na instituição, trazendo a abordagem acerca dos direitos sociais das pessoas com deficiência.

A partir desses aspectos, foi que surgiu o interesse pelo objeto de estudo tratado no presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), o qual tem como objetivo geral analisar a política de saúde voltada às pessoas com deficiência, evidenciando a historicidade das conquistas dos seus direitos.

O mesmo foi construído a partir de uma pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Segundo Gil (2002) a pesquisa bibliográfica “é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (p.44), enquanto que a documental “vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados” (p. 45).

No estudo em tela, além da pesquisa bibliográfica a autores, como: Diniz (2007), Júnior (2010), Cerignoni e Rodrigues (2005), Paim (2009) e Sasaki (2003), também realizamos pesquisa em fontes documentais a partir de consulta a sites governamentais e em legislações pertinentes ao tema estudado. O presente estudo também se utilizou da pesquisa de campo, a partir da apreensão de dados coletados na observação direta desenvolvida no campo de estágio.

O trabalho está estruturado em quatro itens. Após a introdução, o item dois traz as considerações históricas sobre as pessoas com deficiência no Brasil, abordando o percurso histórico do atendimento às pessoas com deficiência, as nomenclaturas atribuídas historicamente à pessoa com deficiência, assim como as principais políticas e legislações voltadas a este segmento populacional. O item3 apresenta reflexão sobre a política de saúde

de atenção à pessoa com deficiência, enfatizando um breve histórico sobre o SUS, a Política Nacional de Saúde para Pessoa com Deficiência e aspectos sobre o trabalho do CER de Campina Grande. No item 4 se encontram as considerações finais e, por fim, as referências utilizadas na elaboração do presente estudo.

A relevância social deste estudo consiste em contribuir para o conhecimento acerca dos direitos garantidos às pessoas com deficiência no âmbito da saúde, além de contribuir para novas abordagens e produções teóricas sobre o tema.

2. CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS SOBRE AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL

2.1 O percurso histórico do atendimento às pessoas com deficiência

No período colonial, as pessoas com deficiência eram passíveis de exclusão e confinamento. Em geral, as famílias os excluíaam do convívio social ou recorriam às santas casas de misericórdia ou prisões. Os atendimentos ofertados eram voltados ao campo do assistencialismo e da filantropia, sem existir uma política que atendesse às necessidades dessa parcela da população.

A partir do século XIX se iniciaram algumas formas de atendimento às pessoas com deficiência através das santas casas de misericórdia funcionando como internatos e hospícios para os chamados “loucos” ou “alienados”, termos que se referiam às pessoas com deficiência intelectual (JUNIOR, 2010).

Ainda segundo o autor, é só a partir da década de 1950 que no Brasil se tem uma organização da sociedade civil para o atendimento das pessoas com deficiência, através da criação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

Ainda na década de 1950 surgem os primeiros centros de reabilitação física voltados ao atendimento médico, motivados pelo surto de poliomielite no Brasil que causava a deficiência física, através da influência de médicos e especialistas que trataram pessoas que sofreram com deficiências do pós-guerra mundial nos Estados Unidos e na Europa. Um dos primeiros centros foi a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) fundada em 1954, outras organizações filantrópicas começaram a desenvolver ações para pessoas com deficiência, tais como a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), o Instituto

Baiano de Reabilitação (IBR), a Associação Fluminense de Reabilitação (AFR) de Niterói, fundada em 1958, e alguns hospitais (JUNIOR, 2010).

A partir da década de 1960 ocorre uma mudança no perfil dos atendimentos voltados às pessoas com deficiência física. Inicialmente a causa dessa deficiência era atribuída, potencialmente, ao surto de poliomielite, a qual teve uma diminuição através das campanhas de vacinação. No entanto, a partir do desenvolvimento industrial da sociedade, houve um crescimento nos casos da deficiência física atribuído a ferimentos por armas de fogo e acidentes de moto ou carro, o que demonstrava um aumento na necessidade de atendimento a este segmento populacional (JUNIOR, 2010). Nesse período, as políticas e as ações de proteção e cuidado às pessoas com deficiência situavam-se na esfera do assistencialismo, práticas caritativas e cuidados familiares, quando não eram tratadas no âmbito do abandono e do enclausuramento (FIGUEIRA, 2008).

Nessa época, o modelo médico era predominante nos centros de reabilitação, ou seja, a pessoa com deficiência tinha que seguir as recomendações prescritas pelo médico, prevendo apenas a intervenção de especialistas, sem observar o que estava a sua volta, tais como os determinantes sociais, econômicos e ou políticos, sem uma visão global e a identificação dos fatores sociais. Segundo Junior (2010) o que se tinha era um atendimento voltado, apenas, à deficiência física, na qual o problema era atribuído ao indivíduo. Essa compreensão da deficiência como um fenômeno no âmbito da patologia ou da anormalidade ficou conhecido como o modelo médico da deficiência (DINIZ, 2007).

Somente a partir da evidência da adoção do modelo social, como necessário para dar respostas ao segmento populacional de pessoas com deficiência como uma questão de justiça social e de direitos humanos, foi que houve a inclusão da avaliação de aspectos sociais, ao invés de modelos apenas biomédicos (BARNES, 2002).

Para Sasaki (2003) no modelo social da deficiência cabe à sociedade eliminar todas as barreiras existentes para que a pessoa com deficiência possa ter acesso aos serviços, lugares, informações e bens necessários ao seu desenvolvimento pessoal, social, educacional e profissional.

Segundo Diniz (2007), o modelo social da deficiência sustenta que não há uma relação direta de causalidade entre lesão e deficiência, deslocando o debate sobre saúde e direitos das pessoas deficientes para o terreno da organização social e política.

Se para o modelo médico o problema estava na lesão, para o modelo social, a deficiência era resultado do ordenamento político econômico capitalista que pressupunha um tipo ideal de sujeito produtivo [...]. Para o modelo médico, lesão

levava à deficiência; Para o modelo social, sistemas sociais opressivos levavam pessoas com lesão a experimentarem a deficiência (DINIZ, 2007, p. 23).

Com a adoção do modelo social, as questões que envolvem a deficiência são vistas sob uma nova ótica, a avaliação da deficiência passa a ser biopsicossocial, quando necessária, levando-se em conta fatores socioambientais, restrição da participação, fatores psicológicos e pessoais entre outros (BRASIL, 2015). Identifica-se que a opressão, a segregação e a falta das condições sociais como de locomoção e acessibilidade são questões que afastam as pessoas com deficiência do convívio social, pois interferem diretamente nas condições de participação e vivência em sociedade. Se não existirem meios para o atendimento dessas demandas, não existirá inclusão, e se não houver a inclusão, estaremos fadados ao fatalismo de acreditar que a deficiência impede a convivência em sociedade, restringindo a participação desse segmento populacional, quando na verdade a própria sociedade passa a não oferecer as condições para uma vivência em igualdade, atribuindo para este, uma gama de fatores sociais, culturais, arquitetônicos, políticos e econômicos.

As pessoas com deficiência receberam denominações a partir de dois modelos distintos: “o biomédico que se pautava na medicalização e o modelo social que pressupõe a quebra das barreiras sociais e enxerga a deficiência como um campo político de direitos e de justiça social” (DINIZ, 2007, p. 19).

Nota-se que a partir da adoção do modelo social da deficiência, fez-se necessário a atualização da conceituação do que é deficiência e a forma pela qual essas pessoas seriam intituladas, representando avanços em momentos distintos da história. Para um melhor entendimento desse importante aspecto, esse debate será pauta do próximo item.

2.2 Nomenclaturas atribuídas à pessoa com deficiência

Ao longo da história, as pessoas com deficiência foram vítimas da discriminação e opressão, sendo chamados de “inválidos, incapazes, defeituosos, excepcionais”. O fato de ser “diferente” era motivo de exclusão social e de intitulações depreciativas “carregadas de violência e eufemismos discriminatórios, tais como: “aleijado”, “manco”, “retardado”, “pessoa portadora de deficiência” e “pessoa especial”, entre tantas outras expressões ainda vigentes no nosso léxico ativo” (DINIZ, 2007, p. 10).

A partir da década de 1970, a Organização das Nações Unidas (ONU) formulou a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, que traz a seguinte abordagem:

O termo pessoas deficientes refere-se a qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida social normal, em decorrência de uma deficiência congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais (RIBAS, 2011, Art. I).

Em 1981 a Organização Mundial da Saúde (OMS) dispôs de um documento que abordava aspectos relacionados às pessoas com impedimentos, deficiência ou incapacidade. O impedimento se referia tanto a uma alteração psicológica, fisiológica, assim como anatômica na dimensão do corpo humano. A deficiência ocorria em decorrência de seqüelas que viessem a restringir a execução de uma atividade. “Já a incapacidade resultaria de obstáculos encontrados pelas pessoas com deficiência ao interagir com a sociedade, considerando a idade, sexo, fatores sociais e culturais (RIBAS, 2011)”.

A Lei 13.146/2015, que Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), traz considerações sobre a designação de pessoa com deficiência com a seguinte afirmativa:

Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015, Art.2º p. 8 e 9).

Segundo Diniz (2007), nesse movimento de redefinição da deficiência, os termos agressivos como “aleijado”, “débil-mental”, “mongolóide”, “manco” e “coxo” foram colocados na mesa das discussões.

Historicamente o conceito de deficiência passou por diversas modificações e evolução, tais como as de nomenclaturas foram de grande destaque. Essa evolução vem acontecendo em decorrência das mudanças da sociedade e pelas conquistas alcançadas pelas pessoas com deficiência (BRASIL, 2009, p.19).

O abandono dessas expressões influenciou na vida social da pessoa com deficiência como uma questão de dignidade da pessoa humana e do respeito, abandonando rótulos e expressões discriminatórias e passando a ser reconhecido pela palavra “Pessoa” caracterizando um novo modo de ser na sociedade. Segundo Cerignoni e Rodrigues (2005, p. 12).

[...] o termo mais apropriado para caracterizar a pessoa com deficiência é, antes de qualquer outro... Pessoa! É preciso reconhecê-la como pessoa, isto é, como indivíduo dotado de sentido em si mesmo. Vale a pena ressaltar este que é seu principal atributo, pois que tem sido quase sempre esquecido, até mesmo negado.

Nos anos de 1990 a ONU orientou a mudança da expressão pessoas deficientes para a utilização do termo pessoas portadoras de deficiência (RIBAS, 2011). A expressão “portador de deficiência” foi inserida nas legislações e decretos durante os anos de 1990 e 2000, sendo que o referido termo não foi percebido positivamente por esses sujeitos, pois seu significado sugeria que a pessoa com alguma deficiência era portadora daquela limitação, como se tais sujeitos pudessem optar por tê-la ou não, uma vez que, para Cerignoni e Rodrigues (2005 p. 10-11):

A deficiência não é algo que se carrega, não é um objeto que se porta durante certo tempo e depois pode ser descartado como se fosse um objeto externo à pessoa. A deficiência é parte constituinte da pessoa, faz parte de sua identidade. Não é possível para a pessoa se desfazer dela por um simples ato de vontade. Portanto, a pessoa não porta deficiência, ela a possui como parte integrante do seu próprio ser.

Os termos usados para se referir às pessoas com deficiência passaram de “pessoa portadora de deficiência”, para “pessoas com necessidades especiais” e, nos dias atuais, para “pessoa com deficiência”. Este termo passou a ser utilizado na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007 da ONU, ratificado pelo Decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008 e Decreto Nº 6.949, de 25 de julho de 2009 (BRASIL, 2011). Também encontramos a terminologia assegurada por meio da Portaria nº 2.344, de novembro de 2010, do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), no seu art. 2º.

No Brasil, o Censo do IBGE de 2010 aferiu que 23,9% da população, aproximadamente 45 milhões de pessoas, mencionaram apresentar alguma dificuldade funcional, sendo que o maior percentual entre as deficiências investigadas foi de pessoas com deficiência visual sendo declarada por 18,8% da população. Em um total de 23,9 da população com deficiência, a deficiência motora acomete 7,0% dos brasileiros, a deficiência auditiva 5,1% e a deficiência intelectual 1,4% da população brasileira (BRASIL, 2012).

A partir dos dados observados destaca-se a existência da necessidade de se desenvolver políticas públicas para o atendimento das demandas das pessoas que apresentam algum tipo de deficiência. Verifica-se que as reivindicações e organização política das pessoas com deficiência resultaram em avanços nas políticas públicas e nas legislações, sobre os quais trataremos a seguir.

2.3 Políticas e Legislações Voltadas às Pessoas com Deficiência

Diante do crescimento do grupo social de pessoas com deficiência, a formulação de políticas públicas se tornou imprescindível para o atendimento das suas demandas. Tais formulações só se tornaram possíveis a partir de um processo de organização e de luta das pessoas com deficiência, em busca de conquistar seu protagonismo social e seus direitos como cidadão. Segundo Fonseca (2013, p. 335)

Foi a Constituição Federativa que mais abarcou as pessoas com deficiência. Ao tratar a pessoa com deficiência, estabelece não somente a regra geral relativa ao princípio da igualdade, mas também a proteção ao trabalho, proibindo qualquer discriminação no tocante ao salário e admissão do portador de deficiência (art. 7º, XXXI), a reserva de vagas para cargos públicos (art. 37, VIII), a assistência social – habilitação, reabilitação e benefício assistencial (art. 203, IV e V) e a educação.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência, aprovado pela lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, diz em seu artigo 1º que

É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania (BRASIL, 2015, Art1º).

O artigo 8º da citada lei trata de uma gama de direitos referentes à pessoa com deficiência, situando-o como sujeito de direitos e a garantia desses direitos através do Estado, da família e da sociedade.

É dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, entre outros decorrentes da Constituição Federal, da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo e das leis e de outras normas que garantam seu bem-estar pessoal, social e econômico. (BRASIL, 2015, Art. 8º).

Dentre os marcos legais, podemos destacar a Lei nº 10.098/00 (origina critérios para promover a acessibilidade); Lei nº 7.853/89 (apóia às pessoas com deficiência e sua integração social); Lei nº 8.899/94 e Lei nº 10.048/2000 (institui a prioridade de atendimento e acessibilidade nos transportes); Lei nº 10.436/2002 (dispõe acerca da Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS) e a Lei nº 10.690/2003 (estabelece uma série de avanços, como a isenção de Imposto Sobre Produtos Industrializados – IPI, a fim de proporcionar às pessoas com deficiência adquirir automóveis, sendo o próprio titular ou seu curador).

No arsenal das portarias, destacamos a Portaria nº 793/2012 (apresenta a Rede de cuidados à pessoa com deficiência); a Portaria 973/2013 (define o atendimento domiciliar) e a Portaria SAS/Ministério de Saúde nº 055 de 24/02/1999 (dispõe sobre o Tratamento Fora do Domicílio - TFD- no Âmbito do SUS. Esta Portaria estabeleceu uma nova sistemática para a inclusão destes procedimentos específicos na tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA-SUS).

Dentre as portarias acima citadas, destacamos a Portaria nº 055 de 24/02/1999, que dispõe sobre o Tratamento Fora do Domicílio – TFD- no Âmbito do SUS, pois esta é uma das principais demandas no setor de serviço social do CER, tendo em vista a necessidade de transporte para a locomoção dos pacientes e familiares para dar continuidade ao tratamento. Em virtude de muitos usuários residirem em outras cidades, a busca por declaração para a solicitação de transporte é recorrente, porém no atendimento a essas demandas, há relatos dos usuários quanto a resistência ou descumprimento dessa Portaria por parte dos gestores municipais.

Dentre as conquistas alcançadas na constituição da República de 1988, vale ressaltar como um dos principais direitos garantidos, o benefício assistencial Benefício de prestação Continuada (BPC), que:

Assegura o valor de um salário mínimo as pessoas com deficiência e aos idosos que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei [...] (BRASIL, 1988, p. 135).

Sendo este, portanto, um dos marcos mais importante para o segmento da população com deficiência e idosos. Fonseca (2013) aponta que este benefício tem um destaque especial, pois é a garantia do primeiro mínimo social constitucional voltado a esse segmento da população condicionado a alguns critérios, dentre os quais: critérios de renda, idade e condição de deficiência.

Por fim, mencionamos o Decreto nº 5.296/ 2004 (dispõe de normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou ainda com mobilidade reduzida), o Decreto nº 3.956/2001 (promulga a Convenção Interamericana para Eliminação de todas as formas de discriminação contra a pessoa com deficiência) e o Decreto nº 3.691/00 (aponta que as pessoas com deficiência cuja renda familiar per capita seja de até um salário mínimo mensal gozam da gratuidade do transporte coletivo interestadual em serviço convencional das empresas).

Destacamos ainda, o “Plano Viver sem Limites” que foi instituído por meio do Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011, que tem como proposta que a Convenção aconteça na vida das pessoas, por meio da articulação de políticas governamentais de acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade. O mesmo prevê também, a ampliação de escolas com recursos multifuncionais, atendimento especializado para pessoas com deficiência, incluindo LIBRAS. Trata também sobre transporte, BPC na escola, além da inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, acessibilidade, identificação da deficiência de forma precoce e criação dos centros de reabilitação.

Diante do exposto, identificamos que, historicamente, houve avanços nas legislações em favor da pessoa com deficiência. Mas, por outro lado, identifica-se que o contexto político ao qual estamos inseridos demonstra uma tendência de intensificação de contrarreformas que implicam diretamente em desmontes de direitos, configurando um contexto desafiador para afirmação dos direitos conquistados com rebatimentos, principalmente, na área da saúde, tendo em vista as “reformas” institucionais em curso.

Dentre os direitos aqui mencionados, iremos destacar, especificamente, no próximo item, o direito à saúde, alvo principal do nosso estudo bibliográfico, o que pressupõe o conhecimento sobre aspectos da Política Nacional de Saúde da pessoa com deficiência.

3. ASPECTOS SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

3.1 Breve Histórico sobre o SUS

Antes da criação do SUS, o sistema de saúde que existia no Brasil era voltado a questões de higiene, tendo em vista o combate a epidemias e endemias através de uma visão policialesca. No âmbito dos atendimentos em saúde, só eram atendidos aqueles que tivessem recursos para pagar e que trabalhassem formalmente, restando à grande parcela da população recorrer às Santas Casas de Misericórdia e à filantropia. A saúde era tratada como ausência de doença, sem se ater aos determinantes sociais que influenciavam esse processo.

Dessa forma, o sistema de saúde que se formava no séc. XIX até o século XX era pautado no acesso à saúde mediante contribuição prévia, ou seja, estava restrito a quem contribuísse para previdência social através das Caixas de Aposentadoria e pensão (CAP's) e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's). Este sistema era organizado em dois

subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária, sendo o subsetor de saúde pública centralizado em criar condições sanitárias mínimas (BRAVO, "s.d."). Sendo assim, a saúde era voltada à medicina previdenciária, deixando de fora a população que não tinha emprego e os indigentes, gerando uma forma desigual de acesso ao sistema de saúde, acarretando, assim, fatores que desencadearam a questão social.

A partir da década de 1970 os movimentos sociais ascendem na defesa da democratização da saúde, demonstrando a insatisfação da população, em meio ao enfraquecimento do Regime Ditatorial e a efervescência dos movimentos sociais. Na citada década, surge a proposta do SUS, mas só em 1979 acontece o Primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde da comissão de saúde da Câmara dos Deputados, onde são dados os primeiros passos para formular uma nova proposta para a saúde (PAIM, 2009).

Segundo Paim (2009) foi a partir dos movimentos em prol da saúde, que surgiu o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, com a preocupação central de assegurar que o Estado atue em função da sociedade, tendo como pressupostos a universalização do acesso, a descentralização com participação popular e a melhoria da qualidade dos serviços.

Naquele contexto, o debate da Reforma Sanitária estava vinculado à determinação do processo saúde e doença, ligado a discussões em torno de críticas ao próprio capitalismo. Segundo Paim (2008), apesar de o SUS ser um elemento fundamental do projeto de Reforma Sanitária, o debate não se restringia só a ele, pois havia outras bandeiras de luta do movimento, dentre elas a busca pela emancipação humana e política em defesa de uma nova ordem societária.

Nesse contexto, a concepção de saúde para a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) estava vinculada a outros fatores de ordem social e estrutura de classes. Não se restringindo, apenas, ao indivíduo, a RSB consegue imprimir na política de saúde brasileira e em seu marco legal, ao final da década de 1980, uma nova racionalidade pautada na emancipação política (SOARES, 2010). Na década de 1980 o projeto da RSB ganhou força e várias categorias profissionais se juntaram ao Movimento da Reforma Sanitária, principalmente os trabalhadores da área da saúde que, articulados ao movimento popular, tiveram participação neste processo que, posteriormente, contribuiu para criação do SUS.

Fonseca (2013, p. 335) aponta que “é em meio a essa efervescência e poder de pressão dos movimentos sociais que as políticas sociais encontram campo fértil para se desenvolverem e auxiliarem na efetivação dos direitos sociais da Constituição de 1988”. Assim, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira, a saúde passa a ser

um direito universal inscrito na legislação juntamente com a assistência social e a previdência social.

A partir de então, o SUS é criado para prestar atendimento a toda a população, sem distinção alguma, pois, como prevê a Carta Magna, a saúde passou a ser um direito universal que foi fruto de lutas e mobilizações dos profissionais da saúde articulados a movimentos populares, “na medida em que essas propostas nasceram da sociedade e alcançaram o poder público é possível afirmar que o SUS representa uma conquista do povo brasileiro” (PAIM, 2009, p. 40).

Segundo Paim (2009), a proposta do SUS estava vinculada a uma idéia central de que todas as pessoas têm direito ao acesso à saúde, direito este ligado à condição de cidadania, ou seja, um direito social que o poder público tem a obrigação de garantir. Dessa forma, a criação do SUS pressupôs o acesso universal e gratuito a todos sem distinção.

Apesar de saúde ser um direito universal, o mesmo tem seu desdobramento na contradição da abertura a privatização inscrita na própria Constituição Federal de 1988, que abre espaço para atuação do setor privado na saúde, quando na seção II da Saúde, em seu artigo 199, diz que “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”.

O intitulado sistema público-privado abre um leque de possibilidades para privatizações, tendo em vista o Estado ser burguês, ele se coloca, cada vez mais, a serviço dos interesses do capital destacando uma tendência crescente de repasse da gestão e do fundo público para o setor privado. O formato do chamado público-privado vem se acentuando com base na intitulada “lei das OS” nº 9.637/1988, que trata da qualificação das organizações sociais.

Depois de estabelecido pela Constituição Federal de 1988, faltava ao SUS uma regulamentação específica. Nesse sentido, foi sancionada a lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), que sofreu diversos vetos, e foi complementada no mesmo ano pela lei 8.142/90 (PAIM, 2009) criando as condições de viabilização plena do direito à saúde.

A Constituição vigente determina que “é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências” (BRASIL, 1988, Cap. II, Art. 23). Esse artigo demonstra mais uma das conquistas das pessoas com deficiências, delegando ao governo a responsabilidade da saúde e da assistência, assegurando o direito à saúde, não mais voltado às ações caritativas da sociedade. Conforme a Constituição Federal,

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196 p.131).

Os principais aspectos aprovados foram: o direito universal à saúde é dever do Estado; as ações e serviços de saúde passaram a ter relevância pública cabendo ao poder públicos sua regulamentação, fiscalização e controle; a constituição do SUS; a participação do setor privado como complemento, preferencialmente, filantrópico; proibição da comercialização de sangue e seus derivados.

Segundo Paim (2009, p. 43), “com a Constituição da República de 1988, a saúde passou a ser um direito social, ou seja, inerente à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo” sendo acessível a todos os cidadãos, independente de mérito ou de contribuição, uma conquista resultante das lutas e do Movimento da Reforma Sanitária.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. O SUS não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (BRASIL, 2011, p. 24).

Conforme a Constituição Federal de 1988, o SUS é definido pelo Art. 198 como as ações e serviços públicos de saúde, integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constitui um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade. Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988, Art. 198, p.131.).

Um ponto que merece destaque, a partir da instituição do SUS, foi o conceito ampliado de saúde, a qual não se atendo somente a ausência de doença, passou a ser definida a partir de uma gama de fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Assim, a saúde passa da perspectiva médica-curativa para outra dimensão, dimensão esta social, demonstrando que para se ter saúde se faz necessária a articulação de outras políticas públicas a fim de assegurar, efetivamente, o direito à saúde de todos os cidadãos oferecendo o acesso aos serviços de saúde de forma universal e igualitária, sem qualquer discriminação ou preconceito, quebrando as barreiras para a acessibilidade.

Nessa perspectiva, tornou-se competência do SUS desenvolver ações destinadas à prevenção de deficiências por causas evitáveis, inclusive por meio de

I – acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, com garantia de parto humanizado e seguro; II – promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, vigilância alimentar e nutricional prevenção e cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição da mulher e da criança; III – aprimoramento e expansão dos programas de imunização e de triagem neonatal; IV – identificação e controle da gestante de alto risco (BRASIL, 2015, p. 16).

Diante desses aspectos, a partir da Constituição Federal de 1988 e da implantação do SUS, as pessoas com deficiência passaram a ter suas demandas postas em debate.

Porém, Mendes (2015) aponta que nos governos petistas de Lula e Dilma, a questão do SUS não foi tratada como prioridade, chamando a atenção para a adoção do ajuste fiscal anunciado pelo governo federal ao final de maio de 2015, que constituiu mais um ataque aos direitos sociais. Situando nesse período o contexto político marcado por crises atreladas ao Golpe Institucional ao Governo da Presidente Dilma Roussef, Silva (2018) aponta que este se deu através do enfraquecimento do Governo Dilma a partir da rejeição das contas de 2014 em sua administração, através de um movimento conspiratório do vice-presidente Michel Temer, que se desdobrou no processo de impeachment da presidente Dilma em 2016.

A partir desse episódio, o governo foi assumido interinamente pelo vice-presidente Michel Temer, o qual passou a aplicar uma agenda neoliberal, com suas diretrizes propostas no documento “Uma Ponte para o futuro” que, dentre suas matérias, trata da EC nº 95/2016, trata do congelamento dos gastos públicos por 20 anos, além de outras emendas constitucionais, tais como a reforma da previdência que, posteriormente, foi uma das bandeiras levantadas na campanha eleitoral de 2018 pelo então candidato a presidência da república Jair Messias Bolsonaro, que apostou em um discurso conservador e liberal, o qual saiu vitorioso do processo eleitoral, assumindo a presidência em 2019.

O Governo do atual Presidente Bolsonaro sinaliza a mesma linha neoliberal de seu antecessor, prevendo o aumento das privatizações através de uma agenda liberal, a formação ministerial composta em sua maioria por militares, destacando como uma de suas pautas a

abertura para o comércio exterior além das propostas reformistas que seguem em curso. Diante do exposto, nota-se que o âmbito político interfere potencialmente nas políticas sociais. Desta feita, se faz necessário o conhecimento desse movimento de ataque aos direitos sociais conquistados, com vistas ao fortalecimento do debate e das categorias em defesa dos direitos adquiridos na luta pela conquista de novos direitos, destacando no presente estudo o direito da pessoa com deficiência, no âmbito da saúde, que vem melhor se configurando no Brasil, a partir do ano de 2002, quando é criada a Política Nacional de Saúde para Pessoa com Deficiência, que será abordada a seguir.

3.2 A Política Nacional de Saúde para Pessoa com Deficiência

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência foi criada mediante a Portaria GM/MS nº 1.060, de 5 de junho de 2002 e para a implantação das unidades de reabilitação foram estabelecidas diversas normas.

A política do Ministério da Saúde voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil. Assim, define como seus propósitos gerais, um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social e prevenir agravos que determinam aparecimento de deficiências (BRASIL, 2010, p. 7).

A Política Nacional de Saúde para Pessoa com Deficiência é resultado de lutas e mobilizações a nível nacional e internacional das pessoas com deficiências e teve como marco importante para sua institucionalização a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que tem o objetivo de promover, defender e garantir condições de vida com dignidade e a emancipação das pessoas que têm alguma deficiência [...] (BRASIL, 2009).

Segundo a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, no que tange a saúde, os Estados devem promover acesso aos serviços de saúde, garantindo o direito da pessoa com deficiência gozar do estado de saúde mais elevado possível oferecendo o máximo das condições de acesso possíveis em igualdade de condições dispensadas às demais pessoas, prevendo a proibição da discriminação e o atendimento nos serviços de saúde o mais próximo de suas comunidades.

Outro marco importante para sua estruturação foi a aprovação da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), Incapacidade e Saúde em 2004, que propõe a análise da saúde em cinco categorias: funcionalidade; estrutura morfológica; participação na sociedade; atividades da vida diária e ambiente social. Uma nova forma de avaliação a ser adotada como guia pelos governos de todo o mundo, organizando, orientando e padronizando informações sobre pessoas com deficiência.

A política Nacional de Saúde é voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede do SUS, com vistas a oferecer o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde, tendo em vista a participação destes nos serviços em igualdade de condições e considerando a equidade na oferta destes serviços.

Toda pessoa com deficiência tem o direito de ser atendida nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), desde os postos de saúde e Unidades de Saúde da Família até os serviços de reabilitação e os hospitais. Tem direito a consulta médica, dentista, enfermagem, visita dos agentes comunitários de saúde, aos exames básicos e aos medicamentos que sejam distribuídos pelo SUS. As Unidades Básicas de Saúde e da Saúde da Família devem prestar assistência às pessoas com deficiência como a qualquer cidadão. Além disso, elas têm direito a diagnóstico específico, a serviços especializados e de reabilitação, ao recebimento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, como parte integrante do processo de reabilitação, visto que tais equipamentos complementam o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão (BRASIL, 2010, p. 9-10).

Suas principais diretrizes são Promoção da qualidade de vida como uma responsabilidade social, visando assegurar igualdade de oportunidades e acessibilidade para inclusão da pessoa com deficiência nas unidades de saúde, assim como o acesso a representação nos conselhos de saúde; prevenção das deficiências sendo essa de cunho intersetorial devendo haver uma união entre educação, trânsito, assistência; Ações de imunização, acompanhamento às gestantes, aos recém-nascidos, prevenção de doenças e de acidentes domésticos e prevenção à violência (BRASIL, 2010).

Compete ao SUS assegurar o acesso às ações básicas e de maior complexidade; à reabilitação e demais procedimentos necessários; à melhoria dos mecanismos de informação, o que envolve registro e coleta de dados sobre as pessoas com deficiência no país, para registro de informações de dados epidemiológicos, clínicos e de serviços estimulando a pesquisa em saúde e deficiência; capacitação dos recursos humanos, que prevê atualização e capacitação dos profissionais e visa à inclusão de disciplinas e conteúdos sobre a temática em escolas e universidades. A última diretriz vai tratar da organização e funcionamento dos serviços da Rede de Cuidados de forma descentralizada. Essa atenção integral inclui todas as faixas etárias e ambos os sexos com ações voltadas à saúde reprodutiva, incluindo recursos

tecnológicos e intervenções especializadas. A rede de atendimento é composta pela Atenção Básica e o Núcleo Ampliado de saúde da família (NASF), com equipe multiprofissional e preza pelo acesso sem barreiras em todo país. Também prevê o acesso a órteses e próteses e às unidades de Reabilitação (BRASIL, 2010).

O Brasil vem se organizando em termos de dados oficiais sobre pessoa com deficiência só a partir do Censo demográfico de 1991, após a Lei 7.853/89 que tornou obrigatória a inclusão de itens específicos. No censo de 2000 passou a ser utilizada a CIF.

Observando-se a necessidade do conhecimento dessa Política no ano de 2009, foi lançada a cartilha: “Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência” com o objetivo de responder e informar acerca dos direitos da pessoa com deficiência no SUS. Dentre esses direitos, destacamos que a prevenção de deficiências engloba todos os cidadãos com ou sem deficiência, prevendo a identificação e a intervenção precoce de deficiências desde a concepção, através das ações de prevenção; na gestação, no acompanhamento para identificar doenças ou fatores de risco; e ao recém-nascido através dos testes do olhinho, da orelhinha, da linguinha e do pezinho, buscando fazer o diagnóstico de forma precoce para a identificação de algum tipo de deficiência e prevê ações de habilitação e reabilitação e prevenção precoce de incapacidades (BRASIL, 2009)

Dentre os Direitos garantidos às pessoas com deficiência, ressaltamos que essa política está atrelada a outros dispositivos legais que definem o tratamento da pessoa com deficiência na Rede do SUS, assim como ao Plano Viver sem Limites (Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, instituído pelo decreto nº 7.612 de novembro de 2011) e ao Estatuto da Pessoa com Deficiência. Destacamos, ainda, a Portaria 793/2012, de 24 de abril de 2012, do Ministério da Saúde, que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do SUS (CERETTA e TUON, 2017).

A partir do exposto, entendemos que é de suma importância a afirmação dos direitos das pessoas com deficiência no âmbito da saúde. Diante da conjuntura atual, percebemos a necessidade do enfrentamento diante dos desmontes de direitos e a necessidade do fortalecimento dos Movimentos em prol das demandas das pessoas com deficiência na busca por melhorias, delegando ao Estado e a Sociedade assegurar que se cumpram de fato as garantias inscritas na legislação.

3.3 O trabalho do Centro Especializado em Reabilitação (CER) de Campina Grande (PB)

Diante do exposto, vale ressaltar a contribuição da Instituição CER para o desenvolvimento do estudo em tela, uma vez que este foi desenvolvido através da vivência no campo de estágio obrigatório em serviço social no setor de serviço social da referida instituição. Além disso, ressaltamos, também, a sua devida importância para o segmento populacional das pessoas com deficiência, destacando-o como um serviço de referência no Estado da Paraíba.

O CER é uma instituição nova em Campina Grande voltada ao atendimento em saúde da pessoa com deficiência. Foi municipalizado pela Prefeitura Municipal de Campina Grande/Secretaria de Saúde no dia 01 de junho de 2016, e recebeu da AACD a doação do prédio, bem como de todos os equipamentos necessários aos atendimentos, mantendo uma parceria com a AACD até meados de 2017. O referido Centro tem como principal financiador os governos federal e municipal, sendo seus recursos gerenciados pela secretaria municipal de saúde

O mesmo funciona como um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação, que realiza diagnóstico, avaliação, orientação, estimulação precoce, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território, sendo este organizado como um CER IV, composto por quatro modalidades de reabilitação: Física, Auditiva, intelectual e visual e englobando atualmente as crianças com microcefalia, síndrome congênita do zica vírus. A instituição tem como interesse principal promover a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência que apresentem uma dessas quatro modalidades de deficiências, possibilitando qualidade de vida e reinserção social.

Todo atendimento realizado no CER é feito de forma articulada com outros pontos de atenção à saúde, através do Projeto Terapêutico Singular, cuja construção envolverá a equipe, o usuário e a família. Também poderá fazer parcerias com outras instituições de ensino e pesquisa para contribuir com o avanço, produção do conhecimento e inovação tecnológica em reabilitação, deve estabelecer processos de educação permanente para as equipes multiprofissionais, garantindo atualização e aprimoramento profissional.

Os Centros especializados em Reabilitação são regulamentados pelas portarias Nº 835, de 25 de abril de 2012, que institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no

âmbito do SUS, pela portaria N° 1.303, de 28 de junho de 2013, que estabelece os requisitos mínimos de ambientes para os componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS e pela portaria n° 2.336, de 23 de dezembro de 2016 que habilita os centros especializados em reabilitação.

Este centro tem como especialidades: atividades terapêuticas, fisioterapias e clínica médica. Além de nutricionista, enfermagem, fonoaudiologia, nutrição, neurologia, pedagogia serviço social e psicologia, atuando com uma equipe multiprofissional. O perfil dos usuários atendidos compreende todas as faixas etárias que apresentem um ou vários tipos de deficiência de nascença ou adquiridas.

Situando como positiva a experiência vivenciada no campo de estágio CER, que possibilitou o desenvolvimento do estudo em curso, o setor de Serviço Social da instituição configura como um serviço que possui grande relevância social, tendo em vista a natureza dos seus atendimentos serem embriçados nas expressões da questão social, tendo em vista o caráter social dos condicionantes que perpassam o processo saúde-doença.

Identifica-se que a atuação do Serviço social na instituição tem como objetivo atuar na perspectiva da preservação dos direitos estabelecidos e na sua efetividade, a fim de garantir a dignidade da pessoa, relacionada ao conjunto de direitos fundamentais, individuais, sociais, coletivos, políticos e difusos proporcionando-a uma melhor qualidade de vida.

Para o atendimento das demandas se faz necessário o conhecimento amplo das legislações voltadas à pessoa com deficiência, buscando, sempre, se atualizar e se informar junto a outros órgãos sobre protocolos, documentação necessária, sendo assim necessário que o assistente social, além de se pautar na sua formação teórico- metodológica, busque estar sempre se atualizando.

Na referida instituição, o serviço social tem como objetivos: acolher os pacientes e sua família ou responsável; conhecer a sua realidade social, econômica e cultural e informar os direitos e deveres aos pacientes do CER.

O serviço social busca a garantia da cidadania percebendo o usuário em sua totalidade. Dentre as demandas e instrumentos relacionados à prática do serviço social podemos destacar que o mesmo atua nas orientações e encaminhamentos de diversos casos através de demanda espontânea para a solicitação de laudos e declarações, além de informações sobre direitos e benefícios previstos em lei para pessoa com deficiência e encaminhamentos para outros atendimentos não disponíveis na instituição através de parcerias com outras instituições; além de desenvolver um trabalho de palestras com os usuários e em outros locais como nas

unidades de saúde e universidades, buscando articulação com a rede assistencial para acompanhamento dos seus casos atendidos.

Ressaltamos que no cenário atual a atuação profissional do assistente social, na defesa dos direitos das pessoas com deficiência, tem se tornado, cada vez mais, desafiador, tendo em vista o projeto privatista sinalizado pelo governo atual do presidente da República Bolsonaro, que visa uma maior articulação com as Organizações Não Governamentais (ONG's) no atendimento em saúde e maior abertura a privatizações.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho bibliográfico é resultante da experiência de estágio obrigatório do curso de Serviço Social da UEPB no CER de Campina Grande (PB). Através desse estudo buscou-se conhecer os direitos das pessoas com deficiência no SUS, através da Política Nacional de Saúde para Pessoa com Deficiência, bem como os principais dispositivos legais que corroboram para a saúde desse público.

A referida experiência de estágio nos proporcionou uma visão mais ampla sobre o trabalho desenvolvido no âmbito da saúde voltado à pessoa com deficiência, pois nos levou a vivenciar a positiva experiência profissional da supervisora de campo, que sempre nos instigou a conhecer mais sobre os direitos das pessoas com deficiência nas diferentes políticas públicas, tais como: saúde, previdência social, assistência social e educação.

O presente estudo propiciou o conhecimento da legislação em saúde para pessoa com deficiência e o conhecimento de outras legislações voltadas para esse grupo social. Diante do estudo, percebemos que a Política de Saúde para Pessoa com Deficiência foi um dos grandes avanços relacionados a essa categoria e está interligada a outras leis e portarias que trazem garantias à saúde dessas pessoas. Sendo, assim, é de grande relevância social. No entanto, constatou-se que, apesar dos avanços jurídicos, ainda temos muito a conquistar, principalmente, no que diz respeito à igualdade e inclusão.

Vale destacar que o reconhecimento das pessoas com deficiência como cidadão de direitos só foi possível através de lutas e mobilizações da categoria. Porém, esses direitos ainda são desconhecidos, muitas vezes, por essas pessoas e por seus familiares, necessitando de uma abordagem educativa acerca do conhecimento dos dispositivos legais que lhe

asseguram a garantia dos direitos, propiciando condições para uma formação política de fortalecimento de lutas, tendo em vista as contradições postas pelos governos atuais.

Através da pesquisa observamos que, ainda, há pouco material sobre a temática dos direitos relacionados à saúde, uma vez que as produções sobre as pessoas com deficiência encontradas, em maior número, se referem à perspectiva da inclusão no mercado de trabalho e na educação, fazendo-se necessária a consulta nas legislações primárias pertinentes ao tema.

Dessa forma, percebemos o quanto é necessário o fortalecimento do debate sobre o direito à saúde das pessoas com deficiência, tanto para a produção de conhecimento em torno da temática em pauta, quanto para a que a sociedade o enxergue como sujeito de direitos, respeitando-o e oferecendo condições igualitárias de convivência, a fim de lhes proporcionar a participação na sociedade com dignidade e sem discriminação. Da mesma forma, cabe ao Estado a efetivação de todas as ações, garantidas legalmente, que atendam a essa parcela da população, objetivando proporcionar uma vida digna e sem barreiras para a mesma.

Diante do exposto, se faz necessário ressaltar que existem muitos desafios na conjuntura atual que dificultam a consolidação das garantias previstas legalmente, uma vez que o retorno ao conservadorismo e a ofensiva neoliberal, na versão ortodoxa, propostos a partir do governo de Michel Temer que vem se estendendo ao Governo atual do Presidente Jair Bolsonaro, promovendo a liquidação dos direitos sociais, a privatização do Estado, o sucateamento dos serviços públicos e a sistemática implementação de uma política macroeconômica lesiva à massa da população. Assim, a resistência deve continuar como a bandeira de luta da categoria das pessoas com deficiência, assim também, como para os assistentes sociais, agentes importantes e imprescindíveis na viabilização das políticas sociais, no sentido de lutar para que todas as conquistas obtidas no arsenal jurídico não sejam descartadas, mas acrescidas de novos direitos e, acima de tudo, cumprido pelo Estado.

ABSTRACT

The present work constitutes study about the health care of people with disabilities in Brazil. It is based on a bibliographical, documentary and field research. Its main objective is to analyze and socialize the health policy aimed at people with disabilities, highlighting the historicity of the achievements of their rights. This object of study emerged from our experience of compulsory traineeship in the social work course of the State University of Paraíba (UEPB), lived at the Specialized Center for Rehabilitation (CER) of Campina Grande (PB) from March 2017 to December 2018. The contact with the institution's multiprofessional team made us wake up to better understand the health policy focused on people with disabilities and the daily contact with their users gave us the perception that their family

members have little knowledge about their rights . The work presents, initially, a historical reflection on people with disabilities, addressing the historical path of care for this segment of the population, the nomenclatures attributed to persons with disabilities and some policies and legislation won by people with disabilities. Then, it brings aspects about the health policy of attention to this social group, emphasizing, first, a brief history about the Unified Health System (SUS) and, finally, the discussion about the National Health Policy for Person with Deficiency. The social relevance of the present study is to contribute both to the knowledge about the rights guaranteed for people with disabilities in the health area and to the theoretical production on the subject.

Keywords: Disabled person. Social rights. Disabilities. National Health Policy for Persons with Disabilities. Specialized Center in Rehabilitation.

REFERÊNCIAS

BARNES, C; BARTON, L; OLIVER, M. **Disability studies today**. Cambridge: Polity Press, 2002.

BRASIL. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_deficiencia_sus.pdf. Acesso em 28/11/2018.

_____. **Cartilha do Censo 2010: Pessoas com Deficiência**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. 2012. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>. Acesso em 29/11/2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de Agosto de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1) Disponível em: http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf. Acesso em 27/11/2018.

_____. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. -- 4. ed. rev. e atual. – Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011.**

_____. **Decreto Nº 6.214**, de 26 de setembro 2007. 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.

_____. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2015. Disponível em <<<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/513623/001042393.pdf>>> Acesso em 29/11/2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf. Acesso em 29/10/2018.

Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em 20/11/2018

_____. **Viver sem Limite** – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm. Acesso em 29-11-2018

_____. **Saúde sem limite**. Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-com-deficiencia> acesso em 20 de fevereiro de 2019.

BRAVO, Maria Inês Sousa. **A Política de Saúde no Brasil**: trajetória histórica. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em: 16/11/2018

CERIGNONI, F. N; RODRIGUES, M. P. **Deficiência**: uma questão política? São Paulo: Paulus, 2005 (Coleção Questões Fundamentais do Cotidiano).

CERETTA, L. B; TUON, L. **Rede de cuidado à pessoa com deficiência**. 1. ed. – Tubarão: Copiart, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unesc.net/bitstream/1/5499/1/Rede%20de%20cuidado%20%C3%A0%20pessoa%20com%20defici%C3%Aancia.pdf> [Recurso eletrônico on-line]. Acesso em 27-11

CIF. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Organização Mundial da saúde. Direção Geral da saúde. Lisboa, 2004 Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf. Acesso em 27/11/2018

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007 (Coleção Primeiros Passos).

FIGUEIRA, E. **Caminhando em silêncio**: uma introdução à trajetória da pessoa com deficiência na história do Brasil. São Paulo: Giz Editorial, 2008.

FONSECA, M. A. **A deficiência no interior da política de assistência social: um balanço sócio-histórico.** 2013

Disponível em <http://osocial.emquestao.ser.pucrio.br/media/OSQ_30_Fonseca_16.pdf. Acesso em 16/11/2018.

JUNIOR, M. C. M. L. **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.

MENDES, Áquilas. O subfinanciamento e a mercantilização do SUS no contexto do capitalismo contemporâneo em crise. In: BRAVO, M.I.S.; ANDREAZZI, M. de F. S.; MENEZES, J. S. B. de; LIMA, J. B. de; SOUZA, R. de O (Org.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro.** Cadernos de Saúde. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015. 120 p.

PAIM, J. S. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

RIBAS, J. **Preconceito Contra as Pessoas com Deficiência: as relações que travamos com o mundo.** 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SASSAKI, R. K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos.** Rio de Janeiro: WVA Ed., 2003.

SILVA, Maria Givanilda da. **A conjuntura política atual e seus impactos na assistência social.** Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação de Serviço Social em 2018. (monografia)

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao serviço social.** Recife: 2010.