

XXVI ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI BRASÍLIA – DF

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

BENEDITO CEREZZO PEREIRA FILHO

SÉRGIO HENRIQUES ZANDONA FREITAS

SAULO DE OLIVEIRA PINTO COELHO

Todos os direitos reservados e protegidos.

Nenhuma parte destes anais poderá ser reproduzida ou transmitida sejam quais forem os meios empregados sem prévia autorização dos editores.

Diretoria – CONPEDI

Presidente - Prof. Dr. Raymundo Juliano Feitosa – UNICAP

Vice-presidente Sul - Prof. Dr. Ingo Wolfgang Sarlet – PUC - RS

Vice-presidente Sudeste - Prof. Dr. João Marcelo de Lima Assafim – UCAM

Vice-presidente Nordeste - Profa. Dra. Maria dos Remédios Fontes Silva – UFRN

Vice-presidente Norte/Centro - Profa. Dra. Julia Maurmann Ximenes – IDP

Secretário Executivo - Prof. Dr. Orides Mezzaroba – UFSC

Secretário Adjunto - Prof. Dr. Felipe Chiarello de Souza Pinto – Mackenzie

Representante Discente – Doutoranda Vivian de Almeida Gregori Torres – USP

Conselho Fiscal:

Prof. Msc. Caio Augusto Souza Lara – ESDH

Prof. Dr. José Querino Tavares Neto – UFG/PUC PR

Profa. Dra. Samyra Haydêe Dal Farra Napolini Sanches – UNINOVE

Prof. Dr. Lucas Gonçalves da Silva – UFS (suplente)

Prof. Dr. Fernando Antonio de Carvalho Dantas – UFG (suplente)

Secretarias:

Relações Institucionais – Ministro José Barroso Filho – IDP

Prof. Dr. Liton Lanes Pilau Sobrinho – UPF

Educação Jurídica – Prof. Dr. Horácio Wanderlei Rodrigues – IMED/ABEDI

Eventos – Prof. Dr. Antônio Carlos Diniz Murta – FUMEC

Prof. Dr. Jose Luiz Quadros de Magalhaes – UFMG

Profa. Dra. Monica Herman Salem Caggiano – USP

Prof. Dr. Valter Moura do Carmo – UNIMAR

Profa. Dra. Viviane Coêlho de Séllos Knoerr – UNICURITIBA

Comunicação – Prof. Dr. Matheus Felipe de Castro – UNOESC

D597

Direitos sociais e políticas públicas III [Recurso eletrônico on-line] organização CONPEDI

Coordenadores: Benedito Cerezo Pereira Filho; Saulo De Oliveira Pinto Coelho; Sérgio Henriques Zandona Freitas - Florianópolis: CONPEDI, 2017.

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-5505-451-8

Modo de acesso: www.conpedi.org.br em publicações

Tema: Desigualdade e Desenvolvimento: O papel do Direito nas Políticas Públicas

1. Direito – Estudo e ensino (Pós-graduação) – Encontros Nacionais. 2. Cooperativismo. 3.

Cotas. 4. Vulnerabilidade. XXVI Encontro Nacional do CONPEDI (26. : 2017 : Brasília, DF).

CDU: 34



XXVI ENCONTRO NACIONAL DO CONPEDI BRASÍLIA – DF

DIREITOS SOCIAIS E POLÍTICAS PÚBLICAS III

Apresentação

O XXVI Encontro Nacional do CONPEDI foi realizado em Brasília – Distrito Federal, em parceria do Conselho Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Direito (CONPEDI) com o Curso de Pós-Graduação em Direito – Mestrado e Doutorado, da UNB - Universidade de Brasília, a Universidade Católica de Brasília – UCB, o Centro Universitário do Distrito Federal – UDF e com o Instituto Brasiliense do Direito Público – IDP, no período de 19 a 21 de julho de 2017, sob a temática DESIGUALDADES E DESENVOLVIMENTO: O papel do Direito nas políticas públicas.

O Grupo de Trabalho Direitos Sociais e Políticas Públicas III desenvolveu suas atividades na data de 21 de julho de 2017, no Centro Internacional de Convenções do Brasil (CICB), em Brasília-DF, e contou com a apresentação de vinte artigos científicos que, por suas diferentes abordagens e aprofundamentos científico-teórico-práticos, possibilitaram discussões críticas na busca de aprimoramento do renovado sistema de políticas públicas brasileiro.

Os textos foram organizados por blocos de temas, coerentes com a sistemática do respectivo Grupo de Trabalho, podendo-se destacar nas pesquisas:

1 - O trabalho desenvolvido por Jordana Viana Payão, “Políticas Públicas em tempos de crise”, aborda as questões relativas aos discursos jurídico e político relativo a políticas públicas frente ao atual cenário de crise econômica e política;

2 - Marina Fagundes de Araújo e Fernando Rodrigues de Freitas buscam, em seu trabalho, responder se “é possível a judicialização de Políticas Públicas?”, pelo que defendem que o uso excessivo do instrumento do controle judicial de políticas públicas possui efeitos “anti-democráticos”, já que, segundo os resultados das análises dos autores, a judicialização estimula o abandono no debate, no plano político, sobre as políticas públicas e seus desenhos institucionais;

3 - O trabalho de Ludmila Kolb de Vargas Cavalli e Rodrigo Garcia Schwarz investiga se a reserva do possível atende ao modelo constitucional brasileiro de Estado e se é compatível com o tratamento conferido aos direitos fundamentais sociais. Os autores concluem que a aplicação irrestrita da reserva do possível fere não apenas o núcleo essencial dos direitos fundamentais sociais mas também atenta contra o modelo eleito pela Constituição de 1988;

4 - Carolina de Moraes Pontes e Everaldo Tadeu Quilici Gonzalez tratam das limitações à iniciativa parlamentar para regulação de políticas públicas no modelo constitucional brasileiro. O trabalho argumenta que o sistema constitucional estabelecido limita a atuação parlamentar na definição e aprimoramento de políticas públicas de promoção de direitos fundamentais, já que o poder executivo assume um papel protagonista no modelo brasileiro;

5 - O trabalho de Rafael Araújo de Sousa e Clara Cardoso Machado Jaborandy trata da judicialização das políticas públicas de saúde no Brasil. Aborda também as insuficiências na compreensão do conceito de serviços públicos e de direito subjetivo frente ao serviço público, na dogmática jurídica brasileira. O trabalho busca demonstrar o fracasso das tentativas de solução dos problemas das políticas públicas de saúde por meio da judicialização, bem como busca evidenciar o potencial dos meios dialogais de tratativa dos conflitos relativos a políticas públicas;

6 - O trabalho apresentado por Guilherme Emmanuel Lanzillotti Alvarenga, discute a crise de efetividade constitucional nas políticas públicas, a partir da análise específica da crise de representatividade democrática no caso da política de serviço de saúde prevista na Lei 13.097 de 2015, que prevê a abertura ao capital estrangeiro no setor da prestação de serviço de saúde no Brasil;

7 - O trabalho dos autores Romário Edson da Silva Rebelo e Raimundo Wilson Gama Raiol, aborda a tratativa acerca do contexto, do imaginário e do e das linguagens que estão na base das políticas públicas do SUS para os cuidados da pessoa com deficiência, buscando apresentar as implicações dessas formas de abordagem para a efetividade dessas políticas, com enfoque na realidade de Belém do Pará. O trabalho analisa também o estado da arte do subsistema de cuidados da pessoa com deficiência no sistema SUS, na busca por um diagnóstico das disparidades e insubrasileiras e esse respeito;

8 - Na sequência, o trabalho de Ana Paula Oliveira Avila e Karen Cristina Correa De Melo analisa a introdução de novas drogas no sistema de saúde brasileiro, comparando as práticas nacionais, com o modelo propugnado pela Organização Mundial de Saúde. São enfocados dois problemas principais no contexto brasileiro: a intervenção do legislativo nas práticas estabelecidas pelo executivo e a intervenção do judiciário nessas mesmas práticas;

9 - O trabalho de Andreza Casanova Vongrapp Santos e Loiane da Ponte Souza Prado Verbicaro apresenta uma análise do ciclo de formação de política pública na questão do fornecimento de medicamento de alto custo. Por meio de uma abordagem empírica, procura

demonstrar que o controle judicial dessa política opera com tomadas de decisão do judiciário sem uma consideração consistente sobre a questão enquanto políticas públicas na fundamentação das decisões. Em outras palavras, o trabalho defende que o Judiciário aborda essa temática de modo atomizado, sem uma consideração como política pública, linguagem quase ausente nos discursos de fundamentação judicial;

10 - Para Michel Belmiro Ilibio e Reginaldo de Souza Vieira, o texto apresentado objetiva analisar, com base nos relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde, o tratamento dado à participação popular nas Conferências Pós Constituição 1988. Ressaltam que as Conferências remontam a década de 30, porém, foi somente a partir da promulgação da Constituição de 1988 que assumiram o caráter de espaço público;

11 - No trabalho de Claudio Antonio Marques da Silva e Jaime Meira do Nascimento Junior, as políticas públicas relativas à promoção do direito à moradia e à promoção da proteção à pessoa idosa são analisadas tendo em vista a busca por verificar as questões-problema quanto ao acesso ao direito à moradia, pelo idoso, no Brasil;

12 - No texto de Joao Ricardo Vicente e Paulo De Tarso Ferreira De Carvalho, demonstrada a importância da Educação e do Direito em prol do desenvolvimento e redução de desigualdades, com destaque para a educação ambiental, que leva ao exercício da cidadania;

13 - Os autores Marisa Rossignoli e Pedro Antonio de Oliveira Machado abordam a expansão do Ensino Superior no Brasil e a meta no Plano Nacional de Educação- PNE 2014-2024, com o investimento de recursos públicos em política de acesso, principalmente através do FIES e PROUNI;

14 - O trabalho de Abigail Denise Bisol Grijo e Maurinice Evaristo Wenceslau trata das políticas públicas para educação para a cidadania e os direitos humanos e sua relação com a efetividade de práticas de sustentabilidade socioambiental, por meio de uma pesquisa acerca da participação da sociedade brasileira em atividades de educação para a cidadania no âmbito da sustentabilidade e do meio ambiente;

15 - Já o trabalho de Claudiane Silva Carvalho trata do tema da política pública de inserção social pelas ações afirmativas relativas às cotas de acesso ao ensino superior no Brasil. Nessa temática, aborda especificamente as potencialidades da aplicação do modelo de coalizões de advocacia (MCA) na questão da política de cotas, num horizonte de treze anos, a partir da

tratativa das atuações dos grupos e bancadas parlamentares, seus interesses e suas dinâmicas. Busca-se, como um dos resultados, apresentar a formação de duas principais coalizões sobre a questão, a “humanística” e a “meritocrática”, assim identificadas no trabalho;

16 - No texto de Roseana Cilio Sacchelli as políticas públicas de educação tem papel relevante na redução da pobreza, no aumento das oportunidades de trabalho e na prosperidade econômica, com destaque para os avanços tecnológicos e o ensino à distância como mecanismo de inclusão da educação de qualidade para grande número de pessoas, que estão distantes de centros de formação;

17 - Dalmo Vieira Pedrosa aborda, pela análise dos princípios constitucionais inerentes à solidariedade tributária, a obrigatoriedade do exercício da competência tributária para instituição do imposto sobre grandes fortunas, com destaque para a efetivação dos direitos sociais, ampliação do mínimo existencial e, responsabilidade do estado pela não implementação de políticas públicas;

18 - No trabalho de Domingos do Nascimento Nonato e Maria das Graças Tapajós Mota destaque para o reconhecimento e promoção da diversidade etnicorracial brasileira na Lei 10.639/2003, com foco na efetiva contribuição da cultura africana e afro-brasileira para as formações histórico-cultural-social e na necessária garantia do direito fundamental à igualdade etnicorracial aos alunos negros no Brasil;

19 - Para Andrea Silvana Fernandes de Oliveira e Soraya Braga de Sousa Dantas a pesquisa atingiu a possibilidade da responsabilidade civil do Estado por omissão, especificamente quando ocorre a falta de prestação do mínimo existencial e a prática dos furtos familiares para o indivíduo saciar suas necessidades básicas, como forma de reação do rompimento com as regras sociais;

20 - Finalmente, o texto de Simone Oliveira Flores da Silva e Edna Raquel Rodrigues Santos Hogemann analisa a natureza obrigacional do Estado em prestar assistência integral ao direito de gerar observado o planejamento familiar, na perspectiva da efetividade dos direitos reprodutivos, em especial às reproduções assistidas em cotejo ao direito à saúde na concepção do liberalismo político rawlsiano, para daí chegar na concepção humanística do estudo ligado às políticas públicas.

Como se viu, aos leitores mais qualificados, professores, pesquisadores, discentes da Pós-graduação, bem como aos cidadãos interessados nas referidas temáticas, a pluralidade de relevantes questões e os respectivos desdobramentos suscitam o olhar sobre os avanços e

retrocessos das políticas públicas no Brasil e a necessidade de se evoluir na discussão sobre os Direitos Sociais no país.

Assim, os coordenadores do Grupo de Trabalho - Direitos Sociais e Políticas Públicas III, agradecem a colaboração dos autores dos artigos científicos e suas instituições multiregionalizadas, pela valorosa contribuição ao conhecimento científico e ideias para o aprimoramento democrático-constitucionalizado do Direito brasileiro.

Brasília, julho de 2017.

Prof. Dr. Benedito Cerezzo Pereira Filho (USP)

<http://lattes.cnpq.br/2965843631678123>

cerezzo@usp.br

Prof. Dr. Saulo De Oliveira Pinto Coelho (UFG)

<http://lattes.cnpq.br/6725961067847325>

saulopintocoelho@yahoo.com.br

Prof. Dr. Sérgio Henriques Zandoná Freitas (FUMEC/IMDP)

<http://lattes.cnpq.br/2720114652322968>

sergiohzhf@fumec.br

UMA ANÁLISE SOCIOJURÍDICA SOBRE A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ÂMBITO DO SUS: UM ENFOQUE EM BELÉM DO PARÁ

A SOCIO-JURIDICAL ANALYSIS ON THE NETWORK OF CARE FOR DISABILITY PEOPLES UNDER SUS: A FOCUS IN BELÉM DO PARÁ

Romário Edson da Silva Rebelo ¹
Raimundo Wilson Gama Raiol ²

Resumo

Objetiva-se analisar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída em 2012, no âmbito do SUS, considerada a principal política pública na área da saúde voltada às pessoas com deficiência no Brasil. Partindo do modelo social da deficiência, responsável por reformar o modelo médico até então utilizado pela OMS e pela ONU, buscou-se compreender o direito dessas pessoas à saúde. Em pesquisa de campo junto a alguns estabelecimentos de saúde de Belém do Pará concluiu-se que a implementação desse subsistema se encontra atrasada e sua cobertura é insuficiente, prejudicando a efetivação do direito das pessoas com deficiência à saúde.

Palavras-chave: Deficiência, Saúde, Sus, Implementação, Belém

Abstract/Resumen/Résumé

The objective of this study is to analyze the Network of Care for Disability People, instituted in 2012, within SUS, considered the main public policy in the area of health in Brazil. Based on the social model of disability, which was responsible for reforming the medical model previously used by the WHO and the UN, the aim was to understand their right to health. In field research with some health facilities in Belém, it was concluded that the implementation of this subsystem is delayed and its coverage is insufficient the implementation of the right of people with disabilities to health.

Keywords/Palabras-claves/Mots-clés: Disability, Health, Sus, Implementation, Belém

¹ Advogado. Mestrando em Direito pelo PPG/ICJ/UFPA na Linha de Pesquisa Direitos Humanos e Inclusão Social. Bacharel em Direito pela FIBRA.

² Advogado. Professor Associado do ICJ/UFPA (graduação/pós-graduação) na Linha de Pesquisa Direitos Humanos e Inclusão Social. Mestre e Doutor em Direito pelo PPGD/ICJ/UFA. Membro da Academia Paraense de Letras Jurídicas.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde Pública do Pará, SESPA, o fornecimento de órteses, próteses e outros meios auxiliares de locomoção, como cadeiras de rodas adaptadas sob medida, ficou suspenso por três anos em todo o Estado. Esse fornecimento voltou a ser normalizado só no primeiro semestre de 2011, quando quase dois mil equipamentos foram fornecidos às pessoas com deficiência física ou deficiência neurológica com implicações físicas. Não bastasse isso, segundo um levantamento realizado pelo Ministério Público do Pará, em 2016 havia mais de duzentas pessoas com deficiência no Estado, à espera de órteses, próteses e outros meios auxiliares de locomoção.

É nesse contexto que se acha o problema do presente artigo: como as políticas públicas na área da saúde voltadas às pessoas com deficiência vêm sendo implementadas no Brasil?

Para tanto, por meio de pesquisa documental, que envolveu fundamentalmente o levantamento e o estudo de produções científicas, além de documentos jurídicos e técnicos, tanto nacionais quanto internacionais, a respeito do assunto, bem assim, por meio de pesquisa de campo em estabelecimentos de saúde, em Belém do Pará, propõe-se analisar a principal política de saúde voltada às pessoas com deficiência no Brasil, qual seja, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do Sistema Único de Saúde, SUS, instituída pela Portaria n. 793/GM/MS de 2012.

Desse modo, mostra-se prudente que primeiro se analise, mediante resgate histórico, o atual modelo social, pelo qual se concebe quem sejam as pessoas com deficiência, que foi responsável por reformar o então modelo médico naquilo que estava em dissonância com os reconhecidos direitos dessas pessoas, que ainda são muito vulnerabilizadas. Depois, tomando o modelo social como pressuposto, o desafio é estudar-se o direito à saúde das pessoas com deficiência, fundamento para que se possa, enfim, analisar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS, principalmente a partir da realidade de Belém do Pará.

2 O MODELO SOCIAL DA DEFICIÊNCIA

A deficiência tem diversas formas de concepção ao longo de toda a história da humanidade, mas a concepção que aqui interessa é aquela referente ao modelo social, que só pode ser compreendido a partir do modelo médico, em relação ao qual o modelo social se opunha.

Basicamente, o modelo médico, cuja origem é indefinida¹, concebia a deficiência como a manifestação patológica de uma determinada lesão. A deficiência, desse modo, levava quem a experimentava a uma série de desvantagens sociais, explicando a segregação por um fenômeno estritamente biológico. Por essa razão, acreditava-se que a deficiência poderia ser “curada” sob o influxo de intervenções médicas, que deveriam ser realizadas visando reduzir as desvantagens sociais vividas por quem a experimentava.

Com base no modelo médico se justificou, por exemplo, a internação das pessoas com deficiência em entidades asilares que buscavam frustradamente “curá-las”, para então devolvê-las à sociedade. O sociólogo Paul Hunt foi mais um entre muitas pessoas com deficiência, no Reino Unido, a ser internado, o que o instigou a publicar, em 1966, o primeiro escrito sobre as limitações das pessoas com deficiência, além de uma análise médica².

Ignorando o ativismo solitário de Paul Hunt, em 1976, a Organização Mundial da Saúde, OMS, publicou a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, ICIDH, que institucionalizou o modelo médico, porque definiu: (i) a deficiência como a perda ou a anormalidade da funcionalidade fisiológica, psicológica ou anatômica do corpo; (ii) a incapacidade como a insuficiência para o desempenho das atividades tidas como normais, consequência natural da deficiência; e (iii) a desvantagem como os impedimentos impostos pelo ambiente, segundo a incapacidade própria da deficiência.

Nesse sentido, Banpi, Gilhem e Alves (2010, p. 3) explicam que o objetivo da OMS com a ICIDH foi transpor a lógica conceitual da Classificação Internacional de Doenças, a famosa CID, para o campo das lesões e da deficiência, o que reforçou, pode-se dizer, a equivocada ideia de “cura” das pessoas com deficiência

Contra isso, ainda em 1976, Paul Hunt funda *The Union of the Physically Impaired Against Segregation*, conhecida internacionalmente como UPIAS, que foi a primeira organização formada por pessoas com deficiência e responsável por desconstruir o modelo médico, ao defender que a deficiência decorria do despreparo da sociedade e das instituições em lidarem com a diversidade humana. O ato constitutivo da UPIAS foi, antes de tudo, um manifesto contra o modelo médico, assim se posicionando:

Rejeitamos também toda a ideia de especialistas e profissionais que defendem como devemos aceitar nossas deficiências, ou dar conferências sobre a psicologia da

¹ França (2013, p. 61) afirma que a origem do modelo médico é imprecisa e pode ser considerada tão antiga quanto o próprio interesse da medicina moderna sobre as pessoas com deficiência.

² Vide a obra HUNT, Paul. *Stigma: the experience of disability*. London: G. Chapman, 1966.

incapacidade. Nós já sabemos o que é ser pobre, isolado, segregado, [...], olhado e falado – muito melhor do que qualquer especialista [...]. Nós [...] não estamos interessados em descrições de como é terrível ser incapaz. O que nos interessa são maneiras de mudar nossas condições de vida e, assim, superar as incapacidades que são impostas sobre nossas deficiências físicas pelo modo como essa sociedade está organizada para nos excluir [...]. Os problemas adicionais e totalmente desnecessários causados pela maneira como somos tratados são essencialmente superáveis e não aceitos [...] (UPIAS, 1976, p. 5, tradução nossa).

Tem-se com isso o modelo social, que não concebia a deficiência como um fenômeno estritamente biológico, como o fazia o modelo médico, mas sim como a expressão de uma segregação ocasionada pelo estranhamento comungado pelas pessoas que não experimentam essa condição, incluindo-se os profissionais de saúde. Então, passou-se a defender o posicionamento de que a pessoa com deficiência não precisava ser submetida a intervenções médicas que buscassem “curá-la” de sua condição, na medida em que as lesões de seu corpo não equivaleriam necessariamente a doenças.

O modelo social não foi responsável somente por dar voz às reivindicações das pessoas com deficiência, mas também as aproximou, segundo estudos de Queiroz (2007, p. 827-828), das reivindicações de outros grupos vulnerabilizados, como, por exemplo, o das mulheres e dos negros. Queiroz (2007, p. 829) explica que essa aproximação às reivindicações de outros grupos vulnerabilizados contribuiu fundamentalmente para o aprimoramento do modelo social. Movimentos feministas, por exemplo, criticavam a equivocada ideia da UPIAS de que as pessoas com deficiência livre de todas as barreiras físicas dispensariam a atenção de terceiros ou os cuidados médicos de que necessitam.

Com isso, passou-se a defender a ideia de que em uma sociedade pouco sensível aos interesses das pessoas com deficiência seria mais fácil humanizar os cuidados médicos do que mudar a ordem instituída que as oprimia. Desse modo, as críticas ao modelo social permitiram que outras pessoas que não apenas aquelas com deficiência, principalmente as que vivem essa realidade ao lado delas, contribuíssem para o debate, porque é a partir disso que se sepultam os equívocos sobre o assunto.

Por essa razão, pode-se dizer que o modelo social, que originalmente desafiava as barreiras físicas, também passou a desafiar as barreiras atitudinais³.

³ As barreiras físicas dizem respeito às limitações arquitetônicas que inviabilizam, por exemplo, a locomoção. Já as barreiras atitudinais dizem respeito, segundo Nonato e Raiol (2015, p. 102), ao que a sociedade impõe em termos de segregação, mediante sua intolerância à diversidade humana. Talvez as barreiras atitudinais, dentre todas, sejam as piores. Isso porque, essas barreiras reduzem as chances de realização de atividades cotidianas, como o acesso e permanência na escola, inserção no mercado de trabalho, dentre outros direitos básicos devido ao preconceito. Portanto, essas barreiras não estão naquilo que pode ser superado com certo esforço, mas numa concepção que não reconhece as pessoas com deficiência como iguais.

Com fulcro na consistência do modelo social, a OMS se viu obrigada a rever a ICIDH, substituindo-a, inicialmente em 1980, e definitivamente em 2001, pela Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde, CIF⁴. Segundo a própria OMS (2004, p. 8), a CIF transformou uma classificação de “consequência da doença” em uma classificação de “componentes da saúde”, útil, porque:

[...] oferece uma estrutura conceitual para a informação aplicável aos cuidados de saúde pessoais, incluindo a prevenção, a promoção da saúde e a melhoria da participação, removendo ou atenuando as barreiras sociais e estimulando a atribuição de apoios e de facilitadores sociais. É também útil no estudo dos sistemas de cuidados de saúde, tanto em termos de avaliação como de formulação de políticas públicas (OMS, 2004, p. 10).

Isso, todavia, não permite dizer que a CIF abandonou completamente o modelo médico, porque a OMS (2004, p. 20) o adaptou, de forma acertada, ao modelo social. para poder obter a integração das várias perspectivas de funcionalidade, de modo a possibilitar uma abordagem biopsicossocial.

Os “componentes da saúde” a que se refere a CIF estão diretamente relacionados à essa abordagem biopsicossocial, inclusive da pessoa com deficiência, na medida em que leva em consideração as três dimensões que influenciam diretamente uma vida saudável, sendo elas: (i) a biológica, envolvendo o corpo; (ii) a psicológica, relacionado à percepção individual; e (iii) a social, como expressão do contexto em que a pessoa está inserida.

Percebe-se a CIF como um documento extremamente técnico, cuja leitura deve ser empreendida por uma equipe multiprofissional, e não apenas por um médico, como o é a CID e como, até então, era a ICIDH, o que enseja dizer que a CIF, por conta de sua multidisciplinaridade para avaliar as limitações e potencialidades das pessoas com deficiência, é de fundamental importância:

[...] num âmbito muito largo de aplicações diferentes, por exemplo, em segurança social, na avaliação da gestão dos cuidados de saúde, [...] à população a nível local, nacional e internacional. Oferece uma estrutura conceitual para a informação aplicável aos cuidados de saúde pessoal, incluindo a prevenção, a promoção da saúde e a melhoria da participação, removendo ou atenuando as barreiras sociais e estimulando a atribuição de apoios e de facilitadores sociais. É também útil no estudo dos sistemas de cuidados de saúde, tanto em termos de avaliação como de formulação de políticas [públicas] (OMS, 2004, p. 10).

⁴ Inclusive, a Organização das Nações Unidas, ONU, que se serviu da ICIDH até a Resolução n. 48-96 de 1993 da Assembleia-Geral, que trata das Normas sobre a Equiparação de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência, ao final do item 20 desse documento sinalizou a necessidade de revisão da classificação internacional utilizada em razão das oposições à sua concepção demasiadamente médica e centrada nessas pessoas tomadas individualmente, falha por desconsiderar o contexto envolvendo o condicionalismo e as expectativas da sociedade sobre elas.

Na verdade, como a própria OMS (2004, p. 21-22) afirma, na CIF os modelos se complementam, e essa complementaridade serve para que um supere aquilo que é absurdo no outro. Com suporte nessa premissa, mais precisamente sobre a reforma do modelo médico pelo modelo social, na próxima seção será abordado o direito das pessoas com deficiência à saúde.

3 O DIREITO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA À SAÚDE

O objetivo aqui não é discorrer sobre um catálogo de direitos atualmente reconhecidos às pessoas com deficiência, nem tampouco discorrer sobre os respectivos documentos que os positivaram, mas compreender, em recorte temporal, o contexto em que esses direitos foram reconhecidos e o sentido comum deles, a fim de que se compreenda o direito à saúde dessas pessoas em suas dimensões próprias.

O que, desde logo, se deve esclarecer é que o reconhecimento internacional dos direitos das pessoas com deficiência é algo atribuído a essas pessoas, e não a uma agenda política da ONU, por exemplo.

Como se afirmou, na seção anterior, as pessoas com deficiência se articularam em organizações representativas com o objetivo de pressionar a agenda política não apenas da ONU, mas também a de outros sujeitos do Direito Internacional, assim como vinham fazendo em seus respectivos países ao longo do século XX.

Esse movimento difusamente, porque não se restringiu a só um país, ficou conhecido pelo *slogan* “Nada Sobre Nós, Sem Nós”, cujos ideais, em muitos aspectos, se inspiravam em movimentos negros como, por exemplo, os Panteras Negras, nos Estados Unidos da América, e a resistência ao *Apartheid*, na África do Sul, e também em movimentos feministas e *gays*, que com estes, por sua vez, compartilhavam a luta contra a “cura”.

Com efeito, parece suficiente para que se afastem as impressões paternalistas acerca das pessoas com deficiência, porque foram elas mesmas que, por décadas, não só defendiam o termo pelo qual queriam ser identificadas⁵, como também garantiram juridicidade às suas

⁵ “Deficiente”, “portador de necessidades especiais” ou “pessoa com deficiência”? Segundo Bandini (2016, p. 14), é comum que nós tenhamos dúvidas diante de tantos termos ou terminologias que costumam se referir àquele grupo que hoje se convencionou chamar de “pessoas com deficiência”. O próprio grupo optou por esse termo, ou seja, por “pessoa com deficiência”, porque nesse termo, destaca-se a pessoa à frente da deficiência, o que, portanto, justifica o porquê o termo “deficiente” não se emprega mais. Já o termo “pessoa com necessidades especiais” caiu em desuso porque todos podem ter necessidades especiais em determinado momento da vida, independentemente de deficiência, como por exemplo, um idoso ou uma gestante. E mais precisamente o termo

reivindicações, tanto que, como explicam Nonato e Raiol (2015, p. 86-88), em 2007, a ONU instituiu a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, depois de quatro anos de estudos e intensos debates entre os países que viriam a ser signatários desse documento internacional e as pessoas com deficiência articuladas em organizações representativas.

Embora o Brasil já tivesse reconhecido alguns direitos das pessoas com deficiência, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência representou um novo ponto de partida para o país, não só porque foi internalizada com *status* de emenda à Constituição brasileira⁶ ou porque mais tarde impulsionou a edição da Lei n. 13.146 de 2015, conhecida como a Lei Brasileira de Inclusão, LBI, utilizando a abordagem biopsicossocial, mas, sobretudo, porque trouxe a necessidade de se garantir a essas pessoas a participação no debate institucional sobre aquilo que lhes diz respeito, como, por exemplo, políticas públicas na área da educação, da assistência social e da saúde, garantindo-lhes, com isso, o reconhecimento à sua autonomia.

Sobre o direito a saúde, parece ser juridicamente incontroverso, pelo menos quando se considera o entendimento do Supremo Tribunal Federal ao se manifestar sobre o art. 196 da Constituição brasileira⁷, de que esse direito goza de *status* constitucional e, embora aparentemente programático, é um direito de eficácia imediata, sendo um dever do Poder Público prestá-lo, sob pena de subvertê-lo (o direito à saúde) a mera promessa constitucional inconsequente.

Além disso, sabe-se também que as pessoas com deficiência apresentam peculiaridades que exigem uma prestação de serviços sanitários específicos, em razão de sua condição, e ao se defender a tese de que essas pessoas necessitam, indispensavelmente, desses serviços, passa-se a reconhecer, por consequência lógica, que elas têm um direito à saúde em dimensões próprias.

Sobre isso, Bezerra (2007, p. 174-179) oferece um estudo muito bem construído, no qual ele se propõe a categorizar o direito à saúde das pessoas com deficiência em: (i)

“portador” não deve ser utilizado porque importa algo que se porta e, consequentemente, que é possível se livrar a qualquer momento e em qualquer lugar, o que não se alinha à deficiência, que faz parte da pessoa, que na maioria das vezes, trata-se de uma condição permanente.

⁶ Vide o Decreto n. 6.949 de 2009 que promulgou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência depois da aprovação pelo Decreto Legislativo n. 186 de 2008 nos termos do §3º do art. 5º da Constituição brasileira.

⁷ Vide alguns precedentes: (i) AgRg no RE n. 393175 de relatoria do Ministro Celso de Mello; (ii) AgRg no RE n. 818572 de relatoria do Ministro Dias Toffoli; (iii) AgRg no RE n. 744170 de relatoria do Ministro Marco Aurélio; (iv) AgRg no RE n. 626382 de relatoria da Ministra Rosa Weber; (v) AgRg no RE n. 607381 de relatoria do Ministro Luiz Fux; e (vi) AgRg no RE n. 839273 de relatoria do Ministro Roberto Barroso.

atendimento prioritário; (ii) atendimento não-discriminatório; (iii) atendimento especializado; e (iv) atendimento preventivo.

Sobre o atendimento prioritário, o art. 9º, inciso I, da LBI prevê que as pessoas com deficiência têm o direito a receber atendimento prioritário, sobretudo com a finalidade de proteção e socorro em quaisquer circunstâncias. O atendimento prioritário, portanto, garante que as pessoas com deficiência sejam atendidas antes de qualquer outra, ressalvada a prioridade da criança e do adolescente (desconsidera-se aqui a do idoso, porque a prioridade da criança e do adolescente é a única que goza de *status* constitucional, enquanto que as outras como, por exemplo, a do idoso, assim como a das pessoas com deficiência, têm *status* infraconstitucional), bem assim a prioridade dos atendimentos de urgência e emergência, cujos critérios são definidos pelos médicos responsáveis⁸.

Por sua vez, o atendimento não-discriminatório condena a recusa dos estabelecimentos de saúde de dar socorro às pessoas com deficiência, em razão de sua condição. O art. 8º, inciso VI, da Lei n. 7.853 de 1989, com redação dada pela LBI, tipificou a conduta de quem recusa, retarda ou dificulta a internação ou deixa de prestar assistência médico-hospitalar e ambulatorial às pessoas com deficiência, cominando a pena de reclusão de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, além de multa.

Do atendimento não-discriminatório também se extrai a proibição de que as operadoras de planos e seguros de saúde imponham exigências para contratar com essas pessoas ou lhes cobrem pelo serviço acima do preço que é ordinariamente praticado no mercado. Nesse sentido, o §3º do art. 8º da Lei n. 7.853 de 1989, também com redação alterada pela LBI, estabelece que a conduta de quem impede ou dificulta o ingresso de pessoas com deficiência em planos privados de assistência à saúde, inclusive com cobrança de valores diferenciados, é equiparada aos crimes listados nesse mesmo dispositivo legal, cominando, portanto, a pena de reclusão de 2 (dois) a 5 (cinco) anos, além de multa⁹.

Por sua vez, o atendimento especializado corresponde a serviços sanitários, desde o atendimento domiciliar até intervenções cirúrgicas de alta complexidade, que se prestam a

⁸ Num estudo antropológico sobre a dinâmica nos hospitais de pronto-socorro, Giglio-Jacquemot (2005, p. 52-53) esclarece que os profissionais da área da saúde, sejam eles médicos ou enfermeiros, referem com bastante recorrência a diferença entre urgência e emergência, a ponto de insistirem muito sobre a importância dessa distinção sempre as exemplificando em casos extremos para que não restem dúvidas o que seria uma e outra coisa. Nas palavras de uma médica entrevistada: [...] urgência são os casos que necessitam ser atendidos, mas sem risco de vida, emergência são os casos com risco de vida iminente [...].

⁹ Essa criminalização atende à recomendação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que prevê no artigo 25, alínea e: [Os Estados Partes] proibirão 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.

garantir melhores condições de vida às pessoas com deficiência (e não “curá-las” de sua condição). Esse atendimento especializado está diretamente relacionado com a habilitação (condição de deficiência congênita) e com a reabilitação (condição de deficiência adquirida)¹⁰. Em termos práticos, pode-se dizer que isso envolveria desde órteses (correções), próteses (substitutos) e outros meios auxiliares de locomoção, até pesquisas regenerativas, como as das células-tronco embrionárias.

Por último, o atendimento preventivo diz respeito a diversas ações que têm como objetivo evitar ou minimizar a ocorrência de deficiências congênitas (sem que isso implique em uma política eugênica) ou adquiridas. Esse atendimento preventivo está em consonância com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, que, em seu artigo 25, alínea *b*, recomenda que os Estados Partes propiciem serviços de saúde de que as pessoas com deficiência necessitam, especificamente, por causa de sua deficiência, inclusive diagnóstico e intervenção precoces, bem como serviços projetados para reduzir ao máximo e prevenir deficiências adicionais, até mesmo entre crianças e idosos.

Com base nisso, o art. 18 da LBI, ao garantir às pessoas com deficiência a atenção integral à saúde, previu que os serviços sanitários deverão ser projetados para prevenir a ocorrência e o desenvolvimento de deficiências e agravos adicionais.

O atendimento preventivo se dá, por exemplo, mediante o acompanhamento gestacional, exames neonatais, como, por exemplo, o teste do pezinho, da orelhinha e do olhinho (que detectam e previnem inúmeras patologias prematuramente)¹¹, aconselhamentos nutricionais¹² e genéticos¹³, sem prejuízo de se evitar situações, como acidentes de trabalho,

¹⁰ A habilitação e a reabilitação não se restringem ao direito à saúde, na medida em que se relaciona a todos os outros aspectos da vida das pessoas com deficiência. Segundo o artigo 26 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência os Estados Partes organizarão, fortalecerão e ampliarão serviços e programas completos de habilitação e reabilitação, particularmente nas áreas de saúde, emprego, educação e serviços sociais 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.

¹¹ Bezerra (2007, p. 178-179) se mostra um entusiasta ao defender os exames neonatais, porque, segundo ele, além de baratos, são muito eficientes. Só o teste do pezinho é responsável, por exemplo, pelo diagnóstico de hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e fenilcetonúria, doenças que podem provocar deficiências neurológicas. Já o teste da orelhinha, lamentavelmente ainda não obrigatório em todo o país, detecta desde logo problemas relacionados à perda auditiva, que, segundo ele, três em cada cinco nascidos apresentam, o que pode ser facilmente tratado, evitando-se que se desenvolva uma deficiência auditiva, na medida em que o sistema auditivo de crianças recém-nascidas se caracteriza pela grande plasticidade, moldando-se com significativos resultados aos corretos estímulos sonoros recebidos. Também ainda não obrigatório em todo o país, o teste do olhinho é responsável não só por detectar problemas na visão, mas também tumores, traumas do parto e hemorragias, além de infecções e malformações.

¹² Em países como o Brasil, segundo Araújo (2011, p. 8-9), a subnutrição ainda é uma realidade muito presente. Ribas (2003, p. 40-41) esclarece que a subnutrição pode levar as pessoas a desenvolverem deficiências em decorrência da fome, propriamente dita, ou da falta de nutrientes, vitaminas e outras substâncias imprescindíveis para o regular funcionamento e desenvolvimento do organismo e da geração de filhos saudáveis. Ele cita como

que podem levar ao desenvolvimento daquilo que se chama de invalidez, no direito previdenciário. Todos esses serviços sanitários estão previstos no rol do art. 19 da LBI, que trata especificamente do atendimento preventivo.

São essas as dimensões próprias do direito à saúde das pessoas com deficiência.

3 A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA, NO ÂMBITO DO SUS: DIRETRIZES NACIONAIS E A REALIDADE DE BELÉM DO PARÁ

Depois de tudo o que se viu até aqui, resta identificar qual é a principal política pública na área da saúde voltada para as pessoas com deficiência no Brasil, analisando se essa política pública corresponde ao modelo social e se vem se mostrando efetiva em Belém do Pará. De antemão, salienta-se que a principal política pública na área da saúde voltada para as pessoas com deficiência no Brasil diz respeito à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS, que foi instituída em 2012 e, desde então, encontra-se em processo de implementação, em todo o país.

O que seria a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS? Para responder a essa questão, far-se-á uma análise descritiva dos documentos normativos que se referem a essa política pública.

O Decreto n. 7.612 de 2011 instituiu o Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, comumente chamado de “Plano Viver sem Limites”, que traça estratégias para a inclusão social dessas pessoas, sob o norteamto de políticas públicas nas mais diversas áreas que são pensadas por um comitê interministerial de articulação e monitoramento.

Esse comitê é composto por técnicos dos Ministérios da Fazenda, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, da Saúde, da Educação, da Ciência e Tecnologia, das Cidades, dos Esportes, do Trabalho e Emprego, da Cultura e outros cujas pastas tenham alguma pertinência temática ou que possam contribuir fundamentalmente para a implementação das estratégias voltadas à inclusão social das pessoas com deficiência.

exemplo uma pesquisa desenvolvida em 1980, a qual constatou que a falta de uma alimentação rica em vitamina A explicaria o expressivo número de pessoas com deficiência visual no nordeste do país.

¹³ Ribas (2003, p. 37) muito se preocupa em desmistificar a equivocada ideia de que todo filho de pessoas com deficiência também será uma pessoa com deficiência. Essa equivocada ideia advém da errada interpretação dos estudos sobre a hereditariedade de algumas deficiências, mais precisamente de que essa condição seria contagiosa. Existem algumas deficiências causadas por disfunção de genes que podem ser transmissíveis hereditariamente, porém, essa transmissão é condicional, ou seja, pode ser que aconteça e pode ser que não aconteça. Por isso a importância do aconselhamento genético, que é uma projeção feita por um médico especialista para se avaliar as probabilidades de alguém que apresente alguma disfunção genética, sendo ou não uma pessoa com deficiência, a transmita para seus eventuais filhos.

Desse modo, as estratégias traçadas pelo mencionado comitê devem ser integradas entre si, de modo que uma política pública na área da educação, por exemplo, some com outra na área do trabalho e emprego, ou que uma política pública na área da assistência social obtenha sucesso a partir de outra na área da acessibilidade urbana.

Na área da saúde, levando em consideração os dados do senso demográfico realizado, em 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, o “Plano Viver sem Limites” recomendou ao SUS a implementação da Rede Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, um sofisticado subsistema de habilitação/reabilitação e estímulo que funcionaria ao lado de outros, que já existiam, como a Rede de Atenção à Saúde Básica, Psicossocial, às Doenças e Condições Crônicas e às Urgências e Emergências.

A criação de um subsistema próprio se justifica pelo expressivo número de pessoas com deficiência em todo o Brasil e a ausência, até então, de uma política pública específica na área da saúde que as pudesse atender. A tabela abaixo demonstra muito bem os números de pessoas com deficiência no Brasil e de suas respectivas condições de autonomia, à época do senso de 2010, o que foi levado em consideração, como anteriormente dito, pelo “Plano Viver sem Limites”:

Tabela 1: Número de pessoas com deficiência no Brasil

Pessoas com deficiência	Deficiência física	Deficiência visual	Deficiência auditiva	Deficiência intelectual
Não consegue de modo algum	734.421	506.377	344.206	2.611.536
Grande dificuldade	3.698.929	6.056.533	1.798.967	
Alguma dificuldade	8.832.249	29.211.482	7.574.145	
Total	13.265.599	35.774.392	9.717.318	2.611.536

Fonte: Fundação IBGE. Censo 2010. Preparado por: MENDES, Vera Lúcia Ferreira (Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência).

Importante é que se observe que esses números não revelam exatamente a realidade, na medida em que a forma de identificação das pessoas com deficiência ignorou outros grupos, como, por exemplo, as deficiências neurológicas, possivelmente inseridas no grupo das deficiências intelectuais, assim também condições específicas que hoje são consideradas como deficiência, tais como as síndromes e afins.

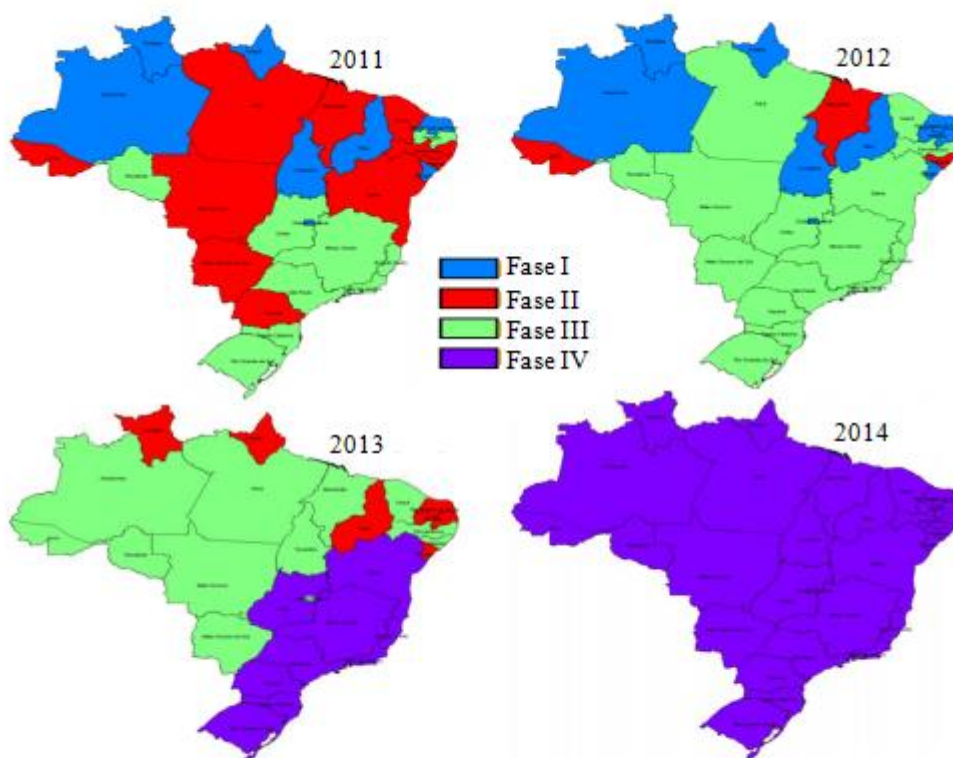
Com a recomendação alhures, o Ministério da Saúde, principal gestor do SUS, instituiu, nos termos da Portaria n. 793/GM/MS de 2012, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, como um subsistema composto por pontos de habilitação/reabilitação e estímulo à disposição das pessoas com deficiência temporária ou permanente (que vai além do “Plano

Viver sem Limites”, que havia feito aquela recomendação apenas para situações de deficiência permanente), progressiva ou regressiva, estável, intermitente ou contínua.

Segundo a Portaria n. 793/GM/MS de 2012, esse subsistema seria gradativamente implementado junto aos polos regionais, estaduais e locais, por meio de quatro fases: (i) a primeira consistiria no diagnóstico e desenho regional daquilo que já existia como ponto de habilitação/reabilitação e estímulo a pessoas com deficiência; (ii) a segunda, na adesão desses pontos ao subsistema; (iii) a terceira, na contratualização de novos pontos, para ampliá-lo; e (iv) a quarta e última fase, no acompanhamento da execução dos serviços oferecidos por esses pontos, de modo a garantir sua integração.

De acordo com o Ministério da Saúde, a projeção para a conclusão da primeira fase, cuja operacionalização se iniciou ainda em 2011, deveria ter ocorrido até 2013, a da segunda e terceira deveria ter-se verificado em 2014, mesma data em que se daria por encerrada a quarta e última fase, com a implementação de toda a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, conforme o mapa abaixo:

Mapa 1: Projeção de cenários de mudança gradual de fase



Fonte: Ministério da Saúde, Apresentação do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas de Saúde, 05/2013. Preparado por: MENDES, Vera Lúcia Ferreira (Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência).

Como logo se verá, essas fases não obedeceram ao cronograma do Ministério da Saúde, de modo que em 2017, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência sequer

conseguiu concluir a terceira fase, o que deveria ter ocorrido em 2013. Portanto, pode-se dizer que a implementação desse subsistema está, no mínimo, com quatro anos em atraso.

Os pontos de habilitação/reabilitação e estímulo a pessoas com deficiência a que se refere a Portaria n. 793/GM/MS de 2012 dizem respeito: (i) às ações de básica complexidade a disposição dos usuários do SUS com ou sem deficiência; e (ii) aos serviços concentrados de alta complexidade ambulatorial ou hospitalar destinados aos usuários com deficiência.

As ações de básica complexidade envolvem desde orientações técnicas sobre prevenção de acidentes que podem levar a pessoa a desenvolver alguma deficiência física ou de outro gênero até ao acompanhamento pré, peri e pós-natal, a fim de possibilitarem diagnósticos cada vez mais precoces sobre condições genéticas e congênitas específicas, além de atendimento domiciliar. Desenvolvem-se por meio do Programa Saúde na Escola ou do Programa Saúde da Família, que podem, também, ser voltados a usuários com deficiência.

Já os serviços concentrados de alta complexidade ambulatorial, sobre os quais recai a maior atenção do subsistema, são executados por três grupos chamados de componentes da atenção especializada. Esses componentes são: (i) os estabelecimentos de saúde credenciados em apenas um serviço de reabilitação, ou seja, que lida apenas com usuários com deficiência física, sensorial ou intelectual/neurológica; (ii) os Centros Especializados em Reabilitação, chamados de CER (esses centros podem ser credenciados em dois, três ou quatro serviços de reabilitação, o que corresponderá à sua classificação como CER II, CER III ou CER IV, o que influencia fundamentalmente os serviços oferecidos, o número e quais profissionais que compõem a equipe multidisciplinar, a dimensão do espaço, além do regime de custeio¹⁴); e (iii) os Centros de Especialidades Odontológicas, conhecidos como CEO.

Em Belém do Pará, as Unidades de Referência Especializadas, chamadas de URE, que são vinculadas à Secretaria de Saúde Pública do Pará, se equivalem aos estabelecimentos de saúde credenciados em apenas um serviço de reabilitação e integram os componentes da atenção especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Até o início de 2017, contava-se com a URE Demétrio Medrado, referência na reabilitação de pessoas com deficiência física (que também se ocupava, até então, da execução da política de órteses, próteses e outros meios auxiliares de locomoção, como cadeiras de rodas adaptadas sob medida), e com a URE de Reabilitação Infantil, referência em reabilitação de pessoas com

¹⁴ Para fins de custeio dos serviços oferecidos por CER II, repassa-se mensalmente o valor de R\$ 140.000,00 (cento e quarenta mil reais); já para CER III, o valor do repasse mensal é de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais); e para CER IV, repassa-se mensalmente o valor de R\$ 345.000,00 (trezentos e quarenta e cinco mil reais). Para mais detalhes, como por exemplo, repasses para fins de construção e reforma dos componentes de atenção especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS, vide a Portaria n. 835/MG/MS de 2012, que institui incentivos financeiros e de custeio para esses componentes.

deficiência intelectual/neurológica, como, por exemplo, paralisia cerebral e microcefalia, com enfoque no público pediátrico.

Com relação aos CER, até o início de 2017, existia apenas um CER II em Belém do Pará, que funcionava no *campus* de saúde da Universidade Estadual do Pará, UEPA, referência na reabilitação de pessoas com deficiência física e com deficiência intelectual. Além disso, uma ala do Hospital Universitário Bettina Ferro, que é vinculado à Universidade Federal do Pará, UFPA, estava em processo de credenciamento como CER IV, sem prejuízo da construção de outro CER IV, com perspectiva de conclusão no final de 2017, que seriam unidades autônomas e referência na reabilitação de pessoas com deficiência física, sensorial e intelectual/neurológica, que também passaria a assumir a execução da política de órteses, próteses e outros meios auxiliares de locomoção.

Com base nisso, pode-se, enfim, demonstrar que, em 2017, Belém do Pará ainda não concluiu a terceira fase de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, que deveria ter sido encerrada em 2013.

Por fim, os serviços concentrados de alta complexidade hospitalar se efetivam por meio da criação e do redimensionamento de leitos especializados, para que neles possam ocorrer sedações, anestésias e cirurgias de pessoas com deficiência, em hospitais de urgência e emergência (silente quanto aos hospitais de referência)¹⁵.

Da análise de todo esse subsistema e dos dados do Ministério da Saúde e dos levantamentos durante a pesquisa que deu origem ao presente artigo, pode-se deduzir que os serviços concentrados de alta complexidade ambulatorial, principalmente os estabelecimentos de saúde credenciados em apenas um serviço de reabilitação e os CER, representam o principal desafio na implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS, na medida em que as propostas de trabalho a serem desenvolvidas são as mais técnicas de todo o subsistema.

Isso porque, os CER, por exemplo, propõe-se a oferecer atenção integral às pessoas com deficiência em regime de tratamento ambulatorial intensivo (que não se confunde com internação em Unidade de Tratamento Intensivo, UTI, que compõe a dimensão hospitalar), estendendo a cobertura dos serviços às famílias, aos acompanhantes (provavelmente em casos de beneficiários do programa Tratamento Fora de Domicílio) e até às escolas dos usuários, de modo a levar em consideração as peculiaridades de cada um desses, e bem assim, a promover

¹⁵ Sobre os serviços concentrados de alta complexidade hospitalar, não se obteve dados de como vêm sendo implementados em Belém do Pará, muito provavelmente porque a preocupação ainda recaía sobre os CER.

uma habilitação/reabilitação e estímulo continuados, ou seja, que não se restrinjam às dependências do estabelecimento de saúde.

Tudo isso gera uma demora na implementação dos CER, não só em Belém do Pará, mas em todo o Brasil, na medida em que, entre 2012 e 2013, poucos desses estabelecimentos de saúde tinham sido credenciados em todo o país, ou seja, 11 (onze), para ser mais preciso, e um pouco mais do que isso, mais precisamente, 22 (vinte e dois), foram construídos, conforme a tabela e o mapa abaixo:

Tabela 2: CER habilitados (credenciados) em 2012 e 2013

UF	Município	Tipo	Modalidades
AL	Maceió	CER III	Física, auditiva e intelectual
BA	Vitória da Conquista	CER II	Física e auditiva
BA	Salvador	CER III	Física, auditiva e intelectual
ES	Vila Velha	CER II	Física e auditiva
MT	Cuiabá	CER IV	Física, visual, auditiva e intelectual
MT	Sinop	CER II	Física e auditiva
RN	Natal	CER III	Física, auditiva e intelectual
RS	São Borja	CER II	Física e auditiva
SC	Florianópolis	CER II	Física e intelectual
SE	Aracaju	CER II	Física e intelectual
MG	Diamantina	CER IV	Física, visual, auditiva e intelectual

Fonte: Ministério da Saúde, Apresentação do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas de Saúde, 05/2013. Preparado por: MENDES, Vera Lúcia Ferreira (Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência).

Notas: Previsão de mais 11 reformas, ampliações e equipamentos com orçamento de R\$ 10.400.000,00. Previsão de mais 29 habilitações (credenciamos) com orçamento de R\$ 66.400.000,00 por ano.

Mapa 2: Novos CER em 2012 e 2013



Fonte: Ministério da Saúde, Apresentação do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas de Saúde, 05/2013. Preparado por: MENDES, Vera Lúcia Ferreira (Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência).

Notas: 11 CER no nordeste (BA, CE, PE, PB e SE), 6 CER no norte (AC, AM, PA e RR), 3 CER no sul (RS e SC), 1 CER no sudeste (MG) e 1 CER no centro-oeste (MS).

Deve-se ter em mente que apenas os trinta e três CER que estavam em funcionamento, em 2013, no Brasil não seriam suficientes para atender todas as mais de sessenta milhões de pessoas com deficiência no país, isso se considerado o censo de 2010, que, como anteriormente dito, não levou em conta muitos casos de deficiência, além do que foi realizado há quase uma década.

Ainda sobre os CER, mais precisamente na execução da atenção integral prevista na Portaria n. 793/GM/MS de 2012, vaticina-se que cada usuário terá um projeto terapêutico singular, que será elaborado pela equipe multidisciplinar, em parceria com todos os atores que participam direta ou ativamente da sua vida, incluindo-se, nesse contexto, a família, o acompanhante e a escola, permitindo-se a articulação com outras políticas públicas para a promoção da qualidade de vida e da autonomia do usuário, ensejando-lhe, por exemplo, usufruir dos benefícios do Sistema Único de Assistência Social (Benefício de Prestação Continuada, Programa Bolsa Família, programas habitacionais, etc.) e da Atenção Educacional Especializada, chamada de AEE.

Além de tudo isso, pressupõe-se também que os CER disponham de alta tecnologia para garantir o êxito dos serviços oferecidos aos seus usuários, não só ofertando-lhes equipamentos fixos que auxiliem as sessões de fisioterapia aquática, por exemplo, mas também as órteses (que são equipamentos de “correção”), as próteses (que são equipamentos de “substituição”) e outros meios auxiliares de locomoção, como cadeiras de rodas adaptadas sob medida.

Essa, portanto, é a maior ambição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS, porque esse subsistema instituiu uma política pública não só de alta complexidade, mas também de alta tecnologia, sendo aquela chamada de oficina ortopédica, que se presta a confeccionar, por exemplo, órteses, próteses e outros meios auxiliares, todos adaptados sob medida, o que despense um custeio elevado.

A despeito disso, desperta atenção o fato de que, para as oficinas ortopédicas, de acordo com a Portaria n. 835/GM/MS de 2012, serão repassados apenas R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) ao mês, embora se reconheça que esse documento oficial não faça menção a que se esse valor será destinado apenas à manutenção dos serviços, excluindo-se o custeio da produção de órteses, próteses e outros meios auxiliares de locomoção, considerando que esses equipamentos tem um alto custo individualmente.

Nessa direção, segundo o Ministério da Saúde, a quantidade e os custos pela dispensação de órteses, próteses e outros meios auxiliares de locomoção vêm aumentando

gradativamente desde 2010. À época do levantamento dos dados, a projeção para 2013 era consideravelmente maior, em especial o valor que praticamente dobraria com relação a 2010.

A oficina ortopédica, de acordo com a Portaria n. 793/GM/MS de 2012, pode ser fixa, nesse caso, vinculada ao CER que se destina à habilitação/reabilitação de pessoas com deficiência física, ou pode ser também itinerante (terrestre ou fluvial), para atender ao maior número possível de usuários, principalmente aqueles que não moram nos grandes centros urbanos, o que representa um avanço, pelo menos, em nível de promessa.

Tendo-se como foco os usuários que não moram nos grandes centros urbanos, ou que moram, mas não têm condições de se dirigir aos CER, a Portaria n. 793/GM/MS de 2012 ainda garantiu que cada um desses centros disponham de veículos adaptados, para transportar seus usuários e respectivos acompanhantes, de modo a não prejudicar a continuidade do tratamento por eventual falta de acessibilidade urbana, situação agravada pelas condições de pobreza das referidas pessoas. O Ministério da Saúde, até 2013, tinha entregado 20 (vinte) micro-ônibus adaptados e 88 (oitenta e oito) vans, também adaptadas, conforme a tabela a baixo:

Tabela 3: Veículos adaptados em 2013 e 2014

Regiões	Total de veículos por regiões	Percentual em relação ao total de veículos por regiões
Sul	5	7%
Sudeste	17	19%
Centro-oeste	10	11%
Nordeste	40	46%
Norte	16	18%
Total	88	100%

Fonte: Ministério da Saúde, Apresentação do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas de Saúde, 05/2013. Preparado por: MENDES, Vera Lúcia Ferreira (Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência).

Em Belém do Pará, segundo se sabe, como resultado da pesquisa de campo, a URE de Reabilitação Infantil dispõe de uma van adaptada, veículo que foi adquirido por meio de doações, incluindo o Benefício de Prestação Continuada de seus próprios usuários.

Com isso, pode-se dizer que o Brasil vem se mostrando comprometido com a implementação, na área da saúde, de uma política pública verdadeiramente humanizada desatinada às pessoas com deficiência, inclusive, antes da LBI. Embora, com base no que se pode perceber da realidade de Belém do Pará, um dos maiores centros urbanos da Amazônia, ainda há muito a se fazer para garantir a integral implementação e a descentralização,

principalmente, dos serviços oferecidos pelos componentes da atenção especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS.

4 CONCLUSÃO

Com base na pesquisa documental sobre as políticas públicas na área da saúde voltadas às pessoas com deficiência, no Brasil, mais precisamente, o levantamento de diretrizes normativas do SUS, associada à pesquisa de campo desenvolvida em Belém do Pará, chega-se a quatro conclusões.

A primeira conclusão diz respeito à existência de uma avançada política pública na área da saúde voltada às pessoas com deficiência, no Brasil, a qual consegue, de acordo com as diretrizes nacionais, se relacionar com os vários outros aspectos da vida dessas pessoas, a ponto de traçar estratégias capazes de proporcionar a essas sua efetiva autonomia, de modo a afastar, por meio do modelo social, a equivocada ideia do modelo médico de que elas (as pessoas com deficiência) deveriam ser “curadas” de suas deficiências.

Essa política pública se refere à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS, que é um sofisticado subsistema composto de pontos de habilitação/reabilitação e estímulo, à disposição das pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva ou regressiva, estável, intermitente ou contínua, instituído em 2012 e que ainda se encontra em fase de implementação, em todo o país.

A segunda conclusão, por sua vez, decorre da constatação de que a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS, principalmente a dos serviços concentrados de alta complexidade ambulatorial, que são executados pelos três componentes da atenção especializada como, por exemplo, os CER, está, no mínimo, com quatro anos de atraso, se levado em consideração o planejamento do próprio Ministério da Saúde.

Por consequência da anterior, a terceira conclusão decorre da inferência lógica de que o reduzido número de estabelecimentos de saúde que compõem o mencionado subsistema, com destaque aos CER, é insuficiente para atender a todas as mais de sessenta milhões de pessoas com deficiência, no país.

A última conclusão, de caráter local (por considerar apenas a realidade de Belém do Pará), embora se possa aplicar a essa conclusão um raciocínio dedutivo, para fazê-la valer para todo o país, é a de que nem sequer os principais centros urbanos dispõem, efetivamente, da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS, de modo a se inferir que

as pessoas com deficiência que moram no interior, salvo eventuais beneficiários de programas de tratamento fora de domicílio ou serviços itinerantes, não têm acesso à essa política pública.

Desse modo, pode-se crer que, apesar de tão avançada essa política pública, ela é pouco ou quase nada efetiva, não pelo que se propõe, mas sim pela sua carência em termos de cobertura nacional.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Luiz Alberto David. *A proteção constitucional das pessoas com deficiência*. 4ª edição. Brasília: CORDE, 2011.

BAMPI, Luciana Neves; GUILHEM, Dirce; ALVES, Elionai Dornelles. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. *Revista latino-americana de enfermagem*, v. 18, n. 4, 1-9, 2010.

BANDINI, Márcia (organização). *A inclusão da pessoa com deficiência: o papel dos médicos do trabalho e outros profissionais de saúde e segurança*. 2ª edição. Curitiba: ANAMT, 2016.

BEZERRA, Lenildo Queiroz. A pessoa com deficiência e o direito à saúde. In: ____; MACIEIRA, Waldir; RIBEIRO, Lauro. *Deficiência no Brasil: uma abordagem integral dos direitos das pessoas com deficiência*. Florianópolis: Obra Jurídica, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/audiencias-publicas/audiencias-publicas-antecedentes/audiencia-2013/audiencia-16.05/apresentacao-1>>. Acesso em: 18 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012*. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS. Acesso em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 11 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria n. 835, de 25 de abril de 2012*. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS. Acesso em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html>. Acesso em: 11 abr. 2017.

_____. *Decreto n. 13.146, de 6 de julho de 2015*. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em 10 abr. 2017.

_____. *Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em 10 abr. 2017.

_____. *Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011*. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm>. Acesso em: 10 abr. 2017.

_____. *Decreto n. 7.853, de 24 de outubro de 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853.htm>. Acesso em: 10 abr. 2017.

ESTADO DO PARÁ. Ministério Público. 1ª Promotoria de Justiça de Defesa das Pessoas com Deficiência e dos Idosos e de Acidentes de Trabalho de Belém. *Ata de reunião*: direção da URE Demétrio Medrado. Belém, 2016.

_____. Secretaria de Estado de Comunicação. *Programa vai atender portadores de necessidades especiais*. Belém, 2011. Disponível em: <http://www.pa.gov.br/noticia_interna.asp?id_ver=82676>. Acesso em: 14 fev. 2017.

FRANÇA, Tiago Henrique. Modelo social da deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. *Lutas sociais*, v. 17, n. 31, p. 59-73, 2013.

GIGLO-JACQUEMOT, Armelle. *Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários*. Rio Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

NONATO, Domingos do Nascimento; RAIOL, Raimundo Wilson Gama. Perspectivas da dignidade humana à luz da convenção da ONU sobre os direitos das pessoas com deficiência. *Revista de direito brasileira*, v. 10, n. 5, p. 79-106, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Resolução n. 48-96, de 20 de dezembro de 1993*. Dispõe sobre as Normas sobre a Equiparação de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência. Acesso em: <<http://www.faders.rs.gov.br/legislacao/6/392>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidades e Saúde*. Lisboa, 2004. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2017.

QUEIROZ, Arryanne. Deficiência, saúde pública e justiça social. Estudos feministas, v. 15, n. 3, p. 823-841, 2007.

RIBAS, João Batista Cintra. *O que são pessoas deficientes*. São Paulo: Brasiliense, 2003.

THE UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION. *Aims of the UPIAS*. London, 1976. Disponível em: <<http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/UPIAS-UPIAS.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2017.