

Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

Para que aconteça

A viabilização desta política nacional deve-se a uma conjugação de esforços que tiveram seu início na decisão política dos governantes em responder positivamente às reivindicações e movimentos sociais de pessoas com deficiência. Os gestores do SUS, nas três esferas de governo, tendo como parceiros potenciais as áreas da educação, desenvolvimento social, Direitos Humanos, habitação, justiça, transportes, trabalho, esporte e turismo que, de forma articulada e integrada, procuram consolidar compromissos institucionais para a progressiva inclusão das pessoas com deficiência em suas comunidades, habilitando-as e reabilitando-as para o exercício da vida social, segundo as suas possibilidades.

É importante registrar a mudança no entendimento de que a reabilitação/habilitação, com vistas à inclusão da pessoa com deficiência, se dá, também, pelas ações da comunidade, transformando os ambi-

entes ao eliminar barreiras atitudinais e arquitetônicas que impedem a efetiva participação social das pessoas com deficiência.

As sociedades devem se modificar, de modo a atender às necessidades de todos os seus membros. Uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais ou pessoais.

Uma cidade acessível e acolhedora será melhor para todos os cidadãos.

Incluir socialmente as pessoas com deficiência significa respeitar as necessidades próprias da sua condição e possibilitar acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e artísticos e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico, científico e tecnológico da sociedade contemporânea.

Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

Principais causas das deficiências e sua evitabilidade

As principais causas das deficiências são:

· **As hereditárias ou congênitas** – que aparecem por questões genéticas (no feto). Podem ser evitadas, em parte, com exames pré-natais específicos (cariótipo e para outros erros inatos do metabolismo como fenilcetonúria, hemoglobina, hipertiroidismo congênito) e serviços de genética clínica para aconselhamento genético aos casais.

· **As decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada às mulheres durante a gestação e o parto** – são evitáveis com investimento e melhoria da qualidade do pré-natal (consultas e exames laboratoriais), parto (natural, de risco, cesarianas) e pós-parto.

· **A desnutrição**, que acomete famílias de baixa renda, especialmente crianças a partir do primeiro ano de idade – é evitável por meio de políticas públicas e empresariais de distribuição de renda, criação de emprego e melhoria das condições gerais de vida da população.

· **As que são consequência de doenças transmissíveis**, como a rubéola, o sarampo, a paralisia infantil, as doenças sexualmente transmissíveis (como a sífilis na gestante) – são evitáveis por ações de proteção e promoção à saúde, como informação, vacinação e exames pré-natais.

· **As doenças e eventos crônicos**, como a hipertensão arterial, o diabetes, o infarto, o acidente vâsculo-cerebral (AVC), a doença de Alzheimer, o câncer e a osteoporose – são em parte evitáveis pela mudança de hábitos de vida e alimentares, diagnóstico precoce e tratamento adequado.

· **As perturbações psiquiátricas**, que podem levar a pessoa a viver situações de risco pessoal – são em parte evitáveis por meio da proteção à infância, e do diagnóstico precoce, da assistência multiprofissional e do uso de medicamentos apropriados.

· **Os traumas e as lesões**, muitas vezes associados ao abuso de álcool e às drogas, principalmente nos centros urbanos, onde são crescentes os índices de violência e de acidentes de trânsito – são evitáveis pelas políticas públicas integradas e multisetoriais para a redução da violência e da melhoria das condições gerais de vida (habitação, escolaridade, oportunidades, esporte, arte, lazer) e de mudanças de hábitos da população.

Atuar sobre os fatores que causam as deficiências é tarefa de toda a sociedade, o que inclui os poderes públicos, as entidades não governamentais e as privadas, as associações, os conselhos, as comunidades, as famílias e os indivíduos.

“**TODAS AS PESSOAS NASCEM LIVRES E IGUAIS EM DIGNIDADE E DIREITOS. SÃO DOTADAS DE RAZÃO E CONSCIÊNCIA E DEVEM AGIR EM RELAÇÃO UMAS ÀS OUTRAS COM ESPÍRITO DE FRATERNIDADE.**”

Art. 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
www.saude.gov.br

Disque Saúde
0800 61 1997
Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

Ministério da Saúde
Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

Pessoa com Deficiência

Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

APRESENTAÇÃO

A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, fruto do processo de democratização do país, veio garantir direitos fundamentais para os cidadãos brasileiros. Em seu artigo 23, capítulo II, a Constituição 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.”

Outros instrumentos legais vêm sendo estabelecidos, desde então, regulamentando os ditames constitucionais relativos a esse segmento populacional, com destaque para as Leis nº 7.853/89 (sobre o apoio às pessoas com deficiência e sua integração social); nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde); nº 10.048/00 (estabelecendo prioridades ao atendimento); nº 10.098/00 (determinando critérios para a promoção da acessibilidade); e os Decretos nº 3.298/99 (dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência) e nº 5.296/04 (regulamenta as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00).

A Portaria do Ministério da Saúde MS/GM nº 1.060, de 05 de junho de 2002, instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.

O entendimento do conceito relativo à deficiência vem evoluindo em todo o mundo, especialmente após a década de 60, quando se formulou um conceito que reflete a estreita relação entre as limitações que as pessoas com deficiência experimentam, a estrutura do meio ambiente e as atitudes da comunidade. Após ter declarado o ano de 1981 como Ano Internacional da Pessoa Deficiente, a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou, em 1982, o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência. A Organização dos Estados Americanos editou a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, em 1999, e que foi promulgada, no Brasil, pelo Decreto nº 3.956/01. Tais documentos ressaltam o direito das pessoas com deficiência a terem oportunidades iguais, para usufruírem das melhorias nas condições de vida resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social. Estabeleceram-se diretrizes para as áreas da saúde, educação, emprego e renda, segurança social, legislação, orientando os estados membros na elaboração de políticas públicas.

Outro importante aporte foi a aprovação da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIF), em 2001, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cujos princípios enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades dos indivíduos, em vez de valorizar as incapacidades e limitações. Abriu-se um novo caminho para as práticas da reabilitação e da inclusão social, propondo a análise da saúde a partir de 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.

Finalmente, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU/2006) tem o objetivo de promover, defender e garantir condições de vida com

dignidade e a emancipação das pessoas que têm alguma deficiência. O Brasil assinou-a sem reservas, em 30 de março de 2007, bem como o seu protocolo facultativo, comprometendo-se com os cinquenta artigos que tratam dos direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais dos brasileiros com deficiência. Seu texto foi integrado, como emenda, à Carta Constitucional brasileira, em julho de 2008.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência é, portanto, resultado de múltiplos movimentos e longa mobilização, nacional e internacional, de muitos atores sociais e institucionais.

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL

O Brasil vem se organizando em termos de dados estatísticos oficiais sobre as pessoas com deficiência. Após a Lei nº 7.853/89, que tornou obrigatória a inclusão de itens específicos nos censos nacionais, o Censo Demográfico de 1991, pela primeira vez, incluiu questões que atestaram a presença de 2.198.988 pessoas com deficiência, em uma população total de 146.815.750 habitantes, o que representa 1,49 % desta.

Já o Censo de 2000, utilizando nova abordagem conceitual e metodológica (CIF/percepção de funcionalidade), identificou 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência (14,5% da população brasileira), desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar, até as graves lesões incapacitantes. Foram detectados, no total de 24,5 milhões, 48% de pessoas com deficiência visual, 23% com deficiência motora, 17% com deficiência auditiva, 8% com deficiência mental e 4% com deficiência física.

A metodologia adotada incluiu, na contagem, muitos idosos que apresentam dificuldades para se locomover, ver e/ou ouvir. Ao se considerar apenas as pessoas com limitações mais severas (percepção de incapacidade) o percentual encontrado foi de 2,5% do total da população (4,3 milhões de pessoas).

A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A presente 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 o aparecimento de deficiências.

Suas principais **diretrizes**, a serem implementadas solidariamente nas três esferas de gestão e incluindo as parcerias interinstitucionais necessárias, são: a promoção da qualidade de vida; a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde; a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos; e a organização e funcionamento dos serviços.

1. PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – é uma diretriz que deve ser compreendida como responsabilidade social compartilhada, visando assegurar a igualdade de oportunidades, a construção de ambientes acessíveis e a ampla inclusão sociocultural. As cidades, as escolas, os ambientes públicos, coletivos e de lazer, os serviços de saúde, os meios de transporte, as formas de comunicação e informação, devem ser pensadas de modo a facilitar a convivência, o livre trânsito e a participação de todos os cidadãos em iguais condições de direitos, nos vários aspectos da vida diária das comunidades.

Especificamente na área da saúde, buscar-se-á tornar acessíveis as unidades de saúde, por meio do cumprimento da normatização arquitetônica (de acordo com a Norma Brasileira 9050/ABNT, como descrito no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, MS, 2º ed., Brasília, 2008), e assegurar a representação das pessoas com deficiência nos Conselhos de Saúde, viabilizando sua participação na proposição de medidas, no acompanhamento e na avaliação das ações levadas a efeito nas esferas municipal, estadual e federal.

2. PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS – uma diretriz com alto grau de sensibilidade à ação intersetorial, devendo a Saúde unir esforços a outras áreas como: educação, segurança, trânsito, assistência social, direitos humanos, esporte, cultura, comunicação e mídia, dentre outras, para atuação potencializada.

Especificamente na área da saúde devem ser implementadas estratégias de prevenção, tendo em vista que cerca de 70% das ocorrências são evitáveis ou atenuáveis, com adoção de medidas apropriadas e oportunas. Ações em imunização, acompanhamento às gestantes (em especial as de risco), exames para os recém-nascidos, acompanhamento do crescimento infantil, acompanhamento aos diabéticos, hipertensos e pessoas com hanseníase, prevenção de acidentes (domésticos, no trânsito e no trabalho) e violências (álcool/drogas).

Medidas preventivas deverão envolver, também, ações de natureza informativa e educacional, voltadas à população, aos profissionais de saúde e aos gestores de serviços, em todo território nacional.

3. ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE – diretriz de responsabilidade direta do Sistema Único de Saúde e sua rede de unidades, voltada aos cuidados que devem ser dispensados às pessoas com deficiência, assegurando acesso às ações básicas e de maior complexidade, à reabilitação e demais procedimentos que se fizerem necessários, e ao recebimento de tecnologias assistivas.

Toda pessoa com deficiência tem o direito de ser atendida nos serviços de saúde do SUS, desde os Postos de Saúde e Unidades de Saúde da Família, até os Serviços de Reabilitação e Hospitais. Tem direito à consulta médica, ao tratamento odontológico, aos procedimentos de enfermagem, à visita dos Agentes Comunitários de Saúde, aos exames básicos e aos medicamentos que sejam distribuídos pelo SUS. Não se pode esquecer que há homens e mulheres com deficiência em todas as faixas etárias, devendo bebês, crianças, jovens e adultos ser acolhidos em todas as Unidades de Saúde e ter respondidas suas necessidades, sejam elas vinculadas ou não à deficiência que apresentam. São consideradas parte da atenção integral à saúde das pessoas com deficiência as ações voltadas para sua saúde sexual e reprodutiva, incluindo medicamentos, recursos tecnológicos e intervenções especializadas.

Para o desenvolvimento desta Política, a Atenção Básica tem fundamental importância, com a Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde que, trabalhando com áreas territorializadas de abrangência, capilarizam o cuidado à saúde e ao adoecimento, aproximando os serviços das comunidades, famílias e indivíduos. O Ministério da Saúde propôs a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF - Portaria MS/GM nº 154, de 24/01/08) com equipe multiprofissional, que pode incluir fisioterapeuta, médico, acupunturista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e educação física. Os processos de trabalho devem incorporar, ao reconhecer seus territórios de responsabilidade sanitária, um olhar especialmente voltado às pessoas com deficiência que habitam as comunidades. Daí a importância do tema ser incluído nas capacitações, manuais, cartilhas, protocolos técnicos e clínicos, sensibilizando gestores, profissionais e comunidades.

Há que se trabalhar os processos de Acolhimento, Atenção, Referência e Contra-referência, voltados às especificidades das pessoas com deficiência para que elas possam ter acesso às Unidades de Saúde, em todo o país, sem barreiras (arquitetônicas ou atitudinais), como todos os demais cidadãos brasileiros.

De acordo com suas características, as pessoas com deficiência têm direito ao encaminhamento para serviços mais complexos, a receber assistência específica nas unidades especializadas de média e alta complexidade, para reabilitação física, auditiva, visual e intelectual, como também às ajudas técnicas, órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção de que necessitem, complementando o trabalho de reabilitação e as terapias.

As equipes das unidades de reabilitação devem ser multiprofissionais e trabalhar de forma interdisciplinar, envolvendo as famílias, as unidades básicas de saúde e as comunidades, buscando recursos locais que facilitem o desenvolvimento integrado de processos de inclusão da pessoa com deficiência.

4. MELHORIA DOS MECANISMOS DE INFORMAÇÃO – esta diretriz deve ser pensada e desenvolvida em vários pontos interdependentes. Um deles refere-se à necessária melhoria dos mecanismos de registro e coleta de dados sobre as pessoas com deficiência no país. Outro ponto importante está voltado ao aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação do SUS,

e à construção de indicadores e parâmetros específicos para esta área, com o desenvolvimento de estudos epidemiológicos, clínicos e de serviços, e com estímulo às pesquisas em saúde e deficiência.

A melhoria da quantidade e qualidade das informações produzidas será essencial para o adequado equacionamento das questões relativas à saúde da pessoa com deficiência.

Outro aspecto a se considerar para esta diretriz diz respeito ao estímulo à criação, à produção e à distribuição de material educativo e informativo na área da saúde em formatos acessíveis, isto é, em Braille, em Libras, em CD, em programa TXT para conversão em voz, em caracteres ampliados etc.

5. CAPACITAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS – esta diretriz mostra-se de suma importância, tendo em vista que as relações em saúde são baseadas essencialmente na relação entre pessoas. Profissionais permanentemente atualizados, capacitados e qualificados, tanto na rede básica (incluindo as equipes de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde) quanto nos serviços de reabilitação (física, auditiva, visual, intelectual), potencializam os cuidados às pessoas com deficiência usuárias do SUS.

Com a criação dos NASF espera-se grande reforço à atuação das equipes, em todos os municípios.

Busca-se, com o Ministério da Educação, a inclusão de disciplinas e conteúdos de prevenção, atenção e reabilitação às pessoas com deficiência, nos currículos de graduação das profissões na área da saúde, bem como o fomento de projetos de pesquisa e extensão nessa área do saber.

Outro foco de desenvolvimento e capacitação são os gestores de serviços em saúde, para que haja incremento no planejamento de políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência no país.

Por fim, nesta diretriz de capacitação, é importante registrar a programação dos cursos de formação de profissionais ortesistas e protesistas no país, que terá início em 2009.

6. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS – pretende-se que os serviços de atenção às pessoas com deficiência se organizem como uma rede de cuidados, de forma descentralizada, intersetorial e participativa, tendo as Unidades Básicas de Saúde (ou Saúde da Família) como porta de entrada para as ações de prevenção e para as intercorrências gerais de saúde da população com deficiência.

O NASF tem como objetivo ampliar a resolutividade das ações da Atenção Básica. A equipe do NASF/1 será formada por no mínimo 05 profissionais dentre os seguintes: médico (pediatra, ginecologista, homeopata, acupunturista, psiquiatra), assistente social, profissional da educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta ocupacional. O NASF/

2 poderá ter equipe de no mínimo três profissionais dos listados acima, menos a categoria dos médicos.

A inclusão da assistência aos familiares é essencial para um atendimento humanizado e eficaz, com ações de apoio psicossocial, orientações para atividades de vida diária e suporte especializado em situações de internamento (hospitalar/domiciliar).

Nas unidades especializadas, de abrangência regional, qualificadas para atender às necessidades específicas das pessoas com deficiência, a atenção será multiprofissional e interdisciplinar, com a presença de alguns dos seguintes profissionais: médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, conforme o perfil do serviço. Neste nível será possível a avaliação de cada caso para a dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, bem como o acompanhamento dos processos de adaptação aos equipamentos.

Para as unidades de alta densidade tecnológica, ambulatorial ou hospitalar, reservam-se os casos que justificam intervenção intensa e mais freqüente, recomendando-se que estejam vinculadas, se possível, a centros universitários ou formadores de recursos humanos. Nestas unidades, provavelmente estarão as pessoas que sofreram traumas recentes, caracterizando uma via de entrada para a atenção no SUS. Para o seguimento destes casos há que se criar um fluxo entre os serviços e pontos de atenção, para que as pessoas tenham acesso, após a alta hospitalar, às unidades básicas de saúde mais próximas de seus locais de moradia.

Em todo o país, prestando atendimento de média e alta complexidade, conta-se com serviços de Reabilitação Física, serviços de Atenção à Saúde Auditiva, serviços para Deficiência Mental e autismo e serviços para Reabilitação Visual.

As Redes de atenção para as pessoas com deficiência instituídas são: Rede de Atenção à Saúde Auditiva (Portarias MS/SAS nº 587/04 e nº 589/04); e Rede de Assistência à Pessoa com Deficiência Física (MS/GM nº 818/01 e MS/SAS nº 185/01) e ainda Serviços de Atenção à Ostomia, Assistência Ventilatória a doenças Neuromusculares (MS/GM nº 1.370/08 e MS/SAS nº 370/08), Osteogênese Imperfecta (MS/GM nº 2.305/01), Deficiência Mental/Autismo (MS/GM nº 1.635/02), e Serviços de Reabilitação Visual (MS/GM nº 3.128/08, MS/GM nº 3.129/08).

É fundamental que haja uma interlocução entre as redes de Reabilitação, os NASF (considerando suas ações em reabilitação), o atendimento em reabilitação nos serviços especializados e hospitalares, sendo fundamental a comunicação com as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos/deficiências e reabilitação das UBS, integrando todos eles em uma rede de assistência.

Para localizar as unidades especializadas e outras informações, acessar: **www.saude.gov.br**

-----	-----
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES	SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SAS MINISTÉRIO DA SAÚDE