



Septiembre 2019 - ISSN: 1988-7833

PLANO NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA VIVER SEM LIMITE – EIXO SAÚDE: EVIDÊNCIAS DE DIREITOS HUMANOS NO BRASIL?

Christian Caldeira Santos¹

Universidade Feevale, christiansantos@unipampa.edu.br

Jacinta Sidegum Renner²

Universidade Feevale, jacinta@feevale.br

Margarete Fagundes Nunes

Universidade Feevale, marga.nunes@feevale.br³

Para citar este artículo puede utilizar el siguiente formato:

Christian Caldeira Santos, Jacinta Sidegum Renner y Margarete Fagundes Nunes (2019): "Plano nacional dos direitos da pessoa com deficiência viver sem limite – Eixo Saúde: evidências de direitos humanos no Brasil?", Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales, (septiembre 2019). En línea:

<https://www.eumed.net/rev/cccss/2019/09/direitos-humanos-brasil.html>

Resumo: O texto versa sobre o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência Viver sem Limite – eixo saúde, criado em 2011, no Brasil, que por meio de estudo bibliográfico e documental relacionados aos resultados de sua implantação, especialmente, aos que favoreceram o processo de inclusão social e o fortalecimento dos direitos humanos desse conjunto de pessoas, entre os anos de 2012 a 2019. Junto à revisão narrativa literária foram apresentados dados relevantes, oriundos dos Relatórios de Gestão do Ministério da Saúde (2013 – 2017). Eles indicaram que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência está em expansão quanto aos procedimentos ofertados na área de saúde, entretanto, há insatisfação de usuários na assistência, onde vazios assistenciais dificultam o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde no país. Em uma sociedade brasileira diversa é desafiador a implantação, organização e funcionamento de políticas de saúde que garantem os princípios do Sistema Único de Saúde, os quais asseguram os direitos constitucionais dessa vulnerável população.

Palavras-chave: Políticas públicas. Serviços de saúde. Pessoas com deficiência. Inclusão social. Direitos humanos.

Abstract: The text deals with the National Plan for the Rights of Persons with Disabilities Living Without Limit - health axis, created in 2011 in Brazil, which through a bibliographic and documentary study related to the results of its implementation, especially those who favored the process of social inclusion and the strengthening of the human rights of this group of people between the years of 2012 and 2019. Relevant data from the Ministry of Health Management Reports (2013 - 2017) were presented alongside the literary narrative review. They indicated that the Network of Care for Disabled People is expanding in terms of the procedures offered in the health area, however, there are users' dissatisfaction with care, where care gaps make it difficult for people with disabilities to access health services in the country. In a diverse Brazilian society, it is challenging to implement, organize and operate health policies that guarantee the principles of the Unified Health System, which ensure the constitutional rights of this vulnerable population.

Keywords: Public policies. Health services. People with disabilities. Social inclusion. Human rights.

Resumen: El texto versa sobre el Plan Nacional de los Derechos de la Persona con Discapacidad Vivir sin Límite - eje salud, creado en 2011, en Brasil, que por medio de estudio bibliográfico y documental relacionados a los resultados de su implantación, especialmente, a los que favorecían el proceso de la inclusión social y el fortalecimiento de los derechos humanos de ese conjunto de personas entre los años 2012 a 2019. Junto a la revisión narrativa literaria se presentaron datos relevantes provenientes de los Informes de Gestión del Ministerio de Salud (2013 - 2017). En el caso de las personas con discapacidad, las personas con deficiencia en los servicios de salud en el país, en la que los vacantes asistenciales dificultan el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud en el país. En una sociedad brasileña diversa es desafiante la implantación, organización y funcionamiento de políticas de salud que garantizan los principios del Sistema Único de Salud, los cuales aseguran los derechos constitucionales de esa vulnerable población.

Palabras clave: Políticas públicas. Servicios de salud. Personas con deficiencia. inclusión

INTRODUÇÃO

O tema direitos humanos instigou a sociedade contemporânea a rever situações arcaicas que minimizam as pessoas com deficiência e as colocam na periferia social. Na contramão dessa exclusão social, Bauman (2011, p. 53) declarou ser “inadmissível pessoa humana fora da sociedade, ou, a sociedade independentemente dos indivíduos que a compõem. Se os seres humanos são intrinsecamente alguma coisa, eles são seres sociais”.

Assim, almejando ser país mais justo e moderno, o Brasil inseriu a Convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2006) em sua Constituição, através do Decreto nº 6949 de 2009. Nela é definido pessoas com deficiência, como aquelas possuidoras de impedimentos de longo prazo de natureza física,

mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversos obstáculos, podem limitar sua atuação total e real na sociedade em igualdades de condições entre seus pares (BRASIL, 2009).

A partir desta Convenção, infere-se que o conceito de deficiência transformou-se em dinâmico e evolutivo. Desta forma, Ela enaltece o combate à discriminação, valora a diversidade, a liberdade, a autonomia e a independência individual da pessoa com deficiência. Por fim, visa promover e proteger os direitos humanos de todas as pessoas com deficiência. Diante disto, Diniz, Barbosa e Santos (2009) relataram que a Convenção fomentou a deficiência como um tema de justiça, direitos humanos e promoção de igualdade.

A Convenção da ONU sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2006) apresenta um conjunto de 50 artigos, os quais asseguram direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais das pessoas com deficiência (ONUBR, 2013). Nessa perspectiva, ela contrapõe os estigmas forjados às pessoas com deficiência ao longo da história.

Assim, para o desenvolvimento e implantação dos compromissos assumidos na Convenção da ONU (2006), o Governo Brasileiro se alicerçou nos dados do Relatório Mundial sobre Deficiência da Organização Mundial da Saúde e Banco Mundial, que trouxe ao seu final, nove recomendações:

Permitir o acesso a todos os sistemas e serviços regulares; investir em programas e serviços específicos para pessoas com deficiência; adotar uma estratégia e planos de ação nacionais sobre a deficiência; envolver as pessoas com deficiência; melhorar a capacidade dos recursos humanos; financiamento adequado e melhorar a acessibilidade econômica aumentar a conscientização pública e o entendimento das deficiências; aumentar a base de dados sobre deficiência; fortalecer e apoiar a pesquisa sobre deficiência (BRASIL, 2013, p. 25).

No compromisso de assegurar a inclusão social da pessoa com deficiência, o Governo Brasileiro tencionou ações e esforços nas mais diferentes áreas governamentais: educação, assistência social, trabalho e emprego, direitos humanos, mobilidade urbana, saúde, entre outras (BRASIL, 2011). A resultante destas ações e esforços, em 17 de novembro de 2011 (Decreto nº 7612 de 2011) foi o surgimento do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite. Esta ação chancelou o compromisso do Brasil com as prerrogativas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (SÚMULA DO PROGRAMA “VIVER SEM LIMITE”, 2014; CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015). Para Santos (2013, p. 50), acordos dessa magnitude visam “garantir mínimos de dignidade às pessoas sempre e quando os direitos de pertença a uma coletividade política não existissem ou fossem violados”.

Nesta tendência, o Plano Viver sem Limite apresenta finalidade de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício igualitário dos direitos das pessoas com deficiência (BRASIL, 2011). O Plano comunga ações de todos estados da federação e previu um investimento de R\$ 14 bilhões até 2014, em ações em quatro eixos:

educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde (SÚMULA DO PROGRAMA “VIVER SEM LIMITE”, 2014; CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Sabe-se que o Ministério da Saúde é um dos pilares centrais desse Plano, e em 2012 criou a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, definida posteriormente como Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), sob a condição de Rede prioritária de saúde (MENDES, 2014; CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015). A RCPD por meio da criação, amplificação e articulação de pontos de atenção à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012), aporta um conjunto de táticas e serviços de assistência às necessidades particulares de pessoas com deficiência auditiva, física, visual, intelectual, múltiplas deficiências e ostomizadas, seja na promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação (SÚMULA DO PROGRAMA “VIVER SEM LIMITE”, 2014).

Destaca-se que até 2014, muitas estratégias foram feitas: capacitação de equipes de atenção básica; concepção de Centros Especializados em Reabilitação (CER) e capacitação dos já existentes; concepção de oficinas ortopédicas (OO) e aumento da concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPML), atreladas aos serviços de reabilitação física do SUS; capacitação da atenção odontológica, tanto na atenção básica quanto na especializada e cirúrgica nos Centros de Especialidades em Odontologia (CEO) (SÚMULA DO PROGRAMA “VIVER SEM LIMITE”, 2014).

Nesta perspectiva, Tomaz et al. (2014) relataram que no Brasil desde 2002, já possui legislações no campo da saúde que atentam ao atendimento das principais diretrizes recomendadas pela Política Nacional de Saúde para Pessoa com Deficiência, porém o que falta são estudos que abordem a efetividade das legislações propostas e seu nível de implantação. Assim, este estudo busca apresentar resultados do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite – eixo saúde por meio da RCPD que sugerem a retomada de um novo caminho para a inclusão social e o fortalecimento dos direitos humanos das pessoas com deficiência no Brasil, a partir de 2012.

MATERIAIS E MÉTODOS

A técnica de pesquisa teve como base uma revisão narrativa da literatura, fundamentada em documentos de órgão público (dados secundários) associado à revisão de artigos científicos relacionados à política pública voltada para a saúde das pessoas com deficiência de 2012 até 2019. Foram utilizados os seguintes descritores: direitos humanos, pessoas com deficiência e políticas públicas em plataformas de buscas científicas.

Os dados do Plano Viver sem Limite e da RCPD foram obtidos por meio do Portal da Saúde do Ministério da Saúde, na seção Relatórios da Gestão da Secretária de Atenção à Saúde, referente aos anos de 2012 – 2017. Os dados foram analisados e representados em quadros para melhor visualização da dimensão da RCPD.

RESULTADO E DISCUSSÃO

No passado, o Estado brasileiro negligenciou as pessoas com deficiência, tendo a sociedade civil assegurada sua assistência (saúde, educação e social), através de movimentos sociais específicos feitos por associações, clubes de serviços, entidades religiosas e particulares. Deste conflito, surgiram alguns parâmetros/modelos que se tornaram referência para a assistência a esta parcela da população. Muito se aprendeu e muito se perdeu devido às dificuldades (técnicas, estruturais e financeiras) enfrentadas pela sociedade civil neste desafio assistencial (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Ao aceitar que a concepção simmeliana é fundamental para a compreensão do conflito como inerente à vida social, fica entendido que o conflito existente entre Governo e os movimentos sociais produziu e/ou modificou grupos de interesse, uniões e organizações. Acredita-se que tal conflito favoreceu a solucionar ideias contrárias, tecendo uma resultante única (KOURY, 2011).

Uma dessas resultantes pode ser o Plano Viver sem Limite e o surgimento da RCPD, visto que a população beneficiada por seus cuidados é estimada em torno de 3.150.000 de pessoas com deficiência por ano (BRASIL, 2018), ou seja, 7% dos 45 milhões de brasileiros com deficiência caracterizados como “não conseguem de modo algum” pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) são “SUS” dependentes. Esta ação leva a crer que a temática “pessoas com deficiência” entrou na pauta governamental brasileira após a assinatura do Decreto nº 7612 em 2011.

Para que a engrenagem deste emergente Plano funcione, o montante financeiro empenhado através da RCPD de 2013 a 2017 e destinado à ação de Implantação de Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência ultrapassou os R\$ 56 milhões. O gasto empenhado destinado à ação de Estruturação de Unidades de Atenção Especializada em Saúde ultrapassou os R\$ 284,7 milhões. Já o total empenhado à ação de Atenção à Saúde da População para Procedimentos em média e alta complexidade ultrapassou os R\$ 1,6 bilhões. E por fim o montante financeiro empenhado à ação de Ampliação da Resolutividade da Saúde Bucal na Atenção Básica e Especializada ultrapassou os R\$ 21 milhões (BRASIL, 2018; BRASIL, 2017; BRASIL, 2016; BRASIL, 2015; BRASIL 2014).

Segundo a ONU Brasil (2013), o Viver sem Limite é a principal ação nacional voltada à inclusão social das pessoas com deficiência no país. Para Mefano (2014) a implantação do Plano é de enorme magnitude, em virtude de o país possuir dimensões continentais e apresentar tamanha diversidade.

Diante de situações favoráveis e desfavoráveis que permeiam qualquer implantação de políticas públicas, pontua-se que o Plano Viver sem Limite, a partir da RCPD, trouxe mudanças aos cuidados da saúde da pessoa com deficiência, pois vinculou a estes os princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde) às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde para esta população. Assim, a RCPD pode ser considerada “viva” e “em movimento”, com assistência constante, que se (re)organiza conforme as

necessidades dos seus usuários, buscando contemplar a integralidade da atenção à saúde (DUBOW; GARCIA; KRUG, 2018).

Frente às mudanças quantitativas da RCPD destacam-se ações de prevenção da atenção básica da RCPD que são voltadas a desvendar eventos clínicos que possam ocasionar incapacidades na criança recém-nascida, conforme demonstrado no quadro 1.

Quadro 1 - Representação da cobertura nacional da Triagem Neonatal Auditiva e Triagem Neonatal Biológica realizada pela RCPD no período de 2014 a 2017.

Ano	Cobertura de Triagem Neonatal Auditiva	Cobertura de Triagem Neonatal Biológica (Teste do Pezinho)
2014	24,00%	80,80%
2015	29,00%	84,90%
2016	30,37%	83,57%
2017	30,70%	*

Legenda: (*) dado não informado

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde. *Relatórios de Gestão Ministério da Saúde (2015, 2016, 2017 e 2018)*.

A triagem neonatal busca por doenças genéticas e/ou congênitas num período ainda assintomático, o que favorece o tratamento precoce e o acompanhamento ao longo do tempo dos doentes, minimizando e/o extirpando a evolução que culminam em graves distúrbios mentais, neuromotores e funcionais (BRASIL, 2017).

Pela Triagem Neonatal Biológica (TNB) – Teste do pezinho – identifica-se, precocemente, a fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme, fibrose cística, deficiência de biotinidase e hiperplasia adrenal congênita. Atualmente, todos os estados brasileiros e o Distrito Federal apresentam unidades para a realização do teste de triagem dos recém-nascidos entre o 3º e 5º dia de vida (BRASIL, 2017). Acredita-se que somente a dificuldade do acesso ao serviço de saúde de algumas famílias para a TNB seria a justificativa para a não total cobertura nacional.

Quanto a Triagem Neonatal Auditiva (TNA) – Teste da orelhinha – o Brasil tem uma evolução favorável na cobertura nacional nestes últimos três anos. Entretanto, existe uma distribuição territorial irregular nas Regiões Intermediárias de Articulação Urbana, com índices mais elevados de cobertura TNA apontados nas regiões Sul e Sudeste do país. Em detrimento, as regiões Norte e Nordeste demanda mais empenho público para a cobertura de TNA ser efetiva (PASCHOAL, 2016).

A TNB e a TNA são exemplos de ações de prevenção e de diagnóstico precoce de deficiência a nível nacional. Segundo Othero e Ayres (2012, p. 229) “muitas doenças são passíveis de prevenção e poderiam ser evitadas. [...] precisam ser detectadas precocemente, permitindo intervenção rápida e minimizando suas incapacidades decorrentes do quadro”.

Em relação a atenção especializada da RCPD, o quadro 2 demonstra a sua expansão referente a quantidades de Centro Especializado em Reabilitação (CER), Oficinas Ortopédicas (OO) e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e também de seus procedimentos realizados nesses locais.

Quadro 2 – Representação da cobertura da RCPD quanto ao número de CER, OO, CEO e suas ações (procedimentos) no período de 2013 a 2017.

Ano	CER habilitado	Ações dos CER	OO habilitada	Ações das OO	Concessão OPME não cirúrgicas	CEO habilitado	Ações dos CEO
2013	102	*	21	*	*	425	*
2014	124	11.162.505	24	322.069	4.056.040	494	381.055
2015	136	11.749.116	24	329.508	3.446.795	0	*
2016	186	9.449.087	33	97.763	4.237.059	490	*
2017	196	*	35	*	*	551	*

Legenda: OPME – Órteses, Próteses e Materiais Especiais; (*) dado não informado.

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde Relatórios de Gestão (2014, 2015, 2016, 2017 e 2018).

Os CER, segundo Campos, Souza e Mendes (2015) surgiram para oferecer cuidados de no mínimo a duas modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências). Afirmam ainda que este ato transcende o paradigma da reabilitação por especificidade de deficiência atribuída sobre ela mesma. No CER há uma equipe interdisciplinar caracterizada pelas modalidades de deficiência atendidas no local. Portanto, o CER se faz de núcleo estratégico na qualificação, regulação e criação de padrões mínimos para os cuidados, inclusive com acolhimento de diferenças e de humanização aos seus usuários.

Segundo Pereira e Machado (2015), gestores municipais descreveram que a presença do CER na cidade promove vantagens ao usuário do SUS como: a facilidade no acesso e mais procedimentos ofertados, a melhora da qualidade de vida, o menor deslocamento para outras cidades de referências e garantia de um serviço de qualidade e de baixo custo.

Já a OO é o local onde confeccionam, adaptam e transcorrem as manutenções de Órteses, Próteses e Meios de Locomoção (OPML). Tais itens são individualizados e relacionados às necessidades funcionais de cada um a fim de potencializar a autonomia e contribuir para uma melhor qualidade de vida do usuário (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

De forma global, a presença de tais serviços foi importante para o aumento significativo de 49,8% ($p < 0,05$) na concessão de OPML no Brasil, referente ao período Pós Plano Viver

sem Limite (2012 – 2017) segundo Santos, Renner e Vieira (2018). No estado Rio Grande do Sul, Santos et al. (2017) demonstraram que os 11 CER e as três OO implantadas até 2016 favoreceram uma frequência maior de concessões de OPML às pessoas com deficiência, no período Pós-Plano Viver sem Limite (2012 – 2016) em relação ao período Pré-Plano (2008 – 2011).

Apesar do crescimento dos números de CER, OO e das concessões de OPML no Brasil, existe ainda nichos de vazios assistenciais para com as pessoas com deficiência, como relataram Caro et al. (2014) em seu estudo. Estas pesquisadoras observaram carência correlacionada à assistência especializada em reabilitação física e na concessão de tecnologias assistivas no estado de São Paulo, especificamente, na 3ª Regional de Saúde. Tais exemplos também foi relatado por Santos et al. (2017), em relação ao Estado do Rio Grande do Sul, especificamente na Macrorregião Centro-Oeste, que abrange a 4ª e a 10ª Coordenadoria Regional de Saúde, onde não dispõe do seu CER regional, gerando dificuldade de acesso da população deste território de saúde para o recebimento de OPML. Na mesma seara, Santos et al. (2014) relataram que as políticas públicas do Estado da Paraíba não cobriram as demandas de equipamentos de tecnologia assistiva para as pessoas com deficiências. No norte de Minas Gerais os agentes da Estratégia da Saúde da Família relatam dificuldade de acesso ao serviço de reabilitação das pessoas com deficiência (URSINE; PEREIRA; CARNEIRO, 2017). Na Microrregião 1 do Centro Sul Fluminense houve uma total desarticulação entre os serviços com ineficiência da referência e contrarreferência dos fluxos de usuários do SUS entre os diferentes níveis de atenção (PEREIRA; MACHADO, 2016). E em Santa Catarina os usuários de um CER relataram ter maior necessidade nas assistências relacionadas às áreas de fisioterapia, psicologia, educação física, nutrição, terapia ocupacional e atendimento médico domiciliar e nos Centros de Saúde (CRUZ et al., 2015).

Acredita-se haver também, outros vazios assistenciais nas comunidades ribeirinhas do norte do país, visto o Mistério da Saúde não ter adquirido até a presente data as OO Fluviais (BRASIL, 2017), as quais promoveriam uma melhor cobertura do processo de reabilitação aos cidadãos com deficiência nos lugares mais longínquos e de difícil acesso do país.

Para Ursine, Pereira e Carneiro (2017) estes diversos cidadãos com deficiência apresentam no mínimo, uma dupla vulnerabilidade: a deficiência por si mesma e a dificuldade de acesso a serviços de saúde. Tais características destes cidadãos não são explicitadas em documentos oficiais da RCPD ou Política de Saúde para as Populações do Campo, nem discutida na literatura nacional.

Já quanto os CEO, eles oferecem cuidados odontológicos às pessoas com deficiência. Tais cuidados iniciam na atenção básica e podem evoluir para a atenção especializada (BRASIL, 2017). Segundo Queiroz et al. (2014) os altos índices de carie e a higiene bucal deficiente acrescidos às dificuldades de profilaxia odontológicos dessas pessoas, já demonstrava a importância de se ter política pública aplicada aos cuidados orais dessa parcela da população.

Segundo o Ministério da Saúde, de janeiro de 2014 e abril de 2016 foram realizados 3.157.318 procedimentos odontológicos em pessoas com deficiência, nos 490 CEO aderidos à RCPD em todo país. Entretanto, não há informação referente à demanda existente para atendimento odontológico entre a população com deficiência (BRASIL, 2017). Tal citação evidencia um viés epidemiológico importante no país relacionado à atenção básica e/ou especializada da RCPD.

O desvendamento do perfil epidemiológico é um aspecto a ser destacado na atenção básica, segundo Nogueira et al. (2016). Nesta nuance, para tentar garantir a inclusão destas pessoas ao acesso à saúde, o questionamento de QUEM é esta fração populacional e QUAIS são suas principais características, podem aproximar a teoria e a prática das políticas públicas neste público alvo. Em sua pesquisa estes autores evidenciaram um descompasso entre a proposta das políticas públicas no país e a realidade do perfil das pessoas com deficiência em Florianópolis, tendo a ação de prevenção não eficiente tal população. Portanto, um inquérito investigativo referente aos vários contextos de vida das pessoas com deficiência facilitaria o entendimento do todo, conforme relata Mefano (2014): a atenção de saúde da pessoa com deficiência transita por suas vulnerabilidades.

Este descompasso acima relatado é confirmado no estudo de Pagliuca et al. (2015) onde destacam que o sentimento das pessoas com deficiência frente às políticas públicas criadas para facilitar a inclusão, ainda é de insatisfação, em relação ao campo da saúde.

Nesta conjuntura, para tentar minimizar a insatisfação do usuário com deficiência as unidades básicas de saúde da federação têm que estar apropriadas a este público, pois elas são a porta de entrada para a RCPD. Segundo Martins et al. (2016) para se promover o acesso universal à saúde é primordial que as unidades de saúde alterem seus layouts e adequem seus contextos arquitetônicos às pessoas com deficiência, favorecendo sua autonomia e independência pessoal, total ou assistida. Entretanto, no estudo destes autores foi evidenciado que ainda existem grandes obstáculos físicos no sentido de garantir esse acesso do direito à saúde na cidade de João Pessoa, Paraíba. Outro resultado semelhante foi descrito no estudo de Marques et al. (2018) na região do Maciço de Baturité, onde sinalizam que o acesso das pessoas com deficiência física às unidades de atenção primária de saúde é titulada como um desafio, por haver obstáculos físicos, arquitetônicos e de mobiliários. Sinalizam ainda que do acolhimento às ações de saúde junto às pessoas com deficiência física estão prejudicadas.

Outro apontamento a ser combatido seria a escassez de informações dirigidas às famílias quanto à existência de políticas públicas voltadas para a população deficiente. Segundo Figueiredo et al. (2015), profissionais de saúde atuantes nos serviços da rede de atenção à saúde, limitam informações em relação à existência de políticas públicas de saúde em prol dos usuários com situações de doenças crônicas. Tal ação deprecia o acesso e a possibilidade de melhorar a qualidade de vida desta parcela populacional. Para Othero e Ayres (2012) a informação e a orientação são itens importantes que agregam aos direitos e a cidadania da pessoa com deficiência.

Para fomentar a informação, o Ministério da Saúde desde 2012 disponibilizou quatro Diretrizes de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência (Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down, Atenção à Triagem Auditiva Neonatal, Atenção à Pessoa Amputada e Atenção à Pessoa com Lesão Medular) para oferecer informações quanto ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos usuários do SUS de forma igualitário e direcionado em todo território nacional. No ano seguinte, foram inseridas cinco novas Diretrizes (Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral, Atenção à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, Atenção à Pessoa com Traumatismo Crânio Encefálico, Atenção à Pessoa com Acidente Vascular Cerebral e a da Saúde Ocular na Infância) (BRASIL, 2014). Em 2016, duas novas Diretrizes foram publicadas pelo Ministério da Saúde a de Atenção à Pessoa com Síndrome Pós-Poliomielite e a Diretrizes de Estimulação Precoce (BRASIL, 2017).

Neste arcabouço da saúde voltada para pessoa com deficiência se verifica concordância com Alves, Ribeiro e Sampaio (2016), onde afirmaram que a rede de reabilitação promissora para um projeto de ampliação da democracia e da qualificação da atenção integral precisa contar com infraestrutura, profissionais motivados e com formação adequada que compreendam as políticas que regem seu trabalho para que possam, verdadeiramente, repensar e modificar seus modos de fazer.

Para tanto, a estrutura da RCPD deve ser revista. A nova configuração sairia do modelo descendente e passaria ao ascendente: do nível local para o estadual, discutindo-se a operacionalização da rede baseada no modelo social da deficiência e na coordenação do cuidado pela atenção básica (URSINE; PEREIRA; CARNEIRO, 2017). Nesta vertente, Othero e Ayres (2012) sinalizam que não é só a questão da doença em si, mas a sua prevenção e a sua assistência devem estar articuladas. Os problemas são complexos e envolvem dimensão sociocultural, onde o usuário é o ator principal (com história, valores, desejos).

Para Campos, Souza e Mendes (2015) a universalidade, equidade, integralidade, princípios do SUS, terão êxitos quando os cuidados às pessoas com deficiência se tornarem intrínseco às relações sociais, com o devido respeito a diversidade, fomento da inclusão social e exaurindo os estigmas e preconceitos que assombram a comunidade com deficiência nos dias de hoje. Neste prisma as ações de saúde devem ser tencionadas às vertentes sociais em prol da inclusão social com vistas à autonomia e a ampliação das relações sociais para fora do domicílio da pessoa com deficiência (ARAUJO e SILVA et al., 2012).

Diga-se então, que o Plano Nacional Viver sem Limite busca por justiça social, justiça esta que aos olhos de Bauman (2011, p.77) pode ser considerada como: “o horizonte que uma sociedade justa tenta alcançar, um horizonte que se afasta a cada passo que essa sociedade dá. Insistir em dar passos e não afrouxar nessa insistência aconteça o que acontecer, é o que torna justa uma sociedade”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com metas ainda por atingir quanto à habilitação de CER, OO, CEO e para a cobertura do TAN e do TBN, o estudo trouxe evidências quantitativas após sete anos da criação do Plano Viver sem Limite, as quais demonstraram o crescimento com articulação e também com desarticulação da RCPD no território nacional. Em uma maior dimensão da não assistência à saúde, fazem presença os vazios, hiatos e buracos assistenciais em que a Rede não conseguiu demandar assistência às pessoas com deficiência.

Quanto às evidências qualitativas, infere-se que há déficits que se dirige desde a atenção básica e transpassa até a saúde especializada executada pela RCPD, visto que o modelo social não está totalmente inserido em sua estrutura.

Assim, se concorda com Machado et al. (2018, p. 8) ao afirmarem que:

É compreensível sua proposta de integração entre as equipes que atuam nos diversos pontos de atenção, ainda não esteja de fato articulada, o que revela uma política ainda carente de atenção e investimentos, tanto da parte estrutural, no sentido de melhor dispor de tecnologias para prover o atendimento adequado a essa população alvo, quanto na instrumentalização dos profissionais de cuidado em dispor de capacitações e conhecimentos acerca dessas incapacidades.

No campo dos direitos humanos, mesmo com estes percalços acima citados, acredita-se que o Plano Viver sem Limite tenta contrapor a ignorância e a injustiça social em relação às pessoas com deficiência, onde Mendes (2014) afirma que este empreendimento público converge a um ganho histórico frente ao respeito aos direitos sociais e, neles, de acesso real das pessoas com deficiência à saúde.

Por fim, acredita-se que em uma sociedade brasileira tão diversa (raça, religião, cultura, educação, condições socioeconômicas, segurança, lazer, trabalho, topografia, clima, relevo, etc) se torna um desafio para a implantação, organização e funcionamento de políticas de saúde que garantam os princípios do SUS e que assegurem os direitos humanos a todos os brasileiros, possuidores ou não de deficiência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, M. A.; RIBEIRO, F. F.; SAMPAIO, R. F. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans)formação. *Fisioterapia Pesquisa*; 2016; (2):185-92.

ARAÚJO e SILVA, R. de et al. Políticas públicas para inclusão social na deficiência – Revisão sistemática. *Av. Enferm.*, XXX (2):13 – 14, mayo – agosto, 2012.

BAUMAN, Z. Baumam sobre Bauman: diálogos com Keith Tester. Tradução Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2011.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6949, 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 10/07/2017.

BRASIL, Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7612, de 11 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver Sem Limite. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm>. Acesso em 10/07/2017.

BRASIL, Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2017. Brasília, março de 2018. Disponível em <<http://portalsms.saude.gov.br/relatorio-de-gestao>>. Acesso em 05/03/2019.

BRASIL, Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2016. Brasília, março de 2017. Disponível em <<http://portalsms.saude.gov.br/relatorio-de-gestao>>. Acesso em 20/06/2017.

BRASIL, Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2015. Brasília, março de 2016. Disponível em <<http://portalsms.saude.gov.br/relatorio-de-gestao>>. Acesso em 22/12/2016.

BRASIL, Ministério da Saúde – Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2014. Brasília, março de 2015. Disponível em <<http://portalsms.saude.gov.br/relatorio-de-gestao>>. Acesso em 22/12/2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2013. Brasília, março de 2014. Disponível em <<http://portalsms.saude.gov.br/relatorio-de-gestao>>. Acesso em 22/12/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Confecção e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção: confecção e manutenção de próteses de membros inferiores, órteses suropodálicas e adequação postural em cadeira de rodas / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília, 2013.

CAMPOS, M. F., SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface Comunicação Saúde Educação*. Botucatu, 2015; 19(52): 207-10.

CARO, C. C. et al. A dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) no Departamento Regional de Saúde da 3ª Região do estado de São Paulo. *Cad. Ter. Ocup. UFSCAR, São Carlos*, 2014; v.22, n.3, p. 521-529.

CRUZ, D. M. et al. Redes de apoio à pessoa com deficiência física. *Ciencia y Enfermeria XXI* (1): 23 – 33, 2015.

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

DUBOW, C.; GARCIA, E. L.; KRUG, S. B. F. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 455-467, Junho de 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000200455&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811709>.

FIGUEIREDO, S. V. et al. Conhecimento das famílias de crianças e adolescentes com malformação neural acerca dos seus direitos em saúde. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 2015; 19(4): 671-678. Out-Dez.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm>. Acesso em: 22/09/15.

MACHADO, W. C. A. et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 27, n. 3, e4480016, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300600&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 23 mar. 2019. Epub 27-Ago-2018. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>.

MARQUES J. F et al. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. Rev. Gaúcha Enferm. 2018;39:e2017-0009. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0009>.

MARTINS, K. P. et al. Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. Ciência & Saúde Coletiva, 2016; 21(10):3153-3160.

MEFANO, V. Política pública para a pessoa com deficiência: Brasil e experiência internacional. 2014. 138 f. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

MENDES, V. L. F. Saúde Sem Limites: Implantação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. Revista Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, 2014; n. 52, p. 146-152, outubro.

NOGUEIRA, G. C. et al. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. Ciência & Saúde Coletiva, 2016; 21(10):3131-3142.

ONUBR – NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. A Inclusão Social e os Direitos das Pessoas com Deficiência no Brasil: uma agenda de desenvolvimento pós-2015. Brasília, dezembro de 2013. Disponível em <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/07/UN_Position_Paper-People_with_Disabilities.pdf>. Acesso em 10/07/2017.

OTHERO, M. B.; AYRES, J. R. de C. M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. Interface Comunicação Saúde Educação, 2012; v.16, n.40, p.219-33, jan./mar.

PAGLIUCA, L. M. F. et al. Políticas Públicas: análise das pessoas com deficiência. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2015; 19(3): 498-504, Jul-Set.

PASCHOAL, M. R. Análise espacial e temporal da cobertura da triagem auditiva neonatal no Brasil 2008-2015. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

PEREIRA, J. de S.; MACHADO, W. C. A. Implantação de centro especializado em reabilitação: vantagens e desvantagens apontadas pelos gestores municipais de saúde. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, v. 26, n. 3, p. 373-381, 26 dez. 2015.

PEREIRA, J. de S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul

Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1033-1051, Setembro 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000301033&lng=en&nrm=iso. Acesso em 23 Mar. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300016>.

QUEIROZ, F. S. et al. Avaliação das condições de saúde bucal de Portadores de Necessidades Especiais. *Rev. Odontol. UNESP*, 2014; Nov.-Dec.; 43(6): 396-401.

KOURY, M. G. P. Tradução de SIMMEL, G. O conflito como sociação. *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, 2011; v. 10, n. 30, pp. 568-573. Dez. Disponível em: <<http://www.cchla.ufpb.br/rbse/SimmelTrad.pdf>>. Acesso em 10/07/2017.

SANTOS, B. de S. Direitos Humanos, Democracia e Desenvolvimento. In: *Direitos humanos, democracia e desenvolvimento*. Santos, B de S. e Chaui, M. São Paulo: Cortez, 2013.

SANTOS, C. C. et al. Política pública e deficiência física: concessão de órteses, próteses e meios de locomoção, no Rio Grande do Sul, pré e pós Plano Viver Sem Limites. *Interfaces Científicas – Saúde e Meio Ambiente*. Aracaju, 2017; v. 5. n. 3, p. 17-36, junho.

SANTOS, C. C.; RENNER, J. S.; VIEIRA, F. S. Pré/Pós Plano Nacional Viver sem Limite: concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. *Anais do XXII COBRAAF – Congresso Brasileiro de Fisioterapia*, Belo Horizonte – Minas Gerais, 30 de maio a 02 de junho de 2018. Disponível em <<http://www.anaiscobraf.com.br>>. Acesso em: 06/04/2019.

SÚMULA DO PROGRAMA “VIVER SEM LIMITE”: PLANO NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. *Card. Ced. Campinas*, 2014; v. 34, n. 93, p. 263-266, maio-ago.

TOMAZ, R. V. V.; ROSA, T. L.; VAN, D. B.; MELO, D. G. Políticas públicas de saúde para deficientes intelectuais no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2016; 21(1):155-172.

URSINE, B. L.; PEREIRA, E. L.; CARNEIRO, F. F. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica? *Interface (Botucatu)*, Botucatu, 2018; 22(64):109-20.

AGRADECIMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), pelo Programa Suporte à Pós-Graduação de Instituições

de Ensino Particulares (PROSUC), Módulo taxás junto ao Programa de Pós-Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade Feevale, Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, Brasil.

¹ Discente do Programa de Pós-Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade Feevale, Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Docente do Programa de Pós-Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade Feevale, Novo Hamburgo Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Docente do Programa de Pós-Graduação em Diversidade Cultural e Inclusão Social da Universidade Feevale, Novo Hamburgo Rio Grande do Sul, Brasil.