ATENÇÃO E CUIDADO DA SAÚDE BUCAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

INTRODUÇÃO AO ESTUDO

ARNALDO DE FRANÇA CALDAS JR.
JOSIANE LEMOS MACHIAVELLI
ORGANIZADORES

ARNALDO DE FRANÇA CALDAS JR.
JOSIANE LEMOS MACHIAVELLI
ORGANIZADORES

ATENÇÃO E CUIDADO DA SAÚDE BUCAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

INTRODUÇÃO AO ESTUDO

RECIFE
EDITORA UNIVERSITÁRIA DA UFPE
2013

© UNA-SUS UFPE

É permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

CONTATOS

Universidade Federal de Pernambuco
Programa de Pós-graduação em Odontologia
Avenida Professor Moraes Rego, Nº 1235
Cidade Universitária, Recife – PE
CEP 50.670-901

GOVERNO FEDERAL

Presidente da República
Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde
Alexandre Padilha

Secretário de Atenção à Saúde
Helvécio Miranda Magalhães Júnior

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Dário Frederico Pasche

Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência
Vera Lúcia Ferreira Mendes

Departamento de Atenção Básica
Heider Aurélio Pinto

Coordenação-Geral de Saúde Bucal
Gilberto Alfredo Pucca Júnior

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)
Mozart Júlio Tabosa Sales

Diretor de Programa
Fernando Antônio Menezes da Silva

Diretor do Departamento de Gestãoda Educação na Saúde (DEGES)
Alexandre Medeiros de Figueiredo

Assessor da SGTES
Reginaldo Inojosa Carneiro Campello

Secretário Executivo da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS)
Franscisco Campos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Reitor
Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

Vice-Reitor
Silvio Romero de Barros Marques

Pró-Reitora para Assuntos Acadêmicos (Proacad)
Ana Maria Santos Cabral

Pró-Reitor para Assuntos de Pesquisa e Pós-Graduação (Propesq)
Francisco de Sousa Ramos

Pró-Reitor de Extensão (Proext)
Edilson Fernandes de Souza

Pró-Reitor de Gestão Administrativa (Progest)
Niedja Paula S. Veras de Albuquerque

Pró-Reitora de Gestão de Pessoas e Qualidade de Vida (Progepe)
Lenita Almeida Amaral

Pró-Reitor de Planejamento, Orçamento e Finanças (Proplan)
Hermano Perrelli de Moura

Pró-Reitora para Assuntos Estudantis (Proaes)
Claudio Heliomar Vicente da Silva

Diretor do Centro de Ciências da Saúde
Nicodemos Teles de Pontes Filho

GRUPO SABER TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS E SOCIAIS UNA-SUS UFPE

Coordenadora Geral
Profª Cristine Martins Gomes de Gusmão

Coordenadora Técnica
Josiane Lemos Machiavelli

Coordenadora Pedagógica
Profª Sandra de Albuquerque Siebra

Equipe de Ciência da Informação
Profª Vildeane da Rocha Borba
Jacilene Adriana da Silva Correia

Equipe de Design
Juliana Leal
Silvânia Cosmo
Vinícius Haniere Saraiva Milfont

Equipe de Comunicação
Caroline Barbosa Rangel
Geraldo Luiz Monteiro do Nascimento
Gianne Grenier

Equipe de Tecnologia da Informação
Arthur de C. Montenegro Henriques
Camila Almeida Diniz
Filipe Rafael Gomes Varjão
Jader Anderson Oliveira de Abreu
João Leonardo Coutinho Viana Pereira
João Paulo Tenório Trindade
Júlio Venâncio de Menezes Júnior
Lucy do Nascimento Cavalcante
Marcos André Pereira Martins Filho
Miguel Domingos de Santana Wanderley
Mirela Natali Vieria de Souza
Nadhine Maria de Franças
Rodrigo Cavalcanti Lins
Walter Sobral Andrade
Wellton Thiago Machado Ferreira

Equipe de Supervisão Acadêmica e de Tutoria
Fabiana de Barros Lima
Geisa Ferreira da Silva

Assessoria em Educação na Saúde
Luiz Miguel Picelli Sanches
Patrícia Pereira da Silva

Secretaria
Geórgia Cristina Tomáz de Paiva
Rosilândia Maria da Silva

CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ODONTOLOGIA BRASILEIRA PARA A ATENÇÃO E O CUIDADO DA SAÚDE BUCAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Coordenador Geral
Prof. Arnaldo de França Caldas Júnior

Secretaria
Ianê Pessoa
Maria de Fátima de Andrade
Oziclere Sena de Araújo

Revisoras
Ângela Borges
Eveline Mendes Costa Lopes

A864 Atenção e Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência: introdução ao estudo / Organização de Arnaldo de França Caldas Jr. e Josiane Lemos Machiavelli. – Recife: Ed. Universitária, 2013.
70 p. : il.

ISBN:

1. Saúde Bucal – Política Governamental - Brasil. 2. Deficientes – Cuidado Dentário. 3. Saúde Bucal – Políticas. I. Caldas Jr., Arnaldo de França, Org. II. Machiavelli, Josiane Lemos, Org.

CDD 617.601

» Início » Sumário

LISTA DE SIGLAS

CAP	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CDC	Convenção dos Direitos da Criança
CEOs	Centros de Especialidades Odontológicas
CF	Constituição Federativa do Brasil
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CNDSS	Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde
CORDE	Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
CTH	Câmara Técnica de Humanização
dB	decibel
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Equipe de Saúde da Família
GTH	Grupo de Trabalho de Humanização
Hz	hertz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
PFST	Programa de Formação em Saúde do Trabalhador
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PNSB	Política Nacional de Saúde Bucal
PNSPD	Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
USF	Unidades de Saúde da Família

» Início
» Sumário

SUMÁRIO

Apresentação 5

1 Introdução 7

2 Estudo da Pessoa com Deficiência 10

2.1 Terminologias e conceitos 11

2.2 Classificação das deficiências 13

2.3 Epidemiologia 17

REFERÊNCIAS 22

3 Políticas de Inclusão 24

3.1 As políticas públicas no campo internacional 25

3.2 Políticas públicas no Brasil 28

REFERÊNCIAS 38

4 Política Nacional de Saúde Bucal 42

4.1 Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e sua relação com a saúde bucal 44

REFERÊNCIAS 49

5 Humanização do Trabalho em Saúde 51

5.1 Conceito de humanização 53

5.2 Política Nacional de Humanização (PNH) 54

5.3 Formação profissional para PNH e ações humanizadoras 58

5.4 Resultados esperados com PNH 59

REFERÊNCIAS 61

Sobre os Autores 63

» Início

APRESENTAÇÃO

A indefinição social das pessoas com deficiência no Brasil, permitindo ainda hoje a manifestação de posturas discriminatórias, parece-nos determinante na busca de políticas de governo que respondam tanto à expectativa de milhões de brasileiros como a de seus familiares que clamam pelo seu direito constitucional de atenção à saúde. O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, composto por ações ministeriais e do CONADE (Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência) devolve aos cidadãos e cidadãs deficientes a esperança de inclusão justa na sociedade, muitas vezes indiferente à sua causa.

As pessoas com deficiências, os pacientes estomizados, ou ainda, os que convivem com sequelas em consequência das mais diversas etiologias têm recorrido ao SUS como único apoio às suas necessidades de saúde. Após 24 de abril 2012, uma intervenção governamental se fez sentir com a criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. A saúde bucal, no entanto, como bem mostram os autores dessa série, encontra barreiras a serem superadas, até que os deficientes tenham acesso a uma equipe de saúde bucal qualificada e orientada em relação à atenção e ao cuidado a esse público. Este, em sua maioria, composto por pessoas com deficiência física, visual, auditiva ou intelectual. Alguns com limitações de ordem familiar e econômica, carentes de uma boa orientação e direcionamento a um profissional com a competência necessária.

O trabalho que ora apresento, organizado pelos professores Arnaldo de França Caldas Jr. e Josiane Lemos Machiavelli, reúne, em três volumes, conhecimentos necessários à formação de equipes de saúde bucal para o desenvolvimento de uma política nacional de atenção à saúde bucal das pessoas deficientes. Garantem-se, dessa forma, os direitos humanos às pessoas deficientes e cumprem-se os preceitos constitucionais. A iniciativa pretende qualificar mais de seis mil profissionais que atuam na atenção

» Início
» Sumário

básica e nos Centros de Especialidades Odontológicas. Espera-se, a partir dessa proposta, que esses profissionais melhor compreendam e atendam os deficientes, garantindo-lhes cidadania e qualidade de vida.

Encerro esta apresentação cumprimentando os autores e reconhecendo o valor intrínseco dessa iniciativa, de repercussão social e profissional inquestionáveis.

Professor Doutor Silvio Romero de Barros Marques
Vice-Reitor da Universidade Federal de Pernambuco

Recife, 8 de julho de 2013

CAPÍTULO
01

INTRODUÇÃO

Arnaldo de França Caldas Jr.
Josiane Lemos Machiavelli
Reginaldo Inojosa Carneiro Campello

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência ressalta que pessoas com deficiência são aquelas as quais têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade. Também estabelece que discriminação por motivo de deficiência significa qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício em igualdade de oportunidades, com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nas esferas política, econômica, social, cultural, civil ou em qualquer outra.

O Brasil encontra-se dentro do 1/3 dos países membros da Organização das Nações Unidas (ONU) que dispõem de legislação para as pessoas com deficiência. Vem atuando na área dos direitos humanos; na defesa de valores como dignidade, inclusão e acessibilidade; na melhoria das condições de vida e no acesso a ambientes e serviços públicos, como educação, saúde, transporte e segurança.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência reafirma o direito de acesso à saúde e reitera que as pessoas com deficiência devem ter acesso a todos os bens e serviços da saúde, sem qualquer tipo de discriminação. O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, elaborado com a participação de mais de 15 ministérios e do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade), ressalta o compromisso do governo brasileiro com as prerrogativas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Ao lançar o plano, o Governo Federal resgata uma dívida histórica que o País tem com as pessoas com deficiência, visto que elas têm direito à saúde assegurado na

» Início
» Sumário

Constituição Federal. Assim, firma princípios importantes do Sistema Único de Saúde (SUS): universalidade, integralidade e equidade. Além disso, estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais para a atenção e o cuidado da pessoa com deficiência.

Segundo o Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, no Brasil, 45 milhões de pessoas declararam possuir algum tipo de deficiência. Com o Viver sem Limite, o governo amplia o acesso e qualifica o atendimento às pessoas com deficiência no SUS, com foco na organização da rede de cuidados e na atenção integral à saúde. Para tanto, foi criada, em abril de 2012, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, que prevê uma série de estratégias e serviços de atendimento às necessidades específicas de pessoas com deficiência auditiva, física, visual, intelectual, múltiplas deficiências e estomizadas.

Dentre as ações previstas no Plano Viver sem Limite, destacam-se: qualificação das equipes de atenção básica; criação de Centros Especializados em Reabilitação (CER) e qualificação dos serviços já existentes; criação de oficinas ortopédicas e ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, vinculados aos serviços de reabilitação física do Sistema Único de Saúde (SUS); qualificação da atenção odontológica tanto na atenção básica quanto na especializada e cirúrgica.

Assim, a intenção do Governo Federal é que, como todo cidadão, as pessoas com deficiência procurem os serviços de saúde do SUS quando necessitarem de orientação, prevenção, cuidados ou assistência à saúde e sejam adequadamente assistidas. Por sua vez, os profissionais de saúde que atuam na atenção básica devem estar adequadamente capacitados a acolher, prestar assistência às queixas, orientar para exames complementares, fornecer medicamentos básicos, acompanhar a evolução de cada caso e encaminhar os pacientes para unidades de atenção especializada, quando for necessário.

Nesse contexto, surge a Capacitação de Profissionais da Odontologia Brasileira Vinculados ao SUS para a Atenção e o Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência. Tem como objetivo precípuo capacitar 6.600 profissionais, integrantes das equipes de saúde bucal (cirurgiões-dentistas e auxiliares em saúde bucal) do SUS, sendo 6.000 profissionais da atenção básica e 600 dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs).

Assim, a atenção integral à saúde das pessoas com deficiência deverá incluir a saúde bucal e a assistência odontológica, presentes nos programas de saúde pública destinados à população em geral, tendo a atenção básica, organizada em redes assistenciais, sua porta de entrada preferencial no SUS. Para ampliar o acesso e facilitar o

atendimento das pessoas com deficiência nas unidades de saúde que compõem o SUS, faz-se necessária a formação de uma equipe capaz de atuar com segurança e qualidade na atenção a essa população. Por tais razões, apresentamos essa série, composta por três volumes que têm a finalidade de instituir os protocolos de acolhimento e atendimento odontológico às pessoas com deficiência. A série foi elaborada em três eixos fundamentais: Eixo I: Introdução ao Estudo da Pessoa com Deficiência, Eixo II: Atenção e Cuidado à Pessoa com Deficiência e Eixo III: Cuidado Longitudinal às famílias das pessoas com deficiência.

No Eixo I, serão abordados aqueles tópicos que denominaremos de "formadores" cujo objetivo é conhecer o estado da arte das deficiências nos seus aspectos éticos e legais e aplicá-los ao atendimento odontológico, visando estabelecer a melhoria da atenção e do cuidado às pessoas com deficiência e, por consequência, da sua qualidade de vida.

No Eixo II, as características e o protocolo de atendimento odontológico para as pessoas com deficiência, estabelecendo a multi e interdisciplinaridade nas ações, serão apresentadas e discutidas.

O Eixo III, específico para os auxiliares em saúde bucal, tratará das questões relacionadas ao conceito de território, à identificação das pessoas com deficiência na área de abrangência da unidade de saúde, ao reconhecimento das desigualdades e diferenças entre as microáreas e à promoção de saúde.

Com essa série, o Ministério da Saúde, a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) lançam a Capacitação de Profissionais da Odontologia Brasileira Vinculados ao SUS para a Atenção e o Cuidado da Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência dentro das ações e estratégias estabelecidas pelo Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite.

CAPÍTULO
02

ESTUDO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Humberto Gomes Vidal
Luiz Gutenberg Toledo de Miranda Coelho Junior

Definir deficiência é uma tarefa complexa. Os termos usados podem variar de acordo com concepções e conceitos vigentes à época e à cultura de cada sociedade (PEREIRA, 2009). De tão variadas, essas concepções podem resultar desde o acolhimento das pessoas com deficiência até mesmo a segregação social. Além disso, a definição assumida para a deficiência influenciará diretamente na escolha do termo correto a ser utilizado para se referir às pessoas com deficiência.

VOCÊ SABIA

Embora a deficiência visual tenha sido considerada, na Antiguidade, condição benigna, obtida por meio da graça divina, em outros contextos e com maior frequência, ela também foi encarada como punição por pecados cometidos pelo próprio indivíduo ou por seus pais, caracterizando a diferença funcional visual como estigma, sujeito a alguma forma de discriminação (TELFORD; SAWREY, 1977 apud PEREIRA, 2009).

Muitos dos termos utilizados no passado para definir pessoas com deficiência, como "anormal", "aleijado", "incapaz", "defeituoso", "retardado", ainda permanecem vivos no dia a dia da maioria da população, principalmente no público leigo, apesar dos esforços para se evitarem esses termos e padronizar o conceito. Tais termos refletem o caráter preconceituoso e discriminatório relacionado ao ser "diferente", favorecendo a construção e sedimentação de estigmas, estereótipos e padrões de beleza.

» Início
» Sumário

VOCÊ SABIA

Segundo o Relatório Mundial sobre a Deficiência produzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2012), as atitudes negativas em relação à deficiência podem resultar no tratamento negativo das pessoas com deficiência, como por exemplo:

- crianças maltratando outras crianças (*bullying*) com deficiência nas escolas;
- motoristas de ônibus que desrespeitam as necessidades de acesso de passageiros com deficiência;
- empregadores que discriminam pessoas com deficiência;
- pessoas que zombam de pessoas com deficiência.

Alguns documentos oficiais recentes trazem, em seu texto, termos considerados antigos e em desuso, como "pessoas portadoras de deficiência" ou "pessoas com necessidades especiais" o que, muitas vezes, tende a confundir os profissionais da saúde. A designação adotada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) para a especialidade que atende pessoas com deficiência é um exemplo disso: "Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais" (CFO, c2009–2011).

VOCÊ SABIA

A razão pela qual o CFO utiliza-se do termo "Pacientes com Necessidades Especiais" deve-se ao fato de a odontologia levar em consideração as limitações apresentadas pela pessoa, sejam elas temporárias ou permanentes, de ordem intelectual, física, sensorial, emocional, de crescimento ou médica (diabetes, hipertensão), que a impeçam de ser submetida a uma situação odontológica convencional.

2.1 TERMINOLOGIAS E CONCEITOS

De acordo com a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1989, **deficiência** é descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; **incapacidade** é caracterizada como as consequências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades; e **desvantagem** reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade (OMS, 2004).

Figura 1 – Terminologias adotadas pela Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

Fonte: (UFPE, 2013).

Em 1997, a OMS reapresentou a CIDID com a denominação de Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde. O documento procura enfatizar o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades, ao invés de valorizar as incapacidades e limitações, sugerindo a não utilização do termo incapacidade porque pode caracterizar uma desqualificação social. Essa nova classificação inclui a participação e a define como a interação que se estabelece entre a pessoa com deficiência, a limitação das atividades e os fatores do contexto socioambiental (OMS, 2004).

Em maio de 2001, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da OMS. Isso representou uma evolução da abordagem e trouxe significados sobre as mudanças em termos conceituais, filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que a concepção considera a capacidade de as pessoas com deficiência se relacionarem com o seu ambiente de vida, e não a incapacidade, a doença ou a situação que causou a sequela. A deficiência passou a ser compreendida como parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indica necessariamente a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente (OMS, 2004).

No Brasil, os conceitos utilizados para definir deficiência, deficiência permanente e incapacidade foram fixados pelo Decreto 3.298, de 20 de dezembro de 1999 e adotados pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. A política considera **(i) deficiência**: "toda perda ou anormalidade de uma estrutura e/ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano"; **(ii) deficiência permanente:** "aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de ser alterada apesar de novos tratamentos"; e **(iii) incapacidade:** "uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa com deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias

ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida" (BRASIL, 1999, 2008).

MAS, QUAL O PROBLEMA DE SEREM UTILIZADOS OUTROS TERMOS PARA CONCEITUARMOS DEFICIÊNCIA?

Para Pereira (2009), a conceituação e as terminologias aplicadas às deficiências acabam por responsabilizar diretamente a pessoa por sua condição física ou orgânica, ao mesmo tempo em que parece isentar a sociedade e o ambiente físico de qualquer responsabilidade ou participação, apesar da generalizada falta de meios sociais e ambientais para integrar todos de modo pleno.

A Organização Mundial de Saúde tem insistentemente reforçado a necessidade de (re)adaptar a sociedade para incluir as pessoas com deficiência, alertando que a deficiência deve ser vista como uma condição humana e, como condição humana, todas as pessoas terão, em algum momento de suas vidas, uma deficiência, mesmo que temporária, principalmente ao envelhecer (OMS, 2012).

PARA REFLETIR

O material disponível no link a seguir apresenta a história de uma pessoa com paralisia cerebral, com limitações de coordenação motora e dificuldades para falar que concluiu o curso de direito.

Quer saber mais? Acesse:

http://g1.globo.com/Noticias/Vestibular/0,,MUL582627-5604,00-PORTADORA+DE+PARALISIA+CEREBRAL+VIRA+ADVOGADA+EM+SAO+PAULO.html (BRITO, 2008).

2.2 CLASSIFICAÇÃO DAS DEFICIÊNCIAS

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 (BRASIL, 2010).

Entretanto, é necessário perceber que as pessoas com deficiência bem como aquelas sem deficiências possuem muitas diferenças (de gênero, idade, status socioeconômico, sexualidade, etnia, herança cultural, dentre outras). Por isso, deve-se ter cuidado com as generalizações sobre as "incapacidades" apresentadas ou sobre as "pessoas

com deficiência", principalmente quando do planejamento da inclusão ou da atenção, pois cada uma delas tem maneiras próprias de lidar com a deficiência e nem todas são igualmente desprovidas ou se sentem discriminadas.

Figura 2 - Diferentes formas de lidar com a deficiência

Fonte: (UFPE, 2013).

Na perspectiva de uma classificação que contemplasse, além dos fatores pessoais, os fatores ambientais que também afetam a saúde (modelo biopsicossocial), a OMS estabeleceu, em 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (OMS, 2004).

VOCÊ SABIA

Para a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), a desigualdade é uma das principais causas dos problemas de saúde e, portanto, da deficiência.

Para saber mais sobre determinantes sociais de saúde acesse: *http://www.determinantes.fiocruz.br/acoes.asp* (CNDSS, [2006]).

QUAL A FINALIDADE DA CIF?

O objetivo geral da classificação é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde. A classificação define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde (tais como educação e trabalho). Os domínios contidos na CIF podem, portanto, ser considerados como domínios da saúde e domínios relacionados com a saúde.

A CIF passa a perceber e avaliar a saúde dos indivíduos a partir de sua funcionalidade, estrutura morfológica, participação na sociedade, atividades da vida diária e o ambiente social de cada indivíduo. A funcionalidade humana é organizada em três áreas interconectadas:

1. **Alterações das estruturas e funções corporais**
   Correspondem a problemas de funções corporais ou alterações de estruturas do corpo (por exemplo: paralisia ou cegueira);
2. **Limitações**
   São dificuldades para executar certas atividades (por exemplo: caminhar ou comer);
3. **Restrições à participação em certas atividades**
   São problemas que envolvem qualquer aspecto da vida (por exemplo: enfrentar discriminação no emprego ou nos transportes).

Nesse tipo de classificação proposta pela CIF, a deficiência refere-se às dificuldades encontradas em alguma ou em todas as três áreas da funcionalidade, surgindo da interação entre problemas de saúde, fatores ambientais e pessoais.

ATENÇÃO

A CIF não trata de uma classificação de pessoas, mas de condições referidas a domínios de saúde (ver, ouvir, andar, aprender e lembrar) e domínios relacionados à saúde (como educação, transporte e interações sociais) vivenciados por algumas pessoas.

COMO CLASSIFICAMOS AS DEFICIÊNCIAS NO BRASIL?

No Brasil, são utilizadas as definições estabelecidas pelo Decreto Nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004, que classifica as pessoas mediante as deficiências por elas apresentadas em cinco categorias (BRASIL, 2004):

1. **Deficiência física:** alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física; apresenta-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções;
2. **Deficiência auditiva:** perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500 Hertz (Hz), 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz;
3. **Deficiência visual:** cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais o somatório da medida do campo visual, em ambos os olhos, for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de qualquer das condições anteriores;
4. **Deficiência intelectual:** funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho;
5. **Deficiência múltipla:** associação de duas ou mais deficiências.

O Decreto considera, também, a pessoa com mobilidade reduzida, ou seja, aquela que, não se enquadrando no conceito de pessoa com deficiência, tenha, por qualquer motivo, dificuldade de movimentar-se, permanente ou temporariamente, gerando redução efetiva da mobilidade, flexibilidade, coordenação motora e percepção.

SAIBA MAIS

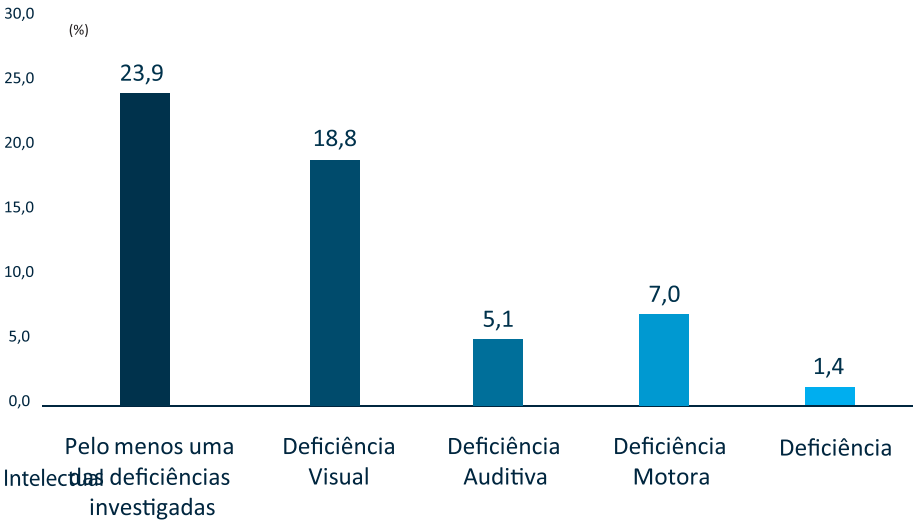
Para saber mais sobre a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), consulte o link:
www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf (OMS, 2004).

2.3 EPIDEMIOLOGIA

Você sabe quantas pessoas com deficiência existem no mundo? No Brasil? No seu estado? Na sua região?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de um bilhão de pessoas no mundo convivam com alguma forma de deficiência, algo em torno de 15% da população mundial (OMS, 2012). No Brasil, os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010, apontam que 45,6 milhões de pessoas têm algum tipo de deficiência, o que corresponde a 23,91% da população brasileira. Destas, 12,7 milhões (6,7% da população total) possuem, pelo menos, um tipo de deficiência severa. Foi observado, ainda, que entre as pessoas com deficiência que vivem no Brasil, 18,8% têm deficiência visual; 7,0% motora; 5,1% auditiva e 1,4% intelectual (IBGE, 2012), conforme apresentado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Percentual da população com deficiência, segundo o tipo de deficiência investigada

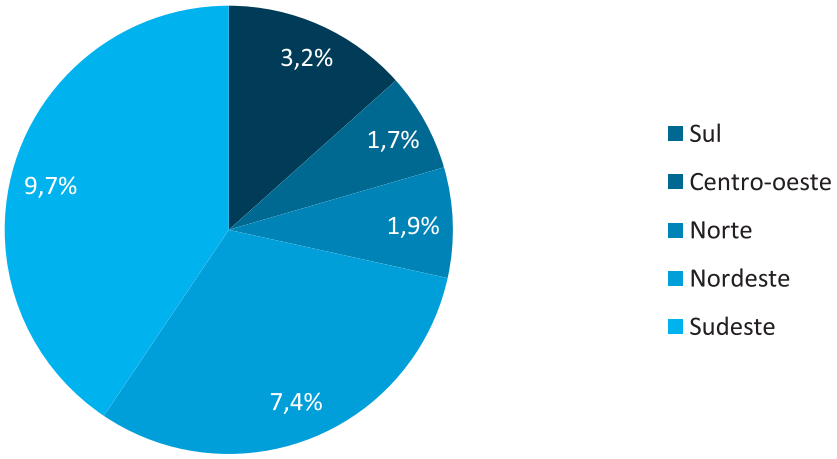


Fonte: (IBGE, 2012, adaptado).

COMO ESTÃO DISTRIBUÍDAS AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA POR REGIÃO DO PAÍS?

O Censo 2010 mostra que a maior quantidade de pessoas com deficiência está na região sudeste, correspondendo a 9,7% da população. A seguir, está a região nordeste, com 7,4% das pessoas com deficiência; a região sul, com 3,2%; a região norte, com 1,9 e, por fim, a região centro-oeste, com 1,6%, conforme apresentado no Gráfico 2 (IBGE, 2012).

Gráfico 2 - Distribuição das pessoas com deficiência pelas regiões do país



Fonte: (IBGE, 2012, adaptado).

QUANTAS SÃO AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM MEU ESTADO?

O Censo 2010 avaliou quantas eram as pessoas com deficiência em cada unidade federativa. Se construirmos um ranking com o número de pessoas com deficiência por estado, São Paulo é o primeiro colocado e apresenta 9.344.109 de sua população residente com, pelo menos, um dos tipos de deficiência investigados (visual, auditiva, motora ou intelectual). Completam as **cinco primeiras posições** no ranking, além de São Paulo, os estados de Minas Gerais (4.432.186), Rio de Janeiro (3.899.885), Bahia (3.556.832) e Rio Grande do Sul (2.548.418). Mais informações podem ser vistas na Tabela 1.

Tabela 1 - População residente (pessoas) por tipo de deficiência, segundo a situação do domicílio[1]

País e Unidade da Federação	População Residente (N)
Brasil	45.606.048
Rondônia	345.580
Acre	165.892
Amazonas	790.647
Roraima	95.510
Pará	1.790.289
Amapá	158.770
Tocantins	307.449
Maranhão	1.641.771
Piauí	859.627
Ceará	2.340.329
Rio Grande do Norte	882.022
Paraíba	1.045.962
Pernambuco	2.425.900
Alagoas	859.707
Sergipe	518.568
Bahia	3.556.832
Minas Gerais	4.432.186
Espírito Santo	823.730
Rio de Janeiro	3.899.885
São Paulo	9.344.109
Paraná	2.280.548
Santa Catarina	1.330.704
Rio Grande do Sul	2.548.418
Mato Grosso do Sul	525.979
Mato Grosso	669.042
Goiás	1.392.790
Distrito Federal	573.805

Fonte: (IBGE, 2012, adaptado).

VOCÊ SABIA

O IBGE disponibiliza os dados referentes ao Censo 2010 organizados em temas (exemplo: características gerais da população, religião e deficiências) e para os níveis Brasil, Grandes Regiões, Unidades da Federação, Regiões Metropolitanas, Mesorregiões Geográficas, Microrregiões Geográficas e Municípios. Quer conhecer? Para visualizar, acesse o endereço eletrônico: *www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010CGP.asp?o=13&i=P* (IBGE, 2012).

[1] As pessoas incluídas em mais de um tipo de deficiência foram contadas apenas uma vez.

TODAS AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA ESTÃO CADASTRADAS PELAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL?

Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), de julho de 2012, mostram que das 19.027.100 famílias cadastradas pelas Equipes de Saúde da Família com Equipes de Saúde Bucal (ESF/ESB I e II) em todo o Brasil, 706.498 famílias apresentavam, ao menos, uma pessoa com deficiência – considerando-se os tipos física e intelectual (BRASIL, c2008). O número de famílias varia de acordo com a região e com a unidade federativa avaliada (Tabela 2, página 26).

VOCÊ SABIA

No Brasil, mais de 26 milhões de pessoas com deficiência vivem com rendimento mensal de até um salário mínimo (IBGE, 2012).

PALAVRAS FINAIS

Finalizamos o capítulo de Introdução ao estudo da Pessoa com Deficiência. Discuta o que você aprendeu com seus colegas. Além disso, pesquise quantos são e as condições em que vivem as pessoas com deficiência em sua área adscrita.

Tabela 2 - Número de famílias cadastradas nas ESF com ESB modalidade I e II com pessoas com deficiência dos tipos física e intelectual cadastradas, julho de 2012

Nº Famílias, DefFísica 0a14a, DistMental 0a14a,DefFísica 15a+ segundo Região/UF
Tipo de Equipe: ESFSB MI – Equipe Saúde Família/Saúde Bucal Mod 1, ESFSB MII – Equipe Saúde Bucal Mod 2
Período: Jul/ 2012

Região/UF	Nº Famílias	DefFísica 0a14a	DistMental 0a14a	DefFísica 15a+	DistMental 15a+
TOTAL	**19.027.100**	**57.365**	**411**	**641.330**	**7.392**
Região Norte	**1.299.244**	**5.526**	**-**	**40.967**	**-**
..Rondônia	142.498	443	-	3.476	-
..Acre	82.495	475	-	2.850	-
..Amazonas	236.448	1.397	-	7.838	-
..Roraima	39.399	179	-	1.100	-
..Pará	468.274	1.820	-	14.776	-
..Amapá	69.512	288	-	1595	-
..Tocantins	260.618	924	-	9.332	-
Região Nordeste	**8.515.231**	**29.352**	**79**	**355.603**	**959**
..Maranhão	853.130	3.944	-	34.065	-
..Piauí	701.230	2.625	-	33.00	-
..Ceará	1.378.741	4.148	41	49.526	422
..Rio Grande do Norte	590.045	1.692	2	24.763	156
..Paraíba	890.527	2.477	-	399.460	-
..Pernambuco	1.331.569	4.237	-	55.958	1
..Alagoas	477.854	2.111	-	18.733	-
..Sergipe	404.232	1.490	-	15.943	-
..Bahia	1.887.903	6.628	36	84.155	380
Região Sudeste	**4.862.165**	**11.723**	**156**	**135.490**	**2.271**
..Minas Gerais	2.150.931	5.649	45	69.015	664
..Espírito Santo	377.036	831	18	9.933	198
..Rio de Janeiro	738.828	1.141	74	14.889	873
..São Paulo	1.595.370	4.102	19	41.653	536
Região Sul	**2.704.668**	**6.874**	**176**	**68.576**	**4.162**
..Paraná	1.156.676	2.832	123	27.531	3.621
..Santa Catarina	858.925	2.088	50	20.216	523
..Rio Grande do Sul	689.067	1.954	3	20.829	18
Região Centro Oeste	**1.645.792**	**3.890**	**-**	**4694**	**-**
..Mato Grosso do Sul	434.269	1.262	-	10.285	-
..Mato Grosso	413.256	988	-	8.212	-
..Goiás	783.229	1.586	-	21.769	-
..Distrito Federal	15.038	54	-	428	

Fonte: (BRASIL, c2008).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto Nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei Nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 dez. 1999, Seção 1, p. 10. 1999. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3298-20-dezembro-1999-367725-norma-pe.html>. Acesso em: 4 dez. 2012.

BRASIL. Decreto Nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis Nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e Nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 dez. 2004, Seção 1, p. 5. 2004. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2004/decreto-5296-2-dezembro-2004-534980-norma-pe.html>. Acesso em: 4 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Informação e Informática do SUS/Datasus/SE. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB**. c2008. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>. Acesso em: 12 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 24p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2012.

» Início
» Sumário

BRITO, L. **Portadora de paralisia cerebral vira advogada em São Paulo**. 2008. Disponível em: <http://g1.globo.com/Noticias/Vestibular/0,,MUL582627-5604,00-PORTADORA+DE+PARALISIA+CEREBRAL+VIRA+ADVOGADA+EM+SAO+PAULO.html>. Acesso em: 14 jan. 2013.

CFO (Conselho Federal de Odontologia). **Cursos de Especialização**. c2009-2011. Disponível em: <http://cfo.org.br/servicos-e-consultas/cursos-de-especializacao>. Acesso em: 20 dez. 2012.

CNDSS (Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde). [2006]. Disponível em: <http://www.determinantes.fiocruz.br/comissao.asp>. Acesso em: 10 dez. 2012.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Banco de Dados Agregados. Censo Demográfico e Contagem da População. **Censo Demográfico 2010**: características gerais da população, religião e deficiência. 2012. Disponível em: <http://www.sidra.ibge.gov.br/cd/cd2010CGP.asp?o=13&i=P>. Acesso em: 5 dez. 2012.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Tradução e revisão Amélia Leitão. Lisboa: OMS, 2004. 238p. Disponível em: <http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2012.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Relatório mundial sobre a deficiência**. Tradução Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: EDPcD, 2012. 334 p.

PEREIRA, R. Diversidade funcional: a diferença e o histórico modelo de homem-padrão. **História, ciência e saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 715-728, jul./set. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702009000300009>. Acesso em: 5 dez. 2012.

CAPÍTULO
03

POLÍTICAS DE INCLUSÃO

Maurício Cosme de Lima

Você sabe como as pessoas com deficiência eram tratadas na Antiguidade? E quais fatos históricos influenciaram a sociedade a mudar sua visão sobre esse grupo de pessoas? Vamos voltar um pouco no tempo e descobrir como as pessoas com deficiência conquistaram seu espaço na sociedade e hoje têm seus direitos respeitados.

Há milênios, a história mostra que as pessoas com deficiência, ou as que adquiriram ao longo da vida, eram privadas do convívio social, sofrendo descaso e desprezo. Há relatos de crianças que nasciam "imperfeitas" e eram mortas e de famílias que mantinham os deficientes em casa, isolados da sociedade. O preconceito e a falta de informação privavam os deficientes de oportunidades de convivência com a família, acesso à escola, ao trabalho, à cultura, ao lazer, entre outros.

VOCÊ SABIA

Em Esparta, na Grécia, os bebês e as pessoas que adquiriam algum tipo de deficiência eram lançados ao mar ou em precipícios. Da mesma forma, na Roma Antiga, tanto os nobres como os plebeus tinham permissão para sacrificar os filhos que nasciam com algum tipo de deficiência. Muitos pais abandonavam seus filhos em cestos no Rio Tibre ou em outros lugares sagrados (SILVA, 1986).

A inclusão de pessoas com deficiência nos âmbitos sociais é um processo em crescimento e vem ganhando, mundialmente, espaço e atenção especial por parte de governantes, da sociedade civil, educa-

» Início
» Sumário

dores e pesquisadores. Isso ocorre por se perceber que a violação dos direitos das pessoas com deficiência é um ato gravíssimo. Nesse contexto, documentos internacionais e nacionais foram elaborados para oferecer diretrizes e orientarem políticas públicas, conforme veremos a seguir.

Genericamente, a palavra política pode ser entendida como a orientação ou atitude de um governo em relação a certos assuntos e problemas de interesse público. (AZAMBUJA, 1967)

3.1 AS POLÍTICAS PÚBLICAS NO CAMPO INTERNACIONAL

Dois movimentos internacionais marcaram o planejamento de políticas públicas para pessoas com deficiência:

1. em 1990, na cidade de Jomtien, na Tailândia, resultando na Declaração Mundial de Educação para Todos, voltada à melhoria da qualidade do processo de ensino-aprendizagem para qualquer aluno, sem discriminação (UNESCO, 1990);
2. em 1994, em Salamanca, Espanha, resultando na Declaração de Salamanca, que reitera as recomendações de Jomtein, enfatizando a urgência de atendimentos às necessidades de alunos, evitando-se todas as práticas discriminatórias e excludentes, buscando criar novas oportunidades de inclusão e erradicar a violação dos direitos desse grupo social. Veremos, a seguir, mais detalhes desses documentos (UNESCO, 1994).

CONVENÇÃO DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS

O compromisso social com as crianças marcou a década de 1990, com a publicação da Convenção dos Direitos da Criança – CDC, que garantiu mecanismos legais os quais possibilitaram ações jurídicas contra órgãos administrativos, entidades civis e de cunho social, escolas e outros. A convenção fornece elementos legais para a elaboração de estratégias de inclusão e formas de garantir que todas as crianças, incluindo aquelas com deficiência, tenham acesso à escolarização e ao sucesso (permanência) escolar (ONU, 1989).

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA

Organizada pela UNESCO, em 1994, a Declaração de Salamanca tornou-se um dos principais documentos para a implementação de políticas públicas e ações para assegurar os direitos à educação das pessoas com deficiência. Nesse documento, ficou estabelecido que as escolas inclusivas devem (UNESCO, 1994):

- garantir que os alunos aprendam juntos, sempre que possível, independente das dificuldades e das diferenças que apresentem;
- elaborar estratégias para a utilização de recursos pedagógicos;
- garantir boa organização escolar;
- proporcionar bom nível de educação para todos por meio de currículos adequados;
- reconhecer e satisfazer as diversas necessidades de seus estudantes, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem.

Ou seja, para verdadeiramente promoverem a inclusão, escolas e comunidades necessitam modificar suas ações e se capacitar para melhor compreender e atender à diversidade de alunos existentes nas salas de aula.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO

Essa Convenção, editada em 1999 pela Organização dos Estados Americanos, objetiva prevenir e eliminar todas as formas de discriminação contra as pessoas com deficiência e propiciar a sua plena integração à sociedade. Para alcançar os objetivos da Convenção, os Estados signatários comprometeram-se, entre outras coisas, a:

1. Tomar as medidas de caráter legislativo, social, educacional, trabalhista, ou de qualquer outra natureza, que sejam necessárias para eliminar a discriminação contra as pessoas com deficiência e proporcionar a sua plena integração à sociedade. São elas:
   - medidas das autoridades governamentais e/ou entidades privadas para eliminar progressivamente a discriminação e promover a integração na prestação ou no fornecimento de bens, serviços, instalações, programas e atividades, tais como o emprego, o transporte, as comunicações, a habitação, o lazer, a educação, o esporte, o acesso à justiça e aos serviços policiais e as atividades políticas e de administração;
   - medidas para que os edifícios, os veículos e as instalações que venham a ser construídos ou fabricados em seus respectivos territórios facilitem o transporte, a comunicação e o acesso das pessoas portadoras de deficiência;

Continua»

- medidas para eliminar, na medida do possível, os obstáculos arquitetônicos, de transporte e comunicações que existam, com a finalidade de facilitar o acesso e uso por parte das pessoas com deficiência; e
- medidas para assegurar que as pessoas encarregadas de aplicar essa Convenção e a legislação interna sobre essa matéria estejam capacitadas a fazê-lo.

2. Trabalhar prioritariamente nas seguintes áreas:
- prevenção de todas as formas de deficiência preveníveis;
- detecção e intervenção precoce, tratamento, reabilitação, educação, formação ocupacional e prestação de serviços completos para garantir o melhor nível de independência e qualidade de vida para as pessoas portadoras de deficiência; e
- sensibilização da população por meio de campanhas de educação, destinadas a eliminar preconceitos, estereótipos e outras atitudes que atentam contra o direito das pessoas a serem iguais, permitindo, dessa forma, o respeito e a convivência com as pessoas com deficiência (BRASIL, 2001).

CONVENÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Organizada pela ONU, em 2008, representou importante conquista para as pessoas com deficiência. A Convenção tem o propósito de promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais para todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente (BRASIL, 2009).

Esse documento impulsionou mudanças significativas no tratamento desse grupo social, dentre elas a mudança de paradigmas, descaracterizando uma visão de assistência e caridade para a atenção e o cuidado com o "sujeito", que tem direitos iguais a qualquer outro cidadão.

Consideremos 8 princípios gerais da convenção (BRASIL, 2009):

1. respeitar a dignidade inerente às pessoas;

2. possibilitar a autonomia individual, viabilizando a liberdade para fazer a própria escolha, independente das pessoas;

Continua»

3. proporcionar participação total, efetiva e inclusão social;
4. respeitar as diferenças e aceitar as pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade;
5. respeitar as capacidades em desenvolvimento das crianças com deficiência e o direito de preservar suas identidades;
6. proporcionar oportunidades iguais a todos;
7. acessibilidade;
8. igualdade de gênero - homem/mulher.

As diretrizes presentes nos documentos mencionados anteriormente serviram de orientação aos Estados membros para a elaboração de políticas públicas nas áreas da saúde, educação, emprego e renda, seguridade social e legislação.

A seguir, serão apresentadas as principais políticas públicas brasileiras voltadas à inclusão das pessoas com deficiência. Antes disso, discuta com seus colegas sobre a contribuição dos documentos apresentados nesse tópico, na promoção da inclusão social das pessoas com deficiência.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

No Brasil, pode-se considerar a Constituição Federativa do Brasil (CF) como principal marco legal no que se refere à atenção à pessoa com deficiência. No artigo 23, inciso II, a CF estabelece que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são responsáveis por "cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência" (BRASIL, 1988).

VOCÊ SABIA

A Constituição Federal de 1988 estabeleceu que (BRASIL, 1988):

Art. 3 - A República Federativa do Brasil deve promover o bem de todos sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação;

Art. 5 - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros a inviolabilidade de seu direito à vida, à igualdade, à segurança e punindo qualquer discriminação e violabilidade dos direitos e liberdades fundamentais.

A partir da CF de 1988, outros instrumentos legais foram criados para regulamentar os dizeres constitucionais relativos às pessoas com deficiência e, assim, garantir os seus direitos, conforme veremos a seguir.

ATENÇÃO

Nos tópicos seguintes, veremos os principais documentos. Para saber mais e ler outros documentos, acesse:
http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/legislacao-0 (BRASIL, [20–?]a).

LEI Nº 7.853, DE 24 DE OUTUBRO DE 1989

A Lei Nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, foi criada para assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas com deficiência (inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à previdência social, ao amparo à infância e à maternidade, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico) e sua efetiva integração social. Essa Lei também possibilitou a reestruturação da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, órgão responsável pelas seguintes ações:

- coordenação das ações governamentais relacionadas à pessoa com deficiência;
- elaboração de programas e projetos;
- conscientização da sociedade quanto à integração social da pessoa com deficiência.

No que se refere à saúde, em seu artigo 2º, inciso II, a Lei atribui ao setor:

- a promoção de ações preventivas;
- a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação;
- a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados;

Continua»

- a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado;
- o desenvolvimento de programas de saúde voltados às pessoas com deficiências e desenvolvidos com a participação da sociedade (BRASIL, 1989).

SAIBA MAIS

Para saber mais, acesse: *http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm* (BRASIL, 1989).

Por meio do Decreto Nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, a Lei Nº 7.853 foi regulamentada. Também foi instituída a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, que compreende o conjunto de orientações normativas as quais objetivam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas com deficiência (BRASIL, 1999).

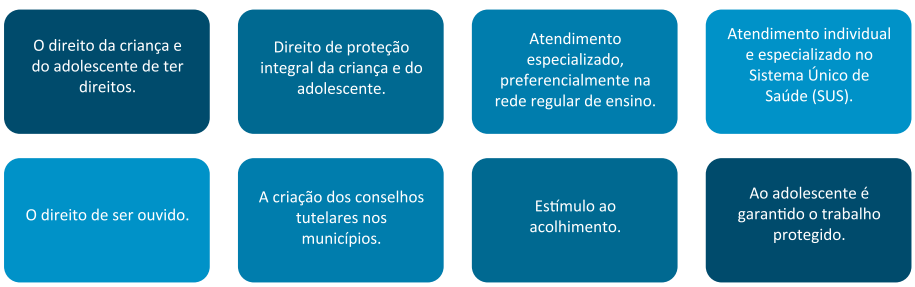
ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - ECA

Publicado em 1990, sob a Lei Nº 8.069, o estatuto estabelece os direitos e deveres do Estado para a criança e o adolescente, assegurando que:

> nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo, na forma da lei, qualquer atentado por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais (BRASIL, 1990).

O estatuto também garante:

Figura 1 - Alguns dos direitos da Criança e do Adolescente previstos no ECA



Fonte: (BRASIL, 1990, adaptado).

ATENÇÃO

O Conselho Tutelar deve ser acionado sempre que os direitos das crianças e adolescentes forem violados ou ameaçados por ação ou omissão da sociedade ou do Estado; por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsáveis; ou em razão de sua conduta (BRASIL, 1990).

LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL – LDB

Essa Lei prevê a educação especial para pessoas com deficiência. Trata-se de uma "modalidade de educação, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais" (BRASIL, 1996).

O capítulo V trata dos direitos das pessoas com deficiência, instituindo o dever do Estado de estabelecer serviços, recursos e apoios necessários para garantir escolarização de qualidade a esse grupo social. Também estabelece que as escolas devem estar aptas para atender a essas necessidades, promovendo o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentam necessidades especiais em todas as modalidades da educação básica (BRASIL, 1996).

LEI Nº 10.048, DE 08 DE NOVEMBRO DE 2000

Essa Lei determina que as repartições públicas e empresas concessionárias de serviços públicos estão obrigadas a dispensar atendimento prioritário, por meio de serviços individualizados que assegurem tratamento diferenciado e atendimento imediato, às pessoas com deficiência, idosos com idade igual ou superior a sessenta anos, gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo (BRASIL, 2000a).

LEI Nº 10.098, DE 19 DE DEZEMBRO DE 2000

Essa Lei, que foi regulamentada em 2004**,** corresponde a uma dívida histórica aos movimentos sociais que buscavam atender os direitos das pessoas com deficiência, tratando da acessibilidade ao meio físico, como edifícios, vias públicas, espaços e equipamentos urbanos, e aos sistemas de transporte.

Foram estabelecidas normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e nos espaços públicos, no mobiliário urbano, na cons-

trução e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação (BRASIL, 2000b). Dessa forma, a Lei garantiu a toda pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida a inclusão nos diversos espaços da sociedade, dentre eles escolas, serviço de saúde, etc.

DECRETO Nº 3.956, DE 08 DE OUTUBRO DE 2001

Em 2001, o governo brasileiro, por meio desse Decreto, promulgou a Convenção Interamericana para Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiências, reafirmando que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que outras pessoas e que esses direitos, inclusive o direito de não ser submetidas à discriminação com base na deficiência, emanam da dignidade e da igualdade que são inerentes a todo ser humano (BRASIL, 2001).

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA - PNSPD

Aprovada pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria N° 1.060, de 5 de junho de 2002, essa Política é voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Observe a seguir as diretrizes gerais da PNSPD (BRASIL, 2002):

- **Promoção da Qualidade de Vida –** visa assegurar a igualdade de oportunidade, a construção de ambientes acessíveis e a ampla inclusão sociocultural. Especificamente na área da saúde, tornar acessíveis as unidades de saúde por meio do cumprimento da normatização arquitetônica e assegurar a representação das pessoas com deficiência nos conselhos de saúde.
- **Prevenção de Deficiências –** o setor da saúde deve unir esforços com outras áreas, como educação, segurança, transporte, entre outras, para garantir sua potencialização. Cabe especificamente à área da saúde implementar estratégias de prevenção às deficiências, compreendendo que cerca de 70% das ocorrências são evitáveis ou atenuáveis, com a adoção de medidas apropriadas e oportunas, como: ações de 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 e de violências (álcool/drogas). Também devem ser consideradas medidas preventivas de caráter infor-

mativo e educacional, voltadas à população, aos profissionais de saúde e a gestores de serviços.

- **Atenção Integrada à Saúde –** de responsabilidade direta do SUS e sua rede de serviços, que devem assegurar 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 no SUS, desde as unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família até os serviços de reabilitação e hospitais. Tem direito, ainda, 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.
- **Melhoria dos Mecanismos de Informação –** deve-se pensar em:
  - melhoria dos mecanismos de registros e coleta de dados sobre as pessoas com deficiência no país;
  - aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informação do SUS;
  - construção de indicadores e parâmetros específicos para a área, com o desenvolvimento de estudos epidemiológicos, clínicos e de serviços, e com estímulo às pesquisas na área;
  - estímulo à criação, à produção e à distribuição de materiais educativos e informativos na área da saúde em formatos acessíveis, como Braille e Libras.
- **Capacitação de Recursos Humanos –** de suma importância, tendo em vista que as relações de saúde são baseadas, essencialmente, na relação de pessoas. Deve-se proporcionar a formação de recursos humanos para atenção e cuidado às pessoas com deficiência; estimular que os cursos de graduação na área da saúde incorporem em seus currículos temas relacionados ao atendimento às pessoas com deficiência e que as agências de fomento incentivem a pesquisa nesta área do conhecimento.
- **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 preferencial às ações de prevenção e intercorrências gerais de saúde da população com deficiência.

DECRETO Nº 6.949, DE 25 DE AGOSTO DE 2009

Em 2009, o governo brasileiro, por meio do Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York em 30 de março de 2007. Com isso, o Brasil assumiu o propósito de promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e de todas as liberdades fundamentais a todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente (BRASIL, 2009).

PLANO NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – VIVER SEM LIMITE

Instituído em 17 de novembro de 2011, por meio do Decreto Nº 7.612, esse Plano tem a finalidade de

> promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência nos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2011).

Com isso, novas iniciativas passaram a ser implementadas, e ações já desenvolvidas pelo Governo Federal em benefício da pessoa com deficiência foram intensificadas. Pretende-se melhorar o acesso desses cidadãos aos direitos básicos, como: educação, transporte, mercado de trabalho, qualificação profissional, moradia e saúde. O plano é executado pela União em colaboração com os Estados, o Distrito Federal, os Municípios e com a sociedade civil (BRASIL, 2011).

São diretrizes do Viver sem Limite:

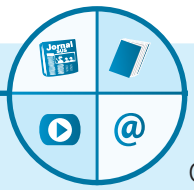
- garantia de um sistema educacional inclusivo;
- garantia de os equipamentos públicos de educação serem acessíveis às pessoas com deficiência, inclusive por meio de transporte adequado;
- ampliação da participação das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, mediante sua capacitação e qualificação profissional;
- ampliação do acesso das pessoas com deficiência às políticas de assistência social e de combate à extrema pobreza;
- prevenção das causas de deficiência;

Continua»

- ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência, em especial os serviços de habilitação e reabilitação;
- ampliação do acesso das pessoas com deficiência à habitação adaptável e com recursos de acessibilidade; e
- promoção do acesso, do desenvolvimento e da inovação em tecnologia assistiva (BRASIL, 2011).

No que se refere ao atendimento odontológico, o Viver sem Limite prevê (BRASIL, [20--?]b):

- aumento em 20% no financiamento do SUS para 420 Centros de Especialidades Odontológicas para atendimento às pessoas com deficiência;
- adequação física e aquisição de equipamentos para 27 centros cirúrgicos em hospitais gerais;
- qualificação de seis mil e seiscentos profissionais da odontologia brasileira para atendimento de pessoas com deficiência. É importante ressaltar que a finalidade deste curso não é apenas capacitar os trabalhadores do SUS para a reprodução de técnicas, protocolos e normas, mas se espera que, acima de tudo, seja uma oportunidade única de repensar o processo de trabalho, para que possam reconhecer e responder, da forma mais adequada possível, às necessidades de saúde das pessoas com deficiência, fazendo o cuidado com essa população ser uma prática diária.



SAIBA MAIS

Quer conhecer mais sobre o Plano Viver sem Limite?
Acesse: *www.pessoacomdeficiencia.gov.br* (BRASIL, [20–?]b).

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi instituída pela Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas

com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

São diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

- respeito aos direitos humanos com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas;
- promoção da equidade;
- promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos;
- garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar;
- atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- diversificação das estratégias de cuidado;
- desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;
- ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- promoção de estratégias de educação permanente;
- desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular; e
- desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência será composta dos seguintes componentes:

- Atenção Básica;

Continua»

- Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e
- Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

ATENÇÃO

A atenção integral à saúde, destinada à pessoa com deficiência, pressupõe serviços estritamente ligados à sua deficiência, além de assistência a doenças e agravos comuns a qualquer cidadão.
É importante que você leia a Portaria Nº 793 na íntegra. Acesse: *http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html* (BRASIL, 2012).

PALAVRAS FINAIS

Finalizamos o capítulo sobre Políticas Públicas para a Inclusão de Pessoas com Deficiência.

Agora reflita: **Como podemos contribuir para que os documentos estudados realmente possibilitem a inclusão social das pessoas com deficiência?**

REFERÊNCIAS

AZAMBUJA, D. **Introdução à ciência política**. São Paulo: Ed. Globo, 1967.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 5 out. 1988, Seção 1, p. 1. 1988. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-norma-pl.html>. Acesso em: 5 dez. 2012.

BRASIL. Lei Nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 25 out. 1989, Seção 1, p. 19209. 1989. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1989/lei-7853-24-outubro-1989-365493-norma-pl.html>. Acesso em: 4 dez. 2012.

BRASIL. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 16 de julho de 1990, Seção 1, p. 13563. 1990. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8069-13-julho-1990-372211-norma-pl.html>. Acesso em: 4 dez. 2012.

BRASIL. Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 23 de dezembro de 1996, Seção 1, p. 27833. 1996. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9394-20-dezembro-1996-362578-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 10 jan. 2013.

BRASIL. Decreto Nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei Nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção e dá outras providências. **Diário**

» Início
» Sumário

Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 dez. 1999, Seção 1, p. 10. 1999. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3298-20-dezembro-1999-367725-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 4 dez. 2012.

BRASIL. Lei Nº 10.048, de 8 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 9 de novembro de 2000, Seção 1, p. 1. 2000a. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-10048-8-novembro-2000-376937-norma-pl.html>. Acesso em: 4 dez. 2012.

BRASIL. Lei Nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 de dezembro de 2000, Seção 1, p. 2. 2000b. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-10098-19-dezembro-2000-377651-norma-pl.html>. Acesso em: 4 dez. 2012.

BRASIL. Decreto Nº 3.956, de 8 de outubro de 2001. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 out. 2001, Seção 1, p. 1. 2001. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2001/decreto-3956-8-outubro-2001-332660-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 4 dez. 2012.

BRASIL. **Portaria Nº 1.060, de 05 de junho de 2002**. 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1060.htm>. Acesso em: 10 jan. 2012.

BRASIL. Decreto Nº 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 2009, Seção 1, p. 3. 2009. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2009/decreto-6949-25-agosto-2009-590871-publicacaooriginal-115983-pe.html>. Acesso em: 4 dez. 2012.

BRASIL. Decreto Nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 de novembro de 2011, Seção 1, p. 12. 2011. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2011/decreto-7612-17-novembro-2011-611789-norma-pe.html>. Acesso em: 4 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro da Saúde. Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 de abril de 2012, Seção 1, p. 94. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 12 set. 2012.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - SDH/PR. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência – SNPD. **Legislação**: Normas Constitucionais. [20--?]a. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/legislacao-0>. Acesso em: 10 dez. 2012.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - SDH/PR. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência – SNPD **Viver sem Limite**: perguntas e respostas. [20--?]b. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/viver-sem-limite/perguntas-e-respostas>. Acesso em: 14 jan. 2013.

ONU (Organização das Nações Unidas). **Convenção sobre os direitos da criança**. Nova Iorque: 1989. Disponível em: <http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf> . Acesso em: 15 set. 2012.

SILVA, O. M. da. **A epopéia ignorada**: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje. São Paulo: CEDAS, 1986.

UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). **Declaração mundial de educação para todos**. Tailândia, 1990. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.

br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14803>. Acesso em: 10 jan. 2013.

UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura). **Declaração de Salamanca**. Espanha, 1994. Disponível em: <portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2013.

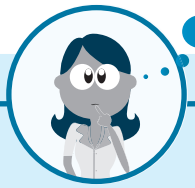
CAPÍTULO
04

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL

Eliane Helena Alvim de Souza

A Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi proposta em 1989, momento que coincidiu com a reforma sanitária, a criação do Sistema Único de Saúde – SUS e a inclusão da saúde bucal nesse Sistema; inclusão essa marcada por conflitos, ambiguidades e contradições.

Isso aconteceu porque, embora fundamentada nos princípios da universalização, participação comunitária, hierarquização, regionalização e integração institucional e propusesse a obtenção de melhores níveis de saúde bucal da população, fosse por meio da ampliação do acesso aos serviços odontológicos, fosse pela ampliação do leque de oferta de serviços para a população em geral ainda assim continuou a priorizar grupos etários. A atenção clínica era oferecida àqueles epidemiologicamente prioritários – **crianças até 12 anos, adolescentes, adultos, gestantes e idosos**. Cada um desses grupos deu origem a políticas a eles direcionadas.



PARA REFLETIR

Será que já recusei assistência a uma pessoa com deficiência? O que me levou a fazer isso?

» Início
» Sumário

QUANDO DE FATO ESSA POLÍTICA PASSOU A SER IMPLEMENTADA?

Foi somente em 2004, durante o Governo de Lula, que o Ministério da Saúde lançou as diretrizes da política a qual passou a ser conhecida por todos como Brasil Sorridente (BRASIL, 2004), que visa à organização da saúde bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo por objetivos:

- a reorientação do modelo de atenção até então vigente e centrado na doença;
- o desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal;
- a adequação do processo de trabalho ao novo modelo de atenção, centrado nos determinantes sociais das doenças.

Para viabilizar o alcance dos objetivos do Brasil Sorridente, o governo brasileiro assumiu alguns compromissos. Dentre eles, o de qualificar a atenção básica, de forma a torná-la resolutiva. Isso ocorreu por meio de uma política de educação permanente para as equipes de saúde bucal e do incentivo à resolução dos problemas dos usuários, dando suporte à atenção integral à saúde e às necessidades dos diferentes grupos populacionais, na perspectiva da universalidade, integralidade e equidade da atenção.

Em relação ao atendimento odontológico, a política determina que ele deve ocorrer nos três níveis de atenção à saúde, a saber: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade. Na atenção básica, estabelece a necessidade de se buscarem continuamente formas de se ampliar a oferta e qualidade dos serviços prestados; aumentar a resolutividade do pronto atendimento e de incluir procedimentos mais complexos nesse nível de atenção.

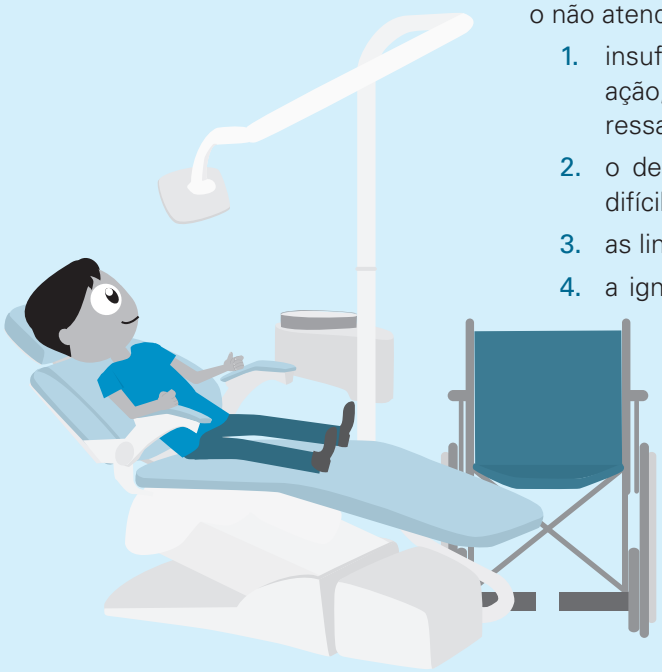
Para ampliar a oferta e a qualidade dos serviços prestados, a política propõe que a inserção da saúde bucal nos diferentes programas de saúde se processe, observando-se as **linhas de cuidado** – que preveem o reconhecimento de especificidades próprias da idade (saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do adulto e saúde do idoso) e consideram a condição de vida (compreendendo, dentre outras, a saúde da mulher, do trabalhador, hipertensos, diabéticos e das **pessoas com deficiência**).

4.1 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL

O acesso da pessoa com deficiência no SUS deve acontecer como ocorre para todo e qualquer paciente, ou seja, por meio da atenção básica. Para tanto, os serviços devem se organizar a fim de ofertarem atendimento prioritário no âmbito da atenção primária, considerada um campo importante na ótica da inclusão e dos direitos de cidadania da pessoa com deficiência (OTHERO; DALMASO, 2009) e, por meio da Estratégia Saúde da Família, realizarem uma busca criteriosa desses usuários, visando cadastrá-los e definir as ações para garantir seu atendimento.

A assistência odontológica acompanhada de procedimentos anestésicos e outros deve acontecer somente em casos específicos, e o atendimento em regime ambulatorial especial ou em regime de internação, somente deve ocorrer quando a natureza da sequela assim o exigir.

PARA REFLETIR



Segundo Waldman, Perlman e Swerdloff (1998), as possíveis razões para o não atendimento de pacientes com deficiência por dentistas são:

1. insuficiente qualificação, tanto na graduação quanto na pós-graduação, o que resulta em profissionais pouco preparados e desinteressados em tratar desses pacientes;
2. o deslocamento dos pacientes até os locais de atendimento é difícil e exige grandes despesas;
3. as limitações financeiras;
4. a ignorância e/ou a negligência em relação à saúde bucal, tanto das instituições que os acolhem como dos pais e/ou responsáveis;
5. esses pacientes alteram a rotina do consultório, requerem tempo adicional, que não é remunerado, e podem assustar ou perturbar os demais pacientes.

QUAL O PAPEL DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL (ESB) NO ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA?

O atendimento odontológico aos pacientes com deficiência possui características peculiares, no qual a produtividade não deve ser avaliada em termos quantitativos (GONÇALVES; KOERICH, 2004). Assim, cabe à ESB atender esses usuários em níveis crescentes de complexidade, e, nesse sentido, acolher, prestar assistência às queixas, orientar para a realização de exames complementares, acompanhar a evolução de cada caso e encaminhar para as unidades de atenção especializada somente quando for necessário (BRASIL, 2010a). Além disso, devem dedicar atenção especial aos familiares para que eles possam se tornar colaboradores no cuidado (informação e prevenção) com esses pacientes.

COMO DEVE SER AS INTERVENÇÕES ODONTOLÓGICAS NOS PACIENTES COM DEFICIÊNCIA?

As intervenções odontológicas devem acontecer de forma a garantir que sejam as mais pertinentes ao quadro de cada usuário, requerendo a elaboração de protocolos de atenção, com definição, em cada nível, dos cuidados a serem tomados (de acordo com diagnóstico médico, condições de saúde e tratamento, agravos associados, limitações e capacidades individuais de cada paciente). Por requerer uma atenção em todos os níveis de complexidade, impõe, portanto, a necessidade de rigoroso trabalho integrado da equipe de saúde.

E PARA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, A QUEM RECORRER?

A oferta de serviços odontológicos especializados deve, preferentemente, acontecer juntamente com os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), mas somente quando não houver condições de atendimento na atenção básica.

E EM QUE SITUAÇÕES A PNSB RECOMENDA A ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA EM AMBIENTE HOSPITALAR E SOB ANESTESIA OU SEDAÇÃO?

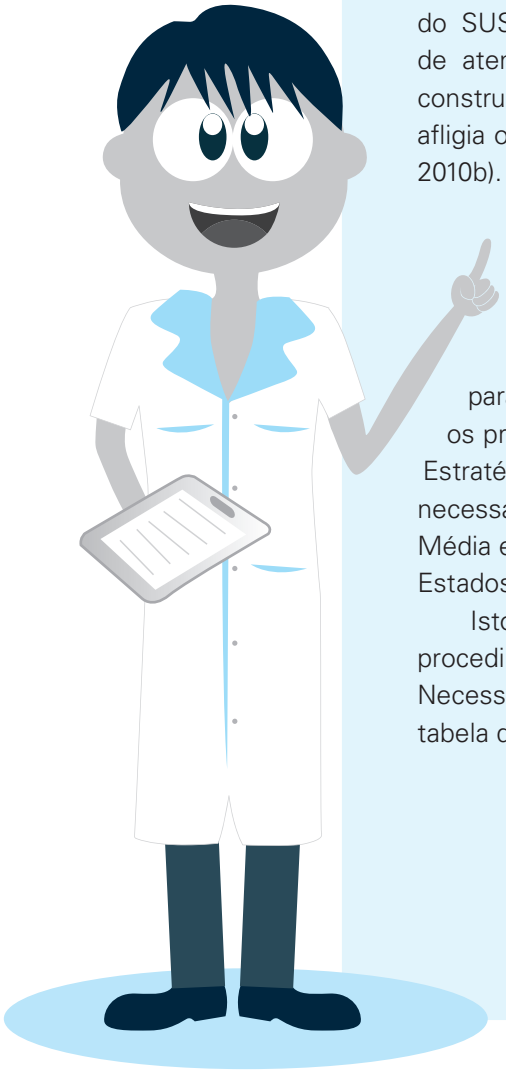
Naquelas em que os usuários apresentem uma ou mais limitações temporárias ou permanentes de ordem intelectual, física, sensorial e/ou emocional que os impeçam de serem submetidos à atenção odontológica convencional.

PREZADO(A) COLEGA,

As orientações fornecidas até aqui também constam na Portaria Nº 793, de 24 de abril de 2012, que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme vimos no capítulo anterior.

Para trabalhar na filosofia da rede de cuidados, as equipes de saúde bucal devem ser capacitadas a fim de que estejam, em nível local, aptas ao atendimento desses usuários, em níveis crescentes de complexidade de atendimento. Isso reforça a importância dessa capacitação na qual você está inserido(a), pois está qualificando os trabalhadores da odontologia brasileira, vinculados à atenção básica e aos CEOs de todo o Brasil.

É importante que você saiba, também, que a Portaria Ministerial Nº 1.032, de 05 de maio de 2010, inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do SUS para os pacientes com necessidades especiais que necessitem de atendimento em ambiente hospitalar. Essa Portaria foi formulada na construção de uma política para dar resposta a um problema de saúde que afligia os gestores de saúde e um determinado grupo populacional (BRASIL, 2010b).



Por meio da publicação da portaria, os hospitais e profissionais que prestam serviço para o SUS passam a receber repasse financeiro para realizar procedimentos odontológicos de atenção primária e atenção secundária em ambiente hospitalar.

O procedimento 04.14.02.041-3 – Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais – instituído na Portaria, e os procedimentos compatíveis com ele, permanecem no Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC para formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC dos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Isto quer dizer que o pagamento é feito por produção. O valor do procedimento 04.14.02.041-3 – Tratamento Odontológico para Pacientes com Necessidades Especiais – é de R$ 328,34 e mais o valor do procedimento na tabela do SUS.

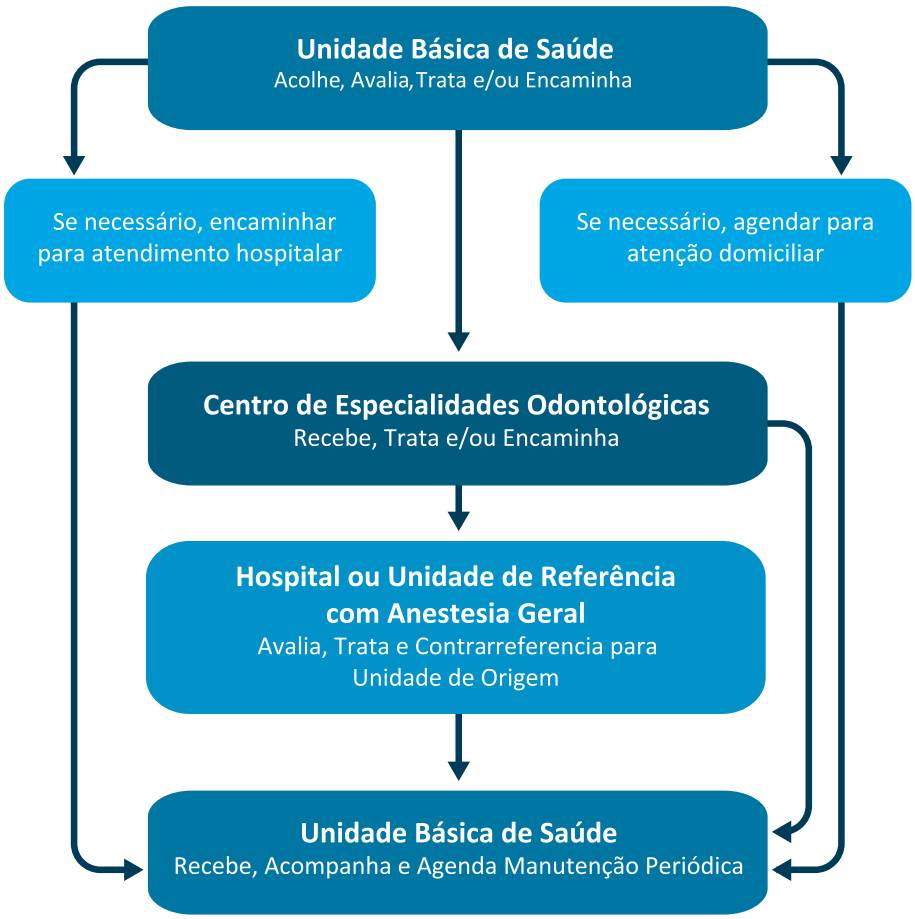
VOCÊ SABIA

- Que a Política Nacional de Saúde Bucal é, de fato, tida como uma política nacional porque sua construção mobilizou diferentes setores da sociedade? (PUCCA JR., 2006)
- Ao se atribuir responsabilidade pelo paciente a um profissional de saúde da atenção básica, facilita-se o acesso à atenção secundária? E que, ao assumir tal atribuição, o profissional passa a ser reconhecido como defensor do paciente? (CHAVES et al, 2010)
- Um sistema que tem a atenção primária como porta de entrada para os demais níveis de atenção contribui para a racionalização de recursos e otimiza o uso de tecnologias de maior custo e densidade? (CHAVES et al, 2010)
- A chance de concluir o tratamento odontológico é maior em cidades com cobertura da Estratégia Saúde da Família igual ou maior que 50%? (CHAVES et al, 2010)
- A chance de se alcançar a integralidade na assistência à saúde bucal é maior quando os usuários chegam ao serviço especializado a partir da ficha de referência obtida na atenção primária e quanto eles têm maior facilidade no acesso geográfico? (CHAVES et al, 2010)
- Para pessoas encaminhadas pela rede básica, Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades de Saúde da Família (USF), a chance de concluir o tratamento básico é quase 6 vezes maior do que para aquelas que chegam por livre demanda ou encaminhadas por pronto-socorro ou hospital? (CHAVES et al, 2010)

PALAVRAS FINAIS

Pense no que estudamos até aqui e faça a sua parte de forma a garantir que a **política se fortaleça**, a **desigualdade diminua** e as **diferenças** sejam vistas sem indiferença. E para facilitar seu trabalho, observe o fluxograma a seguir.

Figura 1 - Fluxograma para referência das pessoas com deficiência



Fonte: (BRASIL, 2006, p.84, adaptado).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_brasil_sorridente.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde bucal**: Cadernos de Atenção Básica. n. 17. Brasília, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad17.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília, 2010a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/atensaudecomdefic.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro da Saúde. Portaria Nº 1.032, de 05 de maio de 2010. Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde - SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 06 de maio de 2010, Seção 1, p. 50-51. 2010b. Disponível em: <http://www.in.gov.br/visualiza/index.jsp?data=06/05/2010&jornal=1&pagina=50&totalArquivos=104>. Acesso em: 16 fev. 2013.

CHAVES, S. C. L. et al. Política Nacional de Saúde Bucal: fatores associados à integralidade do cuidado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext& pid=S0034-89102010000600004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2012.

GONÇALVES, S.; KOERICH, G. M. S. M. A afetividade como aliada no sucesso do tratamento Odontológico do portador de deficiência mental. **Revista Eletrônica de Extensão**, v. 1, n. 1, dez. 2004.

» Início
» Sumário

Disponível em:<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/view/1443/13510>. Acesso em: 14 jan. 2013.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 nov. 2012.

PUCCA JR., G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100033 &lng=pt&nrmiso>. Acesso em: 16 nov. 2012.

WALDMAN, H. B. ; PERLMAN, S. P. ; SWERDLOFF, M. What if dentists did not treat people with disabilities? **ASDC J Dent Child.**, v.65, n.2, p.96-101, mar./apr. 1998.

CAPÍTULO
05

HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Renata Cimões Jovino Silveira

Durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde, no ano 2000, surgiu a temática de humanização do Sistema Único de Saúde – SUS. Discutiu-se o que seria humanizar e o desafio que seria humanizar o SUS. Nesse contexto, o Ministério da Saúde implantou, no ano 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e, posteriormente, a Política Nacional de Humanização (PNH), visando atender às demandas subjetivas manifestadas pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde, baseando-se na integralidade da assistência (BRASIL, 2004a, 2004b).

A PNH é uma oferta para o enfrentamento de problemas do SUS, gerando soluções coletivas, reafirmando os princípios do SUS como inalienáveis, incontornáveis.

A proposta da PNH, lançada em 2003, coincide com os princípios do SUS: enfatiza a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas (BRASIL, 2004b) e fomenta trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde.

A PNH propõe o movimento da mudança dos modelos de atenção e gestão, fundados na racionalidade biomédica, até então fragmentados, hierarquizados, centrados na doença e no atendimento hospitalar (PASSOS, 2006). Em outras palavras, a finalidade da PNH é alterar a maneira de trabalhar e de interferir nos processos de trabalho no campo da saúde (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009).

Humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais com base na dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006).

» Início
» Sumário

O SUS QUE DÁ CERTO

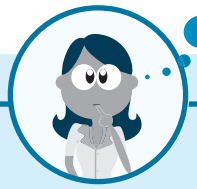
É necessário dar visibilidade ao SUS que dá certo. Anunciá-lo como afirmação do horizonte utópico de que é possível produzir mudanças nas práticas de gestão e de atenção – movimento ativo de produção de reencantamento dos trabalhadores e da sociedade em geral pelo SUS, pela política pública solidária, inclusiva e de qualidade (BRASIL, 2004b).

Esse SUS:

- propõe políticas de saúde que potencializam a experiência do/no coletivo;
- atravessa as diferentes práticas de atenção e gestão do SUS;
- pensa o ser humano nas suas possibilidades concretas do existir, do criar, do produzir, do se relacionar;
- pensa os espaços de produção de saúde como oportunidades de encontros entre as pessoas, entre as equipes de saúde e os usuários, mesmo quando mediada por equipamentos ou outras tecnologias;
- tem interações que possibilitam a produção de novos territórios existenciais.

São várias as dificuldades a serem superadas no processo de humanização do trabalho em saúde. Dentre elas, destacam-se:

- o acolhimento inadequado;
- a desvalorização dos trabalhadores;
- a fragmentação nos processos de atenção, nos processos de trabalho e nas relações entre os diferentes profissionais;
- precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva, social e cultural nas práticas de atenção;
- falta de vínculo entre as equipes de saúde e os usuários;
- baixo investimento na qualificação dos trabalhadores (exemplo: na gestão participativa e no trabalho em equipe);
- baixos salários e falta de plano de cargos e carreira na maioria dos locais;
- desrespeito aos direitos dos usuários;
- subfinanciamento do SUS.



PARA REFLETIR

Diferentes perspectivas da humanização em saúde

Na perspectiva do trabalhador:

- Avaliação positiva do SUS;
- Condições concretas de trabalho (planos de carreira, bons salários, acesso a tecnologias, etc.);
- Democracia nas relações.

Na perspectiva dos cidadãos:

- Avaliação positiva do SUS:
  Direito, garantia de acesso, universalidade, equidade;
  Saúde como um valor da sociedade brasileira;
- Responsabilidade sanitária:
  Quem cuida de quem? Que me cuida?
  Com quem eu conto quando eu ou minha família necessita?
- Continuidade dos tratamentos/do cuidado:
  Como garantir seguimento dos cuidados entre os níveis de atenção?
  Como articular/fazer comunicação entre os diferentes serviços?

5.1 CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO

Já falamos muito sobre humanização. Para você, está claro o seu significado?

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Além disso, podemos dizer que humanização é:

- fomentar a autonomia e o protagonismo dos sujeitos;
- aumentar o grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- estabelecer vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- identificar as necessidades sociais de saúde;
- mudar os modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;

- compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2004a).

5.2 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

Os valores da PNH são autonomia, protagonismos dos sujeitos, corresponsabilidade, vínculos solidários, construção de redes e participação no processo de gestão. A PNH tem princípios, métodos, diretrizes e dispositivos. A seguir, analisaremos cada um dos itens que compõe a política HumanizaSUS.

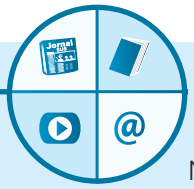
PRINCÍPIOS

Os princípios que norteiam a política da humanização são (BRASIL, [20--?c]):

Indissociabilidade entre atenção e gestão: "As decisões da gestão interferem diretamente na atenção à saúde. Por isso, trabalhadores e usuários devem buscar conhecer como funciona a gestão dos serviços e da rede de saúde, assim como participar ativamente do processo de tomada de decisão nas organizações de saúde e nas ações de saúde coletiva. Ao mesmo tempo, o cuidado e a assistência em saúde não se restringem às responsabilidades da equipe de saúde. O usuário e sua rede sócio-familiar devem também se corresponsabilizar pelo cuidado de si nos tratamentos, assumindo posição protagonista com relação a sua saúde e à daqueles que lhes são caros".

Transversalidade: "Transversalizar é reconhecer que as diferentes especialidades e práticas de saúde podem conversar com a experiência daquele que é assistido. Juntos, esses saberes podem produzir saúde de forma mais corresponsável".

Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos: "Qualquer mudança na gestão e atenção é mais concreta, se construída com a ampliação da autonomia e vontade das pessoas envolvidas, que compartilham responsabilidades. Os usuários não são só pacientes, os trabalhadores não só cumprem ordens: as mudanças acontecem com o reconhecimento do papel de cada um. Um SUS humanizado reconhece cada pessoa como legítima cidadã de direitos e valoriza e incentiva sua atuação na produção de saúde".



SAIBA MAIS

Neste capítulo, estamos discutindo a Política Nacional de Humanização (PNH). Que tal consultar os documentos do HumanizaSUS, disponíveis no endereço: *http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342?* (BRASIL, [20--?c]).

MÉTODOS

O HumanizaSUS aposta na **inclusão** de trabalhadores, usuários e gestores na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho em saúde. Observe algumas dicas de como isso pode ser feito (BRASIL, 2006):

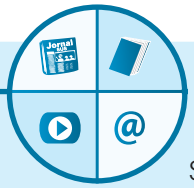
- inclusão dos trabalhadores, gestores e usuários(as): por meio de rodas de conversa, por exemplo;
- inclusão dos analisadores institucionais para revelar as tensões institucionais: por meio da análise coletiva do conflito;
- inclusão dos coletivos e dos movimentos sociais: por meio do incentivo às redes e à grupalidade.

DIRETRIZES

As diretrizes da PNH compreendem as orientações gerais ou orientações ético-políticas e se expressam no método da inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde, por meio de práticas, como (BRASIL, 2006, 2010, [20--?a]):

- ampliação do acesso do usuário ao SUS, implantando o acolhimento responsável/resolutivo, baseado em critérios de risco;
- clínica ampliada;
- mudança nos modelos de atenção e gestão com foco nas necessidades dos cidadãos, produção de saúde e de sujeitos, responsabilização e vínculo;
- garantia dos direitos dos usuários e dos trabalhadores da saúde;
- implantação da gestão participativa nos serviços, incluindo trabalhadores e usuários;
- valorização do trabalho e do trabalhador;
- defesa dos direitos do usuário;
- fomento das grupalidades, coletivos e redes;

- garantia de oferta de educação permanente aos trabalhadores do SUS;
- construção da memória do SUS que dá certo.



SAIBA MAIS

Se você não recorda o que é clínica ampliada, sugerimos a leitura do documento disponível no link a seguir:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf (BRASIL, 2004c).

DISPOSITIVOS

Os dispositivos da PNH atualizam as diretrizes por meio de estratégias construídas nos coletivos concretos destinados à promoção de mudanças nos modelos de atenção e de gestão em curso, sempre que tais modelos estiverem na contramão do que preconiza o SUS. Ou seja, as práticas de humanização do SUS vão se construindo por meio de dispositivos, que se relacionam às diretrizes. Entre os dispositivos propostos pela PNH, estão (BRASIL, 2009, 2010):

- **Acolhimento com classificação de risco:** processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde, que implica a responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário desde a sua chegada até a sua saída;
- **Apoio matricial:** lógica de produção do processo de trabalho, na qual um profissional oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores;
- **Equipe transdisciplinar de referência:** grupo que se constitui por profissionais de diferentes áreas e saberes (interdisciplinar, transdisciplinar), organizados em função dos objetivos/missão de cada serviço de saúde, estabelecendo-se como referência para os usuários desse serviço (clientela que fica sob a responsabilidade desse grupo/equipe);
- **Projeto Terapêutico Singular (PTS) e projeto de saúde coletiva:** pode ser entendido como uma discussão de "caso clínico", caracterizado por um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Esse projeto poderá ser direcionado para grupos ou famílias e não apenas para indivíduos;

- **Projetos cogeridos de ambiência:** organizar o ambiente com conforto, privacidade e áreas reservadas para o contato com usuários e familiares, relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana;
- **Colegiado gestor (sistemas e serviços de saúde):** são espaços coletivos deliberativos, que tomam decisões no seu âmbito de governo, em conformidade com as diretrizes e os contratos definidos. O colegiado gestor de uma unidade de saúde é composto por todos os membros da equipe ou por representantes;
- **Contratos de gestão:** amplia o diálogo entre os sujeitos, promovendo a gestão participativa por meio de colegiados gestores;
- **Ouvidoria:** serviço representativo de demandas do usuário e/ou trabalhador de saúde e instrumento gerencial, na medida em que mapeia problemas, aponta áreas críticas e estabelece a intermediação das relações, promovendo a aproximação das instâncias gerenciais;
- **Visita aberta e direito ao acompanhante:** a visita aberta refere-se a um dispositivo da PNH, que amplia o acesso dos visitantes em casos de internação, garantindo, assim, o elo entre o paciente e sua família, amigos, sua rede social e os serviços de saúde. O acompanhante é o representante da rede social da pessoa internada, que a acompanha durante toda sua permanência nos ambientes de assistência à saúde;
- **Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST):** fundamenta-se no princípio pedagógico do estudo-intervenção; busca uma compreensão ampliada das relações entre saúde e trabalho nos locais onde trabalhamos;
- **Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP):** grupo de trabalhadores constituído por consultores, apoiadores da Política Nacional de Humanização e trabalhadores locais das unidades de saúde implicados na transformação e pesquisa das condições adversas de trabalho;
- **Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde:** buscam desenvolver ações para proporcionar aos funcionários uma melhoria da qualidade de vida em seu ambiente de trabalho;
- **Grupo de Trabalho de Humanização (GTH):** intervém na melhoria dos processos de trabalho e na produção da saúde. Destina-se a empreender uma política institucional de resgate dos valores de universalidade, integralidade e aumento da equidade no cuidado em saúde e democratização na gestão, em benefício dos usuários e dos trabalhadores da saúde. É constituído por lideranças repre-

sentativas do coletivo de profissionais e demais trabalhadores em cada equipamento de saúde (nas Secretarias Estaduais de Saúde e nas Secretarias Municipais de Saúde);

- **Câmara Técnica de Humanização (CTH):** fórum proposto para agregar instâncias/serviços/sujeitos com o objetivo de compartilhar experiências no campo de políticas/ações de humanização, compondo redes e movimentos de cogestão.

5.3 FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA PNH E AÇÕES HUMANIZADORAS

A formação profissional para aplicação da PNH tem que passar por diversos desafios e superar as seguintes práticas:

- tratar o usuário como cobaia ou objeto;
- humilhação social: filas nos serviços de saúde, organizadas por ordem de chegada, discussão de casos na frente do paciente, procedimentos de aprendizagem em detrimento do paciente, etc.;
- combate à ideia de que o bom profissional tem postura "neutra", de "não envolvimento" e focalizada.

Na área da saúde, a humanização se faz trabalhando a instituição pela gestão e pelo processo de trabalho, e trabalhando as pessoas por meio de atitudes e padrão de ética. Muitas ações podem ser desenvolvidas para implementação da humanização dos serviços de saúde. Dentre elas, pode-se citar (RIOS, 2009):

- recepção humanizada/acolhimento;
- humanização do parto e nascimento;
- cuidado à saúde mental do trabalhador da área da saúde;
- estruturação de brinquedotecas;
- planejamento de oficina de artes para pacientes e funcionários;
- planejamento de atividades de sala de espera;
- estruturação de biblioteca circulante, salas de leitura;
- organização de oficinas de humanização para funcionários.

5.4 RESULTADOS ESPERADOS COM PNH

Após a implementação da PNH, esperam-se alguns resultados, como (BRASIL, [20--?b]):

- redução de filas e do tempo de espera, com ampliação do acesso;
- atendimento acolhedor e resolutivo, baseado em critérios de risco;
- implantação de modelo de atenção com responsabilização e vínculo;
- garantia dos direitos dos usuários;
- valorização do trabalho na saúde;
- gestão participativa nos serviços.

PALAVRAS FINAIS

Deve ter ficado evidente para você que humanizar a saúde é construir relações mais afirmativas dos valores que orientam nossas políticas públicas de saúde, como a solidariedade, a equidade, a justiça social. Agora identifique, no seu ambiente de trabalho, algumas ações humanizadoras e discuta com seus colegas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. **Relatório Final da Oficina HumanizaSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/oficina_nac_humanizaSus.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: a clínica ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da saúde. **Diretrizes para implementação do HumanizaSUS**. [20--?a]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28345>. Acesso em: 16 nov. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da saúde. **Objetivos do HumanizaSUS**. [20--?b]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28291>. Acesso em 12 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da saúde. **Princípios do HumanizaSUS**. [20--?c]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28289>. Acesso em: 16 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3 ed.

» Início
» Sumário

Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional da Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **HumanizaSUS**: trabalho e redes de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho_redes_saude.pdf>. Acesso em: 16 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2013.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIEIRA C. S. A humanização na assistência à saúde. Rev. **Latino-am Enfermagem**, v.14, n. 2, p. 277-284, 2006.

PASSOS, E. **Proposta de apresentação dos níveis de composição da PNH**. Rio de Janeiro, 2006. (Mimeogr.).

RIOS, I. C. **Caminhos da humanização na saúde**: prática e reflexão. São Paulo: Áurea Editora, 2009.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface, Comunicação Saúde Educação**, v. 13, supl. 1, p. 603-613, 2009.

SOBRE OS AUTORES

» Início
» Sumário

Arnaldo de França Caldas Jr.

Cirurgião-dentista graduado pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (FOP/UPE). Pós-Doutor em Epidemiologia e Saúde Pública pela Universidade de Londres. Mestre e Doutor em Odontologia em Saúde Coletiva pela FOP/UPE. Especialista em Odontologia para Pessoas com Necessidades Especiais. Professor Adjunto das Faculdades de Odontologia da Universidade Estadual e Federal de Pernambuco (UPE e UFPE). Coordenador Adjunto da área da Odontologia na CAPES/MEC. Coordenador dos cursos de Especialização e Capacitação em Odontologia para Pessoas com Necessidades Especiais da UPE. Coordenador do Núcleo de Teleodontologia da UFPE.

Eliane Helena Alvim de Souza

Graduada em Odontologia pela Universidade de Pernambuco e Docente dessa instituição desde 1989. Mestre e Doutora em Saúde Coletiva pela mesma instituição de ensino superior, tendo coordenado o mestrado nessa área durante quatro anos. Atualmente, coordena o Programa de Mestrado em Perícias Forenses. Atua como Docente e Consultora em Metodologia Científica nos cursos de especialização nas áreas de Endodontia e Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.

Humberto Gomes Vidal

Cirurgião-dentista graduado pela Universidade de Pernambuco (1992), pós-graduado em Periodontia (1996), Especialista em Implantodontia (2002), Mestre em Perícias Forenses (2010). Colaborador na disciplina de Metodologia Científica da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco (2010-2013). Colaborador em cursos de especialização em Periodontia, Implantodontia e Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais.

Josiane Lemos Machiavelli

Possui graduação e mestrado em Odontologia. Integra a equipe do grupo SABER Tecnologias Educacionais e Sociais da Universidade Federal de Pernambuco. Este grupo pesquisa e desenvolve modelo de processo para planejamento pedagógico e instrucional de cursos a distância e semipresenciais, objetos de aprendizagem e soluções tecnológicas para apoio ao

ensino mediado por tecnologia. É Coordenadora Técnica da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) | Universidade Federal de Pernambuco. Colabora no planejamento e desenvolvimento de cursos de especialização, aperfeiçoamento e atualização, a distância e semipresenciais, para trabalhadores do Sistema Único de Saúde por meio da Universidade Aberta do SUS do Ministério da Saúde.

Luiz Gutenberg Toledo de Miranda Coelho Junior

Cirurgião-dentista, Especialista em Ortopedia Funcional dos Maxilares, Mestre e Doutor em Odontologia em Saúde Coletiva. Professor Assistente da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco campus Arcoverde. Professor do curso de especialização em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais da Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco.

Maurício Cosme de Lima

Graduado em Pedagogia pela Universidade Federal de Pernambuco (2004). Especialista em Coordenação Pedagógica pela Faculdade para o Desenvolvimento de Pernambuco. É Professor da Secretaria de Educação de São Lourenço da Mata, com atuação no Ensino Fundamental I. Ministra aulas e desenvolve projetos didáticos, com ênfase em interdisciplinaridade e inclusão social. Professor da Faculdade Joaquim Nabuco no curso de Pedagogia, na disciplina Tópicos Integradores, com ênfase na elaboração de projetos e pesquisas em Educação Especial.

Reginaldo Inojosa Carneiro Campello

Graduado em Odontologia pela Sociedade Caruaruense de Ensino Superior e em Medicina pela Fundação de Ensino Superior de Pernambuco. Tem Mestrado e Doutorado em Odontologia pela Universidade de Pernambuco. Foi Pró-reitor de desenvolvimento institucional e de extensão da Universidade de Pernambuco até 2006 e Vice-reitor até 2010. Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia de Pernambuco e da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco, ambas da Universidade de Pernambuco (UPE). Coordenador do Mestrado em Perícias Forenses da UPE. Médico legista aposentado do estado de Pernambuco. Consultor bolsista do Ministério da Saúde.

Renata Cimões Jovino Silveira

Pós-doutora em Periodontia (Eastman Dental Institute, Londres); Doutora em Odontologia em Saúde Coletiva pela Faculdade de Odontologia da Universidade de Pernambuco, Especialista em Periodontia (ABO-PE). Professora Adjunta de Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Coordenadora da especialização em Implantodontia da UFPE e membro permanente da pós-graduação em Odontologia da UFPE. Desenvolve pesquisas na área de Periodontia e Implantodontia, com ênfase em diabetes, genética e epidemiologia.

» Início
» Sumário

Este livro foi impresso no primavera de 2013, em Recife-PE.
Para o projeto foram usados papel Cartão Supremo (capa) e papel Off-set (miolo).

» Início
» Sumário

Execução

Universidade Federal de Pernambuco
Departamento de Clínica e Odontologia Preventiva
@Saber Tecnologias Educacionais e Sociais

Apoio

Universidade Federal de Pernambuco
PROEXT Pró-Reitoria de Extensão
Liber Tecnologia do conhecimento

Financiamento

Ministério da Saúde
Governo Federal BRASIL País rico é país sem pobreza

Brasil Sorridente A saúde bucal levada a sério
Viver sem limite Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
Saúde sem limite
Saúde mais perto de você
SUS
Ministério da Saúde
Governo Federal BRASIL País rico é país sem pobreza

UNA-SUS Universidade Aberta do SUS
FIOCRUZ
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Ministério da Saúde
Governo Federal BRASIL País rico é país sem pobreza

9 788541 502993