



FACULDADE DE INHUMAS
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DE INHUMAS

CURSO DE DIREITO

CÁRITA RODRIGUES COSTA

**O DIREITO À ASSISTÊNCIA UNIVERSAL NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS
COM DEFICIÊNCIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
INHUMAS**

INHUMAS-GO

2022

CÁRITA RODRIGUES COSTA

**O DIREITO À ASSISTÊNCIA UNIVERSAL NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS
COM DEFICIÊNCIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
INHUMAS**

Monografia apresentada ao Curso de Direito, da Faculdade de Inhumas (FACMAIS) como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Direito.

Professor orientador: Me. Leandro Campêlo de Moraes

INHUMAS – GO

2022

CÁRITA RODRIGUES COSTA

**O DIREITO À ASSISTÊNCIA UNIVERSAL NO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS
COM DEFICIÊNCIA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
INHUMAS**

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DA ALUNA

Monografia apresentada ao Curso de Direito, da Faculdade de Inhumas (FACMAIS)
como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Direito.

Inhumas, 30 de maio de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Professor Me. Leandro Campêlo Moraes – FacMais
(Orientador e presidente)

Professora Julyana Macedo – FacMais
(Membro)

Patrícia Palmeira Fleury
(Convidada externa)

Aos meus pais, sogros e esposa

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, que guiou meus passos e me deu forças todos os dias de minha vida, não deixando que eu desistisse do que tanto amo, apesar de todas as dificuldades.

Agradeço a minha Bisavó Catarina, que me criou com todo seu amor, me dando os melhores exemplos de vida para seguir, onde estiver sempre será o motivo das minhas vitórias e conquistas.

Agradeço ao meu pai Carlos, por estar ao meu lado sempre que precisei, me dar carinho, atenção, além de trabalhar e se esforçar para que eu pudesse fazer uma faculdade.

À minha mãe Sanny, que esteve comigo nos melhores e piores momentos, cuidando e me orientando, até mesmo quando eu não merecia. Sua sabedoria e compreensão sempre me mantiveram no caminho certo.

Joelias e Sirley, a vocês minha sincera gratidão , por me ajudarem, aconselharem, motivarem, encorajarem e contribuírem não apenas com amor e afeto, mas também com muita ajuda para que eu conseguisse concluir esse sonho e me mostrarem que realmente posso confiar na grandeza do significado da palavra "Família adotiva".

Ana Paula, ao apoio, amor e companheirismo que me estendeu em cada momento que precisei. Uma parceira que sempre me motivou a correr atrás dos meus objetivos segurando minha mão, através de conselho, me ajudando a passar por momentos difíceis e chegar até aqui.

Joelias Júnior e Vinicius que me deram apoio e força a cada batalha que enfrentei, irmãos que a vida me presenteou.

A minha avó de consideração Geraci, por ter feito parte da minha vida nessa jornada, com seu apoio e carinho.

Aos meus familiares e irmãos, que embora estejam longe na maior parte do tempo, estão sempre torcendo por mim.

Ao meu orientador, Leandro Campelo, meu carinho e gratidão!! Falo em você como um anjo que Deus colocou em meu caminho. Desde o primeiro instante,

com sua educação e gentileza, aceitou me orientar. Me motivou e possibilitou que eu desse o primeiro passo para o caminho que leva aos meus sonhos.

Patrícia Fleury, secretária de saúde do Município de Inhumas, sua figura me serviu de exemplo e referência para crescimento profissional e pessoal.

Meus agradecimentos a todos aqueles que colaboraram e participaram da minha trajetória no curso de direito, assim como a todos os professores que contribuíram para o aprendizado e aprimoramento da nossa jornada na faculdade.

Agradeço ainda a todos aqueles amigos, colegas, profissionais que participaram de uma forma ou outra da minha formação, me ajudando, incentivando e me fazendo crescer.

A verdadeira deficiência é aquela que prende o ser humano por dentro e não por fora, pois até os incapazes de andar podem ser livres para voar.

Thaís Moraes

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária / Ministério da Saúde
BPC	Benefício de Prestação continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CF/88	Constituição Federal de 1988
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONADE	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CORDE	Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
CNS	Conferência Nacional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
PNSPD	Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAPS	Secretaria de Atenção à Saúde
SDH	Secretaria de Direitos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informações da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

RESUMO

O trabalho consiste em apresentar de que maneira o Sistema Único de Saúde (SUS) garante a inclusão e acessibilidade no atendimento das pessoas com deficiência, por meio das Redes de Atenção Básica. A escolha do tema sobreveio com o objetivo de demonstrar o direito à saúde das pessoas com deficiência, no atendimento e acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde, analisando as barreiras encontradas na busca pelo acesso aos serviços de saúde, sejam elas estruturais ou atitudinais, como o preconceito e a desigualdade. Este estudo apresenta uma contextualização histórica acerca do SUS, e uma análise das políticas públicas de saúde no Brasil e o direito à saúde da pessoa com deficiência, para, enfim, aprofundar nas redes de cuidados à saúde dessas pessoas. Ressalta que este direito fundamental deve ser garantido de forma equitativa, universal e igualitária. A metodologia utilizada foi a pesquisa de natureza qualitativa, bibliográfica e documental, baseando-se em tratados, leis, artigos e matérias publicadas em sites do Ministério da Saúde, LILACS, SCIELO e revistas científicas do direito, sobre o tema da inclusão, acessibilidade, saúde e pessoas com deficiência. O referencial teórico segue as lições de Joaquin Herrera Flores, ao trazer uma análise crítica dos direitos humanos enquanto fundamento para emancipação das pessoas com deficiência, na busca de seus direitos, além da análise dos componentes, diretrizes e políticas públicas do Sistema Único de Saúde feitos pela autora Raphaela Karla de Toledo. A pesquisa conclui que, apesar dos avanços legais nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e nas políticas públicas de saúde, pessoas com deficiência buscam acesso igualitário no atendimento e acolhimento nas redes básicas de saúde. Desta forma, o trabalho revela uma estreita porta de entrada do SUS, merecendo um olhar distinto, que adote como ponto de partida as necessidades de inclusão e acessibilidade diante destas pessoas, fazendo valer a integração socioeconômica e política das pessoas com deficiência.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência; Sistema Único de Saúde; Atenção Primária; Lei Brasileira de Inclusão; Acessibilidade

ABSTRACT

The work consists of presenting how the Unified Health System (SUS) guarantees inclusion and accessibility in the care of people with disabilities, through the Primary Care Networks. The choice of theme came with the objective of demonstrating the right to health of people with disabilities, in the care and reception in Basic Health Units, analyzing the barriers encountered in the search for access to health services, whether structural or attitudinal, such as the prejudice and inequality. This study presents a historical context about the SUS, and an analysis of public health policies in Brazil and the right to health of people with disabilities, in order to, finally, deepen the health care networks of these people. It emphasizes that this fundamental right must be guaranteed in an equitable, universal and egalitarian way. The methodology used was qualitative, bibliographic and documentary research, based on treaties, laws, articles and materials published on websites of the Ministry of Health, LILACS, SCIELO and scientific legal journals, on the topic of inclusion, accessibility, health and people with disabilities. The theoretical framework follows the lessons of Joaquin Herrera Flores, by bringing a critical analysis of human rights as a basis for the emancipation of people with disabilities, in the search for their rights, in addition to the analysis of the components, guidelines and public policies of the Unified Health System made by the author Raphaela Karla de Toledo. The research concludes that, despite legal advances in the principles and guidelines of the Unified Health System and in public health policies, people with disabilities seek equal access to care and reception in basic health networks. In this way, the work reveals a narrow gateway to the SUS, deserving a different look, which adopts as a starting point the needs of inclusion and accessibility for these people, asserting the socioeconomic and political integration of people with disabilities.

Keywords: People with Disabilities; Health Unic System; Primary Attention; Brazilian Law of Inclusion; Accessibility

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	16
2.1 A criação do Sistema Único de Saúde: os principais marcos legais.	16
2.1.1 Política Pública de Saúde no Brasil	19
2.2 Direito fundamental à saúde	22
3 O DIREITO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	25
3.1 Direitos humanos e a dignidade da pessoa humana	25
3.2 Tratado de Nova Iorque e sua incorporação no ordenamento jurídico brasileiro	27
3.3 Pessoas com deficiência: acessibilidade e inclusão social	29
3.3.1 O direito à saúde das pessoas com deficiência perante a Lei nº 13.146/2015	32
4 A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA E A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO SUS	35
4.1 Redes de Atenção à Saúde no SUS	36
4.1.1 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	38
4.1.2 Atuação e conhecimento dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde diante da assistência às Pessoas com Deficiência	39
4.2 Propostas de solução	41
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
6 REFERÊNCIAS	53

1 INTRODUÇÃO

O tema da presente pesquisa visa analisar o direito à assistência universal no atendimento às pessoas com deficiência nas Unidades Básicas de Saúde do município de Inhumas, relacionando com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde e as políticas públicas de saúde no Brasil.

O trabalho foi motivado através de parâmetros de pesquisa nos quais buscou-se analisar a importância do direito das pessoas com deficiência na busca por um atendimento igualitário nas Unidades Básicas de Saúde do município de Inhumas.

Sendo assim, observando de um aspecto amplo, abordou os princípios e diretrizes que compõem o sistema de saúde, trazendo uma análise do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite, com 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.

Ante o exposto, a problemática em questão se traduz por meio do seguinte questionamento: de que maneira o Sistema Único de Saúde (SUS) garante a acessibilidade e a inclusão no atendimento das pessoas com deficiência?

A justificativa deve-se pelo fato de que a atenção primária de saúde é a principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação de toda a rede de saúde, onde o objetivo é desenvolver uma atenção integral, acessível e universal, que impacte positivamente na situação de saúde da sociedade.

Após conhecer as necessidades da comunidade e, principalmente, das pessoas com deficiência que são acompanhadas pela Unidade Básica de Saúde (UBS), podemos ressaltar as dificuldades enfrentadas, dentre as quais, destacam-se : a falta de conhecimento nos direitos à saúde pública e as falhas na acessibilidade das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A presente pesquisa justifica-se pela necessidade de maior qualificação profissional por parte dos profissionais de saúde que atendem as pessoas com deficiência, o que por sua vez, provoca grandes transtornos e ainda, muitas vezes, a inibição pela procura do atendimento pelas pessoas com deficiência.

O objetivo geral da pesquisa foi analisar a acessibilidade e o direito à inclusão das pessoas com deficiência por meio do acolhimento e assistência nas unidades de saúde da atenção primária do Sistema Único de Saúde.

Os objetivos específicos, por sua vez, consistem em analisar a história do Sistema Único de Saúde e os desafios no âmbito de política pública de saúde no Brasil; o modo como são garantidos os direitos das pessoas com deficiência nas Redes de Atenção à Saúde; é verificar as barreiras quanto à inclusão e acessibilidade das pessoas com deficiência nos serviços de saúde pública e; propor soluções capazes de contribuir com a resolução do problema.

Dentre as hipóteses da presente pesquisa, levantada na apresentação do problema da pesquisa, acerca de que maneira o Sistema Único de Saúde (SUS) garante a acessibilidade e a inclusão no atendimento das pessoas com deficiência, chega-se às seguintes hipóteses, que ao final da pesquisa serão confirmadas ou refutadas.

A pesquisa trabalhará com a hipótese principal de que, na maioria das unidades básicas de saúde, não existem condições mínimas de acessibilidade para as pessoas com deficiência. Ainda, não existe também, capacitação dos profissionais responsáveis pelos atendimentos a tais pessoas. Desta forma, tem-se por hipótese geral que a inclusão das pessoas com deficiência não tem sido garantida no que tange a seu direito à saúde.

Os referenciais teóricos que darão pistas da temática são construídos com base nas leituras de artigos e livros dos autores, “Direitos humanos” do autor Fabiano Melo de Oliveira, publicado pela editora Forense no ano de 2016, contendo partes bastante pertinentes sobre as pessoas com deficiência, embasado no Estatuto da Pessoa com Deficiência, abordando a importância da acessibilidade, atenção integral à saúde em todos os níveis de complexidade por intermédio do SUS, pessoa com deficiência e igualdade de condições, e o direito à saúde (OLIVEIRA, 2016).

“Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas” da autora Raphaela Karla de Toledo Solha, publicado pela editora Érica no ano de 2014, e que apresenta temas fundamentais a serem utilizados na presente pesquisa, como a implantação, composição dos princípios e as diretrizes do Sistema Único de

Saúde, além da participação popular e o controle social em Saúde (SOLHA, 2014).
Confirmando tais afirmações:

Como vimos até aqui, o SUS foi resultado de um processo democrático, com forte participação dos movimentos populares. Sendo assim, a participação popular é um dos seus princípios, garantido por lei. A lei no 8.142 determina que a participação popular deve acontecer em fóruns específicos, que são as conferências e os conselhos de saúde (TOLEDO, 2014, p. 26).

“Comentários ao estatuto da pessoa com deficiência”, da autora Flávia Piva Leite, editora Saraiva Jus, publicado em 2019. Esta obra, por sua vez, apresenta vários comentários acerca da defesa do direito e preservação da dignidade dessas pessoas, incluindo uma análise plural, juristas e profissionais de outras áreas, mas dedicados e estudiosos do tema. Ressalta-se da obra, parte importante que contribuiu bastante para a criação dessa pesquisa, acerca dos comentários referentes ao direito à saúde, acessibilidade, a implantação de melhorias na saúde para pessoas com deficiência, conforme propostas aprovadas na III Conferência Nacional do Conselho Nacional da Pessoa com Deficiência (CONADE), que condensou as aspirações e lutas dos movimentos das pessoas com deficiência (LEITE, 2019).

“Direitos humanos, interculturalidade e racionalidade de resistência”, do autor Joaquin Herrera Flores, editora Conselho Editorial Sequência 2002. Discorre-se a obra acerca da teoria crítica e realista de direitos humanos. Esta teoria aborda a racionalidade de resistência como modelo teórico e, assim, visando estabelecer uma nova cultura de direitos humanos (Herrera Flores, 2002).

As leituras dos trabalhos destes autores permitiram a percepção de um viés de análise que procura evidenciar todos os direitos à inclusão e acessibilidade das pessoas com deficiência, tirando por base desde os tempos remotos à nossa atualidade.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, por meio da análise de doutrinas, artigos, legislações, assim como fonte principal o banco de dados disponível no site eletrônico do Ministério da Saúde, artigos e matérias publicadas

em sites e revistas científicas do direito, referentes à saúde e às pessoas com deficiência, analisando formas de garantir acessibilidade e sua efetiva inclusão.

A pesquisa foi dividida em três capítulos. O primeiro capítulo aborda o Sistema Único de Saúde, sua criação, a forma como a saúde era organizada anteriormente e os marcos legais que contribuíram para a construção de uma saúde pública no Brasil.

O marco temporal para a análise é a promulgação da Constituição Federal, em 1988, quando o SUS se tornou o sistema de saúde oficial do povo brasileiro.

No segundo capítulo, a pesquisa analisa o direito à saúde da pessoa com deficiência, analisando os direitos humanos e a dignidade da pessoa humana, no tal ponto de vista que favorecem a desejada efetividade dos direitos humanos.

Logo sem seguida uma breve análise sobre a acessibilidade e a inclusão, e também foram discutidos os Tratados Internacionais que versam sobre Direitos Humanos, e sua incorporação no ordenamento jurídico brasileiro.

Em seguida a Lei 13.146/2015, que garante esses direitos, para que seja garantido a inclusão e acessibilidade no acesso às Redes de Saúde, de forma igualitária e universal, conforme previsto no Plano Nacional de Saúde da pessoa com deficiência (BRASIL, 2015).

No terceiro e último capítulo, descreve a Rede de Atenção Básica garantida por meio do Sistema Único de Saúde, sua criação e funcionalidades para o acesso das pessoas com deficiência, como instrumento de inclusão. Analisa, para tanto, a assistência e acolhimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde.

Dando continuidade, relata a falta de capacitação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde diante do atendimento dessas pessoas. Na sequência, destacam-se alguns exemplos de propostas de melhorias nas Unidades Básicas de Saúde do Sistema Único de Saúde.

Concluindo, a monografia consiste na garantia dos conceitos de direitos à inclusão e acessibilidade, para que haja uma compreensão desses direitos diante das pessoas com deficiência no acesso às Unidades Básicas de Saúde de forma acessível, fazendo valer os princípios e diretrizes dos Sistema Único de Saúde, ressaltando um atendimento e acolhimento digno, eficaz, inclusivo, acessível para as pessoas com deficiência perante o ordenamento jurídico brasileiro.

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O primeiro capítulo da pesquisa aborda o Sistema Único de Saúde (SUS) e as políticas públicas de saúde, sua criação, a forma como a saúde era organizada antes da criação do sistema único e os marcos legais que contribuíram para a construção de uma saúde pública no Brasil e os direitos fundamentais à saúde.

O marco temporal para a análise é a promulgação da Constituição Federal, em 1988. Isto porque, foi por meio da Constituição que o SUS se tornou o sistema de saúde público do povo brasileiro, através das leis, diretrizes e os princípios do Sistema Único de Saúde, além de suas conquistas para promover uma saúde universal e igualitária para todos os cidadãos.

A importância das Políticas públicas no sistema de saúde, com a atuação da sociedade e dos gestores, para tornar uma saúde pública eficiente para o povo brasileiro.

Em seguida, torna-se oportuno analisar o direito fundamental à saúde dentro do ordenamento jurídico brasileiro, mostrando o compromisso e o dever do Estado com a consagração desse direito, o qual interfere diretamente na dignidade da pessoa humana.

2.1 A criação do Sistema Único de Saúde: os principais marcos legais .

Para analisar, avaliar, valorizar e aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde, deve-se entender como era a saúde anteriormente à sua implementação. Neste ponto, trazer a história da reforma sanitária do Brasil é totalmente importante, pois foi nela que o povo brasileiro teve uma de suas maiores conquistas .

Quando o Brasil ainda era colônia, os serviços de saúde eram de responsabilidade dos cirurgiões-mor e dos exércitos de Portugal, sendo assim, quem

respondia por questões de saneamento e prevenção das doenças epidêmicas eram os delegados e os cirurgiões. O saneamento era responsabilidade das autoridades locais e, para que a população pudesse utilizar dos serviços de saúde, deveriam solicitar por meio de cartas (SILVA PIAM, 2009).

Desta forma, em 1543 foram criados os primeiros hospitais e Santa Casas, que forneciam assistência e atendimento apenas para militares e famílias ricas, enquanto os pobres e os indigentes eram de responsabilidade das Caridades Cristãs (SILVA PIAM, 2009).

Com a mudança da família real para o Brasil, no início do século XIX, percebeu-se a necessidade de restabelecer o poder sobre a saúde pública. Então, em 1828, a responsabilidade da saúde pública passou a ser das municipalidades. Ainda, iniciou-se a reforma sanitária durante o Império, por meio da criação da inspetoria geral de higiene e saúde, na qual as ações comunitárias aconteciam por intermédio das Câmaras de Vereadores (SILVA PIAM, 2009).

Diante disso, na República Velha, entre 1889-1930, foram fundadas as organizações dos serviços de saúde, entretanto, a principal crítica dessa época recai sobre a omissão do poder público no que tange aos serviços de saúde. Com o surgimento das epidemias de febre amarela, peste e varíola, perceberam a necessidade de criação de campanhas sanitárias, perante isso, vieram as reformas dos órgãos, que marcaram a saúde pública brasileira, organizada por Oswaldo Cruz. A partir dos movimentos de reforma, percebeu-se a importância do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), de responsabilidade de Carlos Chagas (SILVA PIAM, 2009).

Já na década de 70, a população brasileira entendeu a necessidade de lutar pelas reformas, buscando por liberdade civis, bens coletivos e questões de saúde, a fim de diminuir a desigualdade social, visto que as pessoas de baixa renda não tinham acesso à saúde. Diante disso, começaram os movimentos sanitaristas de forma expressiva, marcados pela resistência social e política. Contudo, pelo que foi abordado na pesquisa até o presente momento, percebe-se que não foi a primeira vez na história brasileira que houve uma significativa politização do debate sobre as condições de saúde (LIMA, GERSCHMAN, EDLER, SUÁREZ, 2005.p.15).

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, por sua vez, estabeleceu grandes mudanças nas políticas de saúde no Brasil e, a partir dela que a saúde passou a ser vista como direito de todos e dever do Estado.

Com isso, a Constituição de 1988 definiu as diretrizes para a implantação do SUS, por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada, regido pelos princípios de descentralização e regionalização, respeitando os princípios de universalidade, integralidade e igualdade firmados na própria Constituição (CONASS, 2011).

Importante marco na formulação dos princípios da reforma sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília, contou com cerca de 5.000 participantes, promovendo debates sobre a saúde e sua implantação, resultando na criação da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90 e 8.142/90, responsável pela criação do SUS (PIAM, 2009). Conforme o Conselho Nacional de Saúde:

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), que tem como compromisso representar a sociedade brasileira na formulação, no acompanhamento e na fiscalização das políticas públicas de saúde, participa deste movimento e trabalha constantemente para que o SUS supere os desafios e continue garantindo o direito à saúde de todos os brasileiros (BRASIL, 2008).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, sistematiza as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei mostra como o território nacional deve executar as ações e os serviços de saúde, de forma isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por cidadãos naturais ou pessoas jurídicas de direito público ou privado (BRASIL, 1990).

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, por sua vez, trata sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências (BRASIL, 1990).

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ficou estabelecido que as Conferências e os Conselhos de Saúde fossem realizados a cada quatro anos, para avaliar a situação de saúde no Brasil e propor diretrizes e formulação de políticas

públicas de saúde, convocados pelo Poder Executivo ou pelo Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990).

O SUS representa uma conquista da sociedade brasileira porque promove a justiça social, com atendimento a todos os indivíduos. Além disso, é o maior sistema público de saúde do mundo, atendendo a cerca de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente do sistema para tratar da saúde (BRASIL, 2008).

2.1.1 Política Pública de Saúde no Brasil

Na primeira metade do século XX, ocorreram fatos importantes no setor da saúde. Em 1904 houve a revolta da vacina, em 1923 a criação de Previdência Social, através da Lei Elói Chaves, depois em 1953 a criação do Ministério da Saúde (MS). Após esses marcos históricos, passamos por um período bastante significativo, diante da VIII Conferência Nacional de Saúde, que reuniu milhares de participantes, representantes de parte das forças políticas e sociais que lutavam por uma reforma efetiva na política de saúde do país (Albuquerque, 2015).

A VIII Conferência Nacional de Saúde percebeu a importância da criação de uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), pelo Ministério da Saúde, que atuaria com legitimidade nas discussões para a elaboração da “Nova” Constituição Federal, de forma a subsidiar os aspectos relacionados à saúde.

Então em 1988, foi promulgada na Constituição Federal, o artigo 203 e 204 no qual prevê assistência social a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social, onde teve um grande resultado nas lutas e nos movimentos sanitaristas (BRASIL, 1988).

Desta forma, o SUS é totalmente embasado em princípios e diretrizes, com isso podemos destacar o artigo 196 que define “a saúde como um direito de todos e dever do Estado”, além do artigo 198 que estabelece a criação do Sistema Único de Saúde. Tanto nesses artigos quanto nos demais, apresentam-se os princípios e as diretrizes do SUS, que foi regulamentado dois anos depois da promulgação da Constituição, pelas já citadas Leis Orgânicas da Saúde, quais sejam: Lei 8.080 e Lei 8.142, ambas de 1990.

O Ministério da Saúde apresenta várias portarias, que complementam o direito à saúde da população, por exemplo, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) nº01/2001; e o Pacto pela Saúde, criado em 2006, que é dividido em três dimensões ou diretrizes: pacto pela Vida; pacto em defesa do SUS; pacto de gestão (BRASIL, 2011).

Conforme Albuquerque (2015), as diretrizes, apesar de serem instrumentos técnicos, são capazes também de influenciar no modo como os sistemas de saúde municipais são planejados e organizados, além do mais, as diretrizes são acompanhadas de recursos financeiros para sua execução. Diante disso, percebe-se que o Sistema Único de Saúde funciona por meio de regras, possuindo nelas, sua legitimidade, ou melhor dizendo, o SUS representa uma expressão política, jurídica e organizacional, enquanto política de Estado para a saúde, e não de governo (ALBUQUERQUE, 2015).

O sistema de saúde do Brasil acaba sendo a expressão mais acabada do esforço do nosso país de garantir o acesso universal de seus cidadãos aos cuidados em saúde que necessitam para ter uma vida mais longa, produtiva e feliz. Mas, para isso, os indicadores de saúde dependem de um conjunto de políticas econômicas e sociais mais amplas (emprego, moradia, saneamento, boa alimentação, educação, segurança etc.), sendo, portanto, indiscutível a importância de uma política de saúde que, para além da universalidade, garanta a equidade, a integralidade e a qualidade do cuidado em saúde prestado aos seus cidadãos (ALBUQUERQUE, 2015).

Para entender essas questões dos indicadores, destacam-se dois pontos importantes, e que, hoje, nas políticas públicas de saúde, têm uma grande importância, mas que representam, entretanto, um grande impasse, qual seja: o do subfinanciamento, das insuficiências da gestão local do SUS, representado pelo fato de que os recursos destinados à operacionalização e ao financiamento do SUS, ficam muito aquém de suas necessidades (SANTOS, 2007).

Para Nelson Rodrigues dos Santos, a variação nominal do PIB não vem acompanhando o crescimento populacional, a inflação na saúde e a incorporação de tecnologias. O governo mantém o financiamento público anual per capita abaixo dos países como Canadá, Argentina entre outros países europeus que são modelos no sistema do SUS. Para quem trabalha na Estratégia da Saúde da Família, tal

insuficiência é sentida, principalmente, quando a oferta para acessar outros níveis de complexidade é bem maior, que os recursos enviados aos municípios, gerando uma demanda bastante alta (SANTOS, 2007).

As insuficiências da gestão local do SUS, também representam um problema de políticas públicas, considerando que a gestão municipal de recursos vem funcionando apenas em parte, devido à falta de recursos. A gestão local é vista como o conjunto de atividades desenvolvidas pelos gestores municipais, visando a operacionalização, no contexto sócio-político-institucional singular, das grandes diretrizes políticas do Sistema Único de Saúde (CECÍLIO et al., 2007).

Mediante esses problemas de má gestão local nos municípios, ocasiona-se uma baixa resolutividade da rede básica de serviços, contribuindo para uma grande espera em serviços, aumento das filas de espera em todo os serviços de média e alta complexidade, encaminhamentos desnecessários, podendo inclusive resultar em uma perigosa poli prescrição medicamentosa, ou mesmo uma confusão no isolamento dos doentes, gerando perda de motivação por parte dos trabalhadores da rede básica.

Para tentar sanar parte destes problemas, o governo brasileiro lançou a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019 denominada “Previne Brasil”. Trata-se de novo modelo de financiamento, que altera algumas formas de repasse das transferências para os municípios, que passam a ser distribuídas com base em três critérios: captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019).

A proposta tem como princípio a estruturação de um modelo de financiamento focado em aumentar o acesso das pessoas aos serviços da Atenção Primária e o vínculo entre população e equipe, com base em mecanismos que induzem à responsabilização dos gestores e dos profissionais pelas pessoas que assistem. O Previne Brasil equilibra valores financeiros per capita referentes à população efetivamente cadastrada nas equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Primária (eAP), com o grau de desempenho assistencial das equipes somado a incentivos específicos, como ampliação do horário de atendimento (Programa Saúde na Hora), equipes de saúde bucal, informatização (Informatizar APS), equipes de

Consultório na Rua, equipes que estão como campo de prática para formação de residentes na APS, entre outros tantos programas (BRASIL, 2019).

Em conclusão, mesmo com esse novo modelo de financiamento, ainda há muito o que melhorar, em especial, no que diz respeito às políticas públicas de incentivo à participação da população, no que destaca a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 expresso no Art. 18:

Art.18 § 1º É assegurada a participação da pessoa com deficiência na elaboração das políticas de saúde a ela destinadas (BRASIL, 2015).

Ainda, deve-se buscar uma atuação mais ativa dos gestores municipais, do controle social, e principalmente da equipe da Escola de Saúde da Família. Estes são os desafios ao se pensar no SUS como política para que suas possibilidades de defesa da vida se tornem realidade para milhões de brasileiros e brasileiras.

2.2 Direito fundamental à saúde

Apesar da previsão desde o Brasil colonial de questões relativas até o século XIX, não havia um direito à saúde regulamentado em lei gerando direito aos cidadãos e obrigação ao Estado.

Apenas na passagem do estado liberal para o social que a saúde ganhou perspectiva de direito, mas foi com a segunda guerra (1939/1945) que a saúde tornou-se um valor universal a ser seguido, assim como a dignidade humana.

Para iniciar uma reflexão acerca da temática da saúde é preciso considerá-la como um direito fundamental do cidadão, estabelecido pela Constituição Federal, promulgada em 1988. Essa reflexão ultrapassou o âmbito acadêmico para ser questionada nos tribunais e na sociedade, dando mais eficácia jurídica para os direitos fundamentais.

A Constituição Federal, que, no Título II, expressa os Direitos e Garantias Fundamentais, abrangendo direitos individuais e coletivos, direitos sociais, direitos da nacionalidade, direitos políticos e regras sobre os partidos políticos. Sobre os direitos sociais, elenca, em rol não taxativo, os mais importantes, no artigo 6º:

Art.6º. São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (BRASIL, 1988).

O reconhecimento dos direitos fundamentais nem sempre é suficiente para que os mesmos possam ser aplicados, pois ainda existe uma enorme desigualdade social tornando-se indispensável ao Estado, a busca pela igualdade material entre as pessoas. Daí entendemos a importância dos direitos sociais, que possuem caráter universal e são destinados à proteção de todos, beneficiando, não apenas os brasileiros, como também os estrangeiros que se encontram em território nacional (DANTAS, 2015, p.402-403).

Os direitos trazidos pelo artigo 6º da Constituição Federal de 1988, exigem dos poderes públicos, na maior parte dos casos, prestações positivas (direitos de promoção ou direitos prestacionais). Isso ocorre através das políticas públicas concretizadoras de certas prerrogativas individuais e/ou coletivas, destinadas a reduzir as desigualdades sociais existentes e a garantir uma existência digna tendo o custo menor e efetividade desses direitos.

Em outros dois dispositivos constitucionais, que serão referidos em outros momentos da pesquisa, verifica-se a preocupação do constituinte com o direito à saúde que, no artigo 196 é expresso enquanto direito de todos e dever do Estado:

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

O artigo 198, por sua vez, sistematiza as ações e serviços públicos de saúde, prevendo a criação do SUS enquanto sistema único de saúde, estabelecendo como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade.

Art.198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
III. Participação da comunidade (BRASIL, 1988)

O preceito inscrito no artigo 196 tem caráter programático, cujos destinatários são todos os entes políticos que constituem no plano institucional a organização federativa do Estado Brasileiro. É um direito que não pode ser convertido numa promessa institucional, implicando no descumprimento do preceito constitucional (MENDES, 2012).

Nas palavras de Gilmar Mendes, à saúde não é apenas o acesso ao tratamento repressivo e aos medicamentos. O direito à saúde é um instituto muito mais amplo e precisa estar relacionado a uma boa alimentação, à assistência social, ao trabalho, à moradia digna, e se torna importante pois é uma questão de cidadania e pertencente à coletividade (MENDES, 2012).

Ainda para o autor, o direito à saúde é um direito público subjetivo capaz de ser exigido do Estado, uma vez que a Constituição prevê que constitui direito de todos e dever do Estado, a partir de um acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (MENDES, 2012).

Diante disso, vale ressaltar que o direito fundamental à saúde faz interface com a bioética e com o direito, sendo um dever positivo do Estado, no sentido de garantir para a sociedade, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio. Sem dúvida, o Estado deve proporcionar esse direito através de políticas públicas e órgãos que visem atender a população, principalmente os mais necessitados.

3 O DIREITO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Neste capítulo são apresentados os direitos humanos e a dignidade da pessoa humana, no tal ponto de vista que favorecem a desejada efetividade dos direitos humanos, e a existência de um traço comum com a dignidade da pessoa humana que estão atreladas, os quais têm caráter universal e deve ser respeitado a todas as pessoas, em qualquer lugar que estejam.

Também serão discutidos os Tratados Internacionais que versam sobre Direitos Humanos, e sua incorporação no ordenamento jurídico brasileiro. Para tanto, será utilizado como objeto de estudo a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, assinada em Nova Iorque.

Importante destacar a Lei 13.146/2015, que garante esses direitos, para que seja garantido a inclusão e acessibilidade no acesso às Redes de Saúde, de forma igualitária e universal, conforme previsto no Plano Nacional de Saúde da pessoa com deficiência.

3.1 Direitos humanos e a dignidade da pessoa humana

Direitos Humanos é o ramo do Direito Internacional Público que tem como base a dignidade da pessoa humana, ou seja, o conjunto de direitos inerentes a todo ser humano, que o protege de tratamentos degradantes e lhe assegura condições mínimas de sobrevivência, independente de raça, cor, credo e opinião política .

Para Carlos Henrique Bezerra Leite, a definição de direitos humanos aponta para uma pluralidade de significados, que se destaca pela chamada concepção contemporânea de direitos humanos, introduzida pelo advento da Declaração Universal de 1948 e reiterada pela Declaração de Direitos Humanos de Viena de 1993. Trata-se de movimento bastante recente na história, surgindo a partir do pós-guerra como resposta às atrocidades e aos horrores cometidos pelo nazismo. Vale dizer, que, a partir deste momento histórico, no âmbito do Direito Internacional, começa a ser delineado o sistema normativo internacional de proteção dos direitos humanos (LEITE, 2011).

Os direitos humanos compõem um construído axiológico, fruto da nossa história, de nosso passado, de nosso presente, a partir de um espaço simbólico de luta e ação social (PIOVESAN, 2021). No dizer de Joaquin Herrera Flores, os direitos humanos compõem a nossa racionalidade de resistência, na medida em que traduzem processos que abrem e consolidam espaços de luta pela dignidade humana (HERRERA FLORES, 2002).

Por intermédio dos direitos humanos, assegura-se o respeito à pessoa humana, e, por consequência, sua existência digna, capaz de propiciar-lhe o desenvolvimento de sua personalidade e de seus potenciais, para que possa alcançar o sentido da sua própria existência. Isso significa conferir liberdade no desenvolvimento próprio (PIOVESAN, 2021).

A dignidade da pessoa humana, como princípio constitucional, aparece prevista no artigo 1º, inciso III, da Carta Magna, constituindo um dos fundamentos da República Federativa do Brasil, o que lhe confere o status de princípio do atual Estado Democrático de Direito.

Além de tudo, não há que se falar em Estado sem a preservação da vida humana, que também está prevista no ordenamento jurídico brasileiro:

Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade (...) (BRASIL, 1988).

A dignidade humana está atrelada aos direitos humanos, os quais têm caráter universal e devem ser respeitados por todos os países. Isso permite afirmar que, juridicamente, à dignidade humana tem positivação reconhecida no âmbito interno e externo, entretanto, não é apenas isso, pois foi possível vislumbrar a sua dimensão histórica, filosófica e teológica, no sentido de que somos obra do Criador (PIOVESAN, 2021).

Os direitos sociais e, especialmente o direito à saúde, estão diretamente relacionados ao princípio da dignidade da pessoa humana. Os encargos ao Estado para promoção destas ações positivas tem por finalidade buscar essa igualdade material, mesmo diante das conhecidas dificuldades (BARROSO, 2009).

O artigo 10 da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, prevê os princípios da Igualdade, Justiça e Eqüidade. Nesses princípios, existe uma igualdade fundamental entre todos os seres humanos em termos de dignidade e de direitos, devendo ser tratados de forma justa e equitativa (TAPAJÓS; PRADO, 2006).

3.2 Tratado de Nova Iorque e sua incorporação no ordenamento jurídico brasileiro

O direito internacional torna-se uma atual autoridade mundial, isso ocorreu através dos tratados internacionais, pois funcionam como base normativa do sistema internacional e como fontes do direito internacional e interno. Os tratados internacionais são hoje a principal fonte de obrigação do direito internacional.

Através do movimento de internacionalização dos direitos humanos, o princípio da dignidade da pessoa humana se desenvolveu, tanto na ordem internacional, como na ordem nacional dos países, surgindo o direito internacional dos direitos humanos e o direito constitucional internacional. Estes sistemas buscam, prioritariamente, a proteção eficaz e completa dos direitos fundamentais e dos direitos humanos (PIOVESAN, 2021).

Conforme expressa Flávia Piovesan, as Ligas da Nações Unidas começaram após a primeira guerra mundial, com a finalidade de promoverem a cooperação, a paz e a segurança internacional, com isso, a Organização Internacional do Trabalho (International Labour Organization), veio para assegurar parâmetros globais mínimos para as condições de trabalho; e o Direito Humanitário, no intuito de proteger os direitos fundamentais em situações de conflitos armados (PIOVESAN, 2021).

De acordo com a Constituição Federal, artigo 5º, §1: “as normas definidoras dos direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata”. Segundo Flávia Piovesan, “os tratados internacionais de direitos humanos têm por objeto justamente a definição de direitos e garantias, conclui-se que tais normas merecem aplicação imediata (PIOVESAN, 2021).

Desta forma, os tratados tornaram-se automaticamente a incorporação dos direitos humanos pelo ordenamento jurídico brasileiro, ou seja, não há mais a necessidade de um ato jurídico complementar para que o tratado seja implantado.

Destaca ainda Flávia Piovesan (2021), que os tratados internacionais de direitos humanos aprovados pelo Brasil podem ser imediatamente aplicados pelo Poder Judiciário brasileiro, com status de norma constitucional, emancipando, assim, a promulgação e publicação no Diário Oficial da União e de serem aprovados de acordo com o quorum qualificado previsto no artigo 5º, §3º da Constituição Federal, incorporado pela Emenda Constitucional nº 45 de 2004, nos seguintes termos:

Art. 5º §3º Os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros, serão equivalentes às emendas constitucionais (BRASIL, 1988).

O direito brasileiro faz opção por um sistema misto, que combina regimes jurídicos diferenciados, sendo um regime aplicável aos tratados de direitos humanos e outro aplicável aos tratados tradicionais. Aos tratados Internacionais é reconhecido como a proteção dos direitos humanos por força do art. 5º, § 2º, que apresentam natureza de norma constitucional, os demais tratados internacionais apresentam natureza infraconstitucional (PIOVESAN, 2021).

Segundo exposto no Art 5º, § 2º da Constituição Federal:

Art 5º, §2, CF – Os direitos e garantias expressos nesta Constituição não excluem outros decorrentes do regime e dos princípios por ela adotados, ou dos tratados internacionais em que a República Federativa do Brasil seja parte (BRASIL, 1988).

Neste contexto, a inclusão do parágrafo 3º ao artigo 5º da Constituição Federal de 1988, objetiva responder aos questionamentos doutrinários e jurisprudenciais concernentes à hierarquia dos tratados internacionais de proteção dos direitos humanos (PIOVESAN, 2021).

Até o presente momento, alguns tratados internacionais de direitos humanos foram ratificados de acordo com o procedimento previsto no art. 5º, §3º da CF sendo eles: a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007

mediante o Decreto nº 6.949, de 25.8.2009 (BRASIL, 2009), e o Tratado de Marraqueche para Facilitar o Acesso a Obras Publicadas às Pessoas Cegas, com Deficiência Visual ou com outras Dificuldades para Ter Acesso ao Texto Impresso, concluído no âmbito da Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI), celebrado em Marraqueche, em 28 de junho de 2013, e que foi incorporado ao direito brasileiro por meio do Decreto Legislativo nº 261, de 25.11.2015 (BRASIL, 2015).

3.3 Pessoas com deficiência: acessibilidade e inclusão social

Para melhor compreensão do direito à saúde da pessoa com deficiência, a pesquisa promoverá uma breve análise da história e da luta dos movimentos enfrentados por estas pessoas.

Acerca dos relatos da história dos povos antigos, releva-se que os hebreus enxergavam a deficiência tanto em pessoas como animais, como uma abominação, muito por associar a questão “imagem e semelhança de Deus”, assim isolando e sacrificando o que não se identificassem com essa imagem (PLATT, 1999).

Entre 1530 a 1815, nomeado como período Colonial no Brasil, as pessoas com deficiências eram isoladas e excluídas socialmente, ou confinadas pela família, ou em caso de desordem pública recolhidas pelas santas casas ou prisões. As pessoas que tinham doenças como hanseníase eram, isoladas nos hospitais, como por exemplos Hospital dos Lázaros, fundado em 1741, com isso, essas pessoas eram denominada como “leprosas”, “insuportáveis”, por terem uma doença que não tinha tratamento adequado. Como consequência da falta de tratamento, possuíam lesões no corpo, úlceras e deformidades e com isso a sociedade e os familiares as excluíam do convívio com a sociedade (LANNA JUNIOR, 2010).

Segundo Mário Cléber Martins Lanna Júnior (2010), já no século XIX o país começou os primeiros passos para a independência e, com isso, tiveram início as primeiras ações para atender pessoas com deficiência. Um período marcado pela sociedade aristocrática, elitista, rural, escravocrata e com limitação a exercer os

seus direitos na política, perante isso era totalmente difícil assimilar a diferença das pessoas e principalmente das pessoas com deficiência (LANNA JÚNIOR, 2010).

Em 1841 começou a criação do primeiro hospital destinado privativamente para tratamento de estrangeiros, como era referenciado o hospício Dom Pedro II, vinculados à Santa Casa de Misericórdia no Rio de Janeiro. Porém, no século XIX, só os cegos e surdos eram beneficiados com ações de tratamento e educação, virando o século XX tudo permaneceu como era e, o Estado não promoveu novas ações para essas pessoas (LANNA JUNIOR, 2010).

A sociedade civil percebeu que o Estado atendia apenas uma minoria e com isso criava um grande déficit de assistência, e começou a criar organizações voltadas para a educação e saúde da população em geral. Assim surgiu a “Sociedade Pestalozzi” em 1932 e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), 1954, representando enorme avanço para a época (LANNA JUNIOR, 2010).

A partir daí, as pessoas com deficiência começaram a ter alguns de seus direitos e deveres garantidos, de forma a promover uma maior inclusão na sociedade. Nesse sentido, foi criada em 1986, a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), responsável pela Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e, em 1999, surgiu o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade) em 2006, no contexto da Declaração Universal dos Direitos Humanos, reunindo familiares e ativistas para lutar pelos direitos e inclusão social destas pessoas (MAIOR, 2017).

Segundo Maior (2017), a definição de diversidade humana, igualdade de direitos e respeito às diferenças caracterizam o paradigma dos direitos humanos, modelo que assegura às pessoas com deficiência, dignidade, autonomia e direito de fazer suas escolhas (MAIOR, 2017).

De acordo com os últimos dados levantados pelo Censo em 2019, através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), pelo menos 45 milhões de pessoas têm algum tipo de deficiência, sendo que este número corresponde a quase 25% da população do país. Assim, compreendemos a quantidade de pessoas com deficiência que hoje dependem de alguma forma do Sistema Único de Saúde, de forma que torna a acessibilidade nas unidades de saúde um dos principais elementos para a inclusão das pessoas com deficiência (IBGE, 2019).

A acessibilidade é tratada nas Leis 10.048/2000 e 10.098/2000 e no Decreto 5296/2004, que regulamentam a prioridade de atendimento às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida (idosos, gestantes) e estabelece normas para a promoção da acessibilidade. Esse decreto é o mais conhecido entre as pessoas com deficiência porque disciplina as condições que impactam sua vida cotidiana. O decreto trata da acessibilidade amplamente: acesso aos espaços públicos e edificações, moradias, bens culturais imóveis, todos os modais de transportes coletivos e terminais de embarque e desembarque (MAIOR, 2017 p. 33).

Face ao exposto, percebe-se a importância da acessibilidade que vai além de diminuir as desvantagens sociais, mas busca também, garantir o acesso da pessoa com deficiência aos demais direitos que lhe cabem. Acessibilidade é a porta de entrada aos direitos dessas pessoas, sendo que ela em si já é um direito (BRASIL, 2013).

A acessibilidade é mais do que construir rampas. O preconceito e a discriminação limitam esse direito, impondo às pessoas com deficiência conviver com as limitações impostas pela sociedade. Por exemplo, estas pessoas sofrem a influência das características organizacionais das unidades de saúde. O SUS cumpre um papel utópico ao tentar preencher lacunas de acessibilidade. A inacessibilidade aos serviços de saúde é considerada um problema ético que precisa da efetividade do SUS e não somente atenção (BEZERRA, 2007).

É por meio da acessibilidade que a pessoa com deficiência vai garantir autonomia, eliminando barreiras que as impedem de ser incluídas a serviços de saúde e grupos. Por efeito disso, no dia a dia, os mesmos pode se deparar com inúmeros empecilhos que, por direito, não deveriam existir, tais como: falta de acessibilidade nas construções da estrutura das Unidades de saúde e Urgência de Pronto Atendimento (UPA), falta de transporte que forneça o deslocamento da comunidade para outros hospitais, despreparo dos profissionais diante das condições especiais a serem adotadas, desinformação, e até mesmo a existência de barreiras atitudinais, causadas pelo comportamento de outras pessoas e que dificultam a integração ou igualdade de condição.

Importante ressaltar que, conforme Constituição Federal, em seu artigo 3º, constituem objetivos fundamentais da República, a construção de uma sociedade

solidária e a promoção do bem de todos, sem preconceitos ou quaisquer formas de discriminação.

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II - garantir o desenvolvimento nacional;

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (BRASIL, 1988).

Em vista disso, Amaral expressa que, quanto mais essa população estiver num ambiente que lhe restringe a mobilidade e acessibilidade maior a dificuldade para conseguir vida plena e autônoma (AMARAL, 2012).

A acessibilidade é um via de acesso à cidadania, que vem sendo negada a essas pessoas, para que eles tenham respeitados seu direito fundamental à dignidade da pessoa humana, por meio de serviços de assistência e acolhimento, que atendam suas necessidades, em conexão com a inclusão social.

3.3.1 O direito à saúde das pessoas com deficiência perante a Lei nº 13.146/2015

A inclusão e a acessibilidade ainda representam lutas pela igualdade de classes, tendo como objetivo assegurar às pessoas com deficiência os mesmos direitos inerentes que qualquer pessoa, isso consiste como dever do Estado, promover o bem estar de todos, buscando erradicar os preconceitos, além de quaisquer tipos e formas de discriminação (BEZERRA, 2007).

Com base neste fundamento, foi editada a Lei 13.146 de 2015, conhecida por Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência ou Estatuto da Pessoa com Deficiência. Antes, a Lei nº10.098, de 2000 já estabelecia normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, além de outras providências.

A necessidade pela igualdade de direitos e melhoria na qualidade de vida das pessoas com deficiência, nada mais é que proteção estatal no âmbito privado,

procurando efetivar sua atuação e autonomia em conformidade com o artigo 18, §2º da Lei nº 13.146/2015 de 6 de julho de 2015:

Art.18 § 2º É assegurado atendimento segundo normas éticas e técnicas, que regulamentarão a atuação dos profissionais de saúde e contemplarão aspectos relacionados aos direitos e às especificidades da pessoa com deficiência, incluindo temas como sua dignidade e autonomia (BRASIL, 2015).

A pesquisa aqui desenvolvida, tem por delimitação a atuação do poder público frente ao processo de acessibilidade das pessoas com deficiência, nas Unidades Básicas de Saúde do município de Inhumas-GO, com enfoque nos princípios de igualdade de direitos e equidade de acesso, presentes na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196:

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

A Constituição Federal, portanto, instituiu as Unidades Básicas de Saúde como fontes primárias de atendimento, estabelecendo diretrizes para a primeira análise do tratamento adequado. Assim, vale ressaltar que o acesso também deve ser incluído como prioridade, afastando qualquer dificuldade ou restrição ao acesso da saúde, conforme disposto no artigo 25 da Lei nº 13.146 de 2015.

Art. 25. Os espaços dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, devem assegurar o acesso da pessoa com deficiência, em conformidade com a legislação em vigor, mediante a remoção de barreiras, por meio de projetos arquitetônico, de ambientação de interior e de comunicação que atendam às especificidades das pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e mental (BRASIL, 2015).

Ainda, os direitos e deveres dos usuários dos serviços de saúde, de responsabilidade do Ministério da Saúde, asseguram o acesso aos serviços em local próximo a residência, para possibilitar maior conforto e garantir que a assistência seja de forma continuada, com acompanhamento do planejamento familiar, estruturando e melhorando os serviços prestados pelo Município, conforme exposto no artigo 2º, §1º, da Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.

§ 1º O acesso será preferencialmente nos serviços de Atenção Básica integrados por centros de saúde, postos de saúde, unidades de saúde da família e unidades básicas de saúde ou similares mais próximos de sua casa (BRASIL, 2009).

Nesse sentido, a Lei nº13.146 de 2015, no artigo 18, §4º, dispõe, de forma mais atualizada, acerca do atendimento domiciliar das pessoas com deficiência.

(...) § 4º As ações e os serviços de saúde pública destinados à pessoa com deficiência devem assegurar:

I - diagnóstico e intervenção precoces, realizados por equipe multidisciplinar;

II - serviços de habilitação e de reabilitação sempre que necessários, para qualquer tipo de deficiência, inclusive para a manutenção da melhor condição de saúde e qualidade de vida;

III - atendimento domiciliar multidisciplinar, tratamento ambulatorial e internação;

IV - campanhas de vacinação;

V - atendimento psicológico, inclusive para seus familiares e atendentes pessoais (BRASIL, 2015).

A acessibilidade tem duas dimensões: geográfica e sócio-organizacional que são principais no acesso aos serviços de saúde. A dimensão geográfica diz respeito à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços de saúde, numa análise de tempo e econômica, atendendo as normas de acessibilidade da ABNT, NBR 9050, de 11.09.2015 (ABNT, 2015).

Já a dimensão sócio-organizacional diz respeito a todos os outros aspectos envolvidos que podem dificultar ou facilitar o acesso aos serviços de saúde. Portanto a acessibilidade é a possibilidade das pessoas utilizarem de todos os serviços, disponíveis de acordo com suas necessidades, em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2008).

Em conclusão, os direitos humanos, e baseados no princípios da dignidade humana, que devem ser consideradas em primeiro plano, assim será compreendida como autonomia para as pessoas com deficiência, dando a eles a liberdade, e o crescimento moral, fazendo necessários à garantia ao respeito e às diferenças dos indivíduos, exigindo que as pessoas estejam no centro das decisões que lhe afetem, que a igualdade, intrínseca a todo ser humano, inclua a deficiência.

Neste sentido, se faz necessário destacar, com status de Emenda Constitucional perante o ordenamento jurídico brasileiro, o Tratado de Nova Iorque,

que promove a dignidade e assegura o exercício pleno dos direitos humanos por todas as pessoas com deficiência; e o Tratado de Marraqueche, que objetiva facilitar o acesso dessas pessoas.

Os direitos fundamentais, tornou-se extremamente importante para as pessoas com deficiência, por tratarem de direitos que protegem as minorias contra as maiorias, constituindo elemento essencial da democracia. As minorias tratadas aqui devem ser entendidas enquanto grupos vulneráveis no que diz respeito à eficácia dos direitos fundamentais que lhes são garantidos.

Com isso, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146 /2015), trazendo um novo conceito sobre as pessoas com deficiência, no sentido de que não se deve tolerar qualquer diferenciação, exclusão ou restrição, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

É importante garantir efetivamente o direito à acessibilidade, inclusão para que as pessoas com deficiência tenham todo e qualquer meio para que possam se e se incluir nas Unidades Básicas de Saúde de forma autônoma.

4 A REDE DE ATENÇÃO BÁSICA E A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO SUS

O capítulo terceiro discorre sobre a Rede de Atenção Básica garantida por meio do Sistema Único de Saúde, sua criação e funcionalidades para o acesso das pessoas com deficiência, analisando a inclusão e acessibilidade na assistência e acolhimento das Unidades Básicas de Saúde e em todo o núcleo que compõem as Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Analisa ainda a atuação e capacitação dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde diante da assistência perante as pessoas com deficiência.

Sendo assim, buscou demonstrar a falta de efetividade do direito à saúde das pessoas com deficiência, apresentando pontos de melhorias nas Unidades Básicas de Saúde e todos os serviços e profissionais que estão ligados à Atenção Primária.

4.1 Redes de Atenção à Saúde no SUS

Nas palavras de Battesini (2018), “Rede” nos apresenta múltiplas definições, que, no âmbito dos serviços de saúde, caracteriza a junção funcional entre os estabelecimentos prestadores de saúde de distintas naturezas, além da garantia de uma organização hierárquica, traçando uma referência de forma geográfica comum, normas operacionais e sistemas de informações para a saúde (BATTESINI., et al, 2018).

O Brasil determinou que a organização da assistência dentro do Sistema Único de Saúde seria formada pelas Redes, visando a construção de sistema integrados, apresentando uma nova lógica de gestão e organização dos serviços e facilitando no processo territorial. Em 2000 foi instituído por normas federais, o mecanismo de Sistema Integrados de Saúde, com intuito de regionalizar, através da RAS, os atendimentos fornecidos para as comunidades (VIANA, et al, 2018).

Diante dessa estrutura organizacional, passou a garantir uma possibilidade de ampliação de acesso aos usuários desses serviços próximos a suas residências (BATTESINI, et al, 2018).

Conforme Mendes nos apresenta, a Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada do SUS de maior acessibilidade. A Organização Mundial de Saúde, reputa que o sistema contém cinco modalidades de integrações sendo elas: intervenções preventivas e curativas, espaços de integração de vários serviços, atenção contínua, vinculação de políticas de saúde e gestão, trabalho intersetorial (MENDES, 2011).

Nesse contexto, vale ressaltar que, dentro das redes, houve a implantação da Estratégia da Saúde da Família (ESF) nas UBS, na qual a Política Nacional da Saúde (APS), prioriza seus princípios e diretrizes, por meio de prevenção de doenças, diagnósticos e tratamentos oportunos, reabilitação e cuidados paliativos (MENDES, 2011).

Baseado no princípio da universalidade, que visa garantir o acesso universal a todos os cidadãos, todos possuem os mesmos direitos à saúde, por meio da

equidade, integralidade, pois o homem é um ser biopsicossocial e, para atendê-lo, é preciso ter uma visão geral (BRASIL, 1998).

Esse atendimento é prestado pelos profissionais de saúde que compõem a ESF (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentista e auxiliares de consultório dentário) seja na Unidade Básica ou no domicílio do usuário (BRASIL, 2006).

A partir disso, a saúde passa a ser compreendida como uma esfera de pluralidade de demandas como saúde, educação, saneamento, vacinação, nutrição entre outros, garantido a todos os cidadãos uma vida saudável, seja ele de baixa renda ou não, que procure as Redes de Atenção à Saúde (VIANA, et al, 2018).

Sobre o tema, destaca-se ainda a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Desta forma a Atenção Integral à Saúde nos apresenta a diretriz de responsabilidade direta do Sistema Único de Saúde e sua rede de unidades, voltada aos cuidados que devem ser dispensados às pessoas com deficiência, assegurando acesso às ações básicas e de maior complexidade; à reabilitação e demais procedimentos que se fizerem necessários, e ao recebimento de tecnologias assistivas (PNS, 2010. p9).

Já na lei nº 8.080 de 1990, o conceito de integralidade ganha mais amplitude, remetendo à possibilidade de acesso a todos os níveis do sistema, e ainda, à integração de ações preventivas e curativas, no dia a dia dos cuidados realizados nos serviços de saúde (BRASIL,1990).

Para a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011), a integralidade é também a integração da demanda espontânea e programada dos serviços de saúde, como também a mescla de atividades clínicas e de campo na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2011).

Para que seja eficaz a Atenção Primária de Saúde, foi criado, como forma de expandir o conceito de integralidade, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), através de equipes multiprofissionais, contando com psiquiatras, homeopatas, pediatras, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, educadores físicos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais e sanitaristas, entre outros. (PNS, 2010).

Diante do exposto, percebe-se a essencialidade do cuidado da integralidade na atenção primária do SUS, valorizando a promoção da saúde que resgata o ser humano como foco das práticas de saúde.

4.1.1 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Através da Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência realizada em 2006, a Organização das Nações Unidas (ONU) dispôs que “pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interações com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas” (ONU, 2006).

Os impedimentos, sejam eles físicos, mentais, intelectuais ou sensoriais, passam por um processo de interação com as barreiras sociais, o que caracteriza a deficiência, exigindo cuidados específicos e direitos à atenção à saúde garantidos (MAIA, 2013).

Com a necessidade de orientar as ações desenvolvidas pela equipe de saúde a nível de atenção primária, a Política Nacional da Atenção Básica foi criada em 2011 e reformulada em 2017, cuja responsabilidade é a de implantar e implementar a participação da comunidade, além de orientar as ações da Atenção Básica (AB) no âmbito individual e coletivo para a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (BRASIL, 2017).

Todas estas ações devem ser desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e da gestão qualificada, realizadas com equipe multiprofissional e dirigidas a populações em território definido, sobre as quais as equipes assumem a responsabilidade sanitária. Essas atividades devem ser realizadas na Rede de Atenção à Saúde (RAS), orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2017).

O Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD), por meio da Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, que consiste em uma rede prioritária, estabelecendo normas para o cuidado das pessoas com deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à

saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua, no âmbito do SUS (BRASIL, 2012).

Os constituintes básicos da constituição da RCPD são: a Atenção Básica; a Atenção Especializada em Reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências; a Atenção hospitalar e de urgência e emergência, que apresenta articulação entre si, visando garantir a integralidade do cuidado e o acesso aos pontos de atenção e ou serviços de apoio, garantindo a equidade na atenção aos usuários (BRASIL, 2013).

Como proposta de melhorias para a RCPD destacam-se: a ampliação de acesso aos centros especializados em reabilitação (CERs); a ampliação de oferta de órteses e próteses; a ampliação da atenção odontológica; a ampliação da triagem neonatal e a elaboração e publicação de diretrizes terapêuticas (BRASIL, 2014).

Contudo, necessário se fazia assegurar incentivos financeiros para o componente Atenção Especializada da rede de cuidado às pessoas com deficiência aos Estados, Municípios e Distrito Federal, o que foi feito através da Portaria 835, de 25 de abril de 2012/MS, por meio da qual restou estabelecido que cada instituição envolvida no processo deveria apresentar projetos físicos de construção e de ampliação e ou de reforma, seguindo as regras sanitárias definidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Em suma, a rede de cuidados da pessoa com deficiência, portanto, é composta de diversos órgãos, vinculados ao Ministério da Saúde dando suporte e apoio para o atendimento e acolhimento da comunidade.

4.1.2 Atuação e conhecimento dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde diante da assistência às Pessoas com Deficiência

A Atenção Básica consiste na porta de entrada do Sistema Único de Saúde para todos os usuários. A Estratégia Saúde da Família (ESF) favorece o acesso à assistência à saúde, sendo essencial para a consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

O acesso às ESF, como em todos os espaços arquitetônicos e urbanísticos, deve envolver condições para que as pessoas com deficiência, de modo a atender com equidade todos os cidadãos (BRASIL, 2008).

A atenção à saúde das pessoas com deficiência (PCD) diferencia-se entre aquilo que é proposto e o que realmente é aplicado na prática nos serviços de saúde. A partir disso, percebe-se que os profissionais não estão preparados para atender integralmente às necessidades de saúde desse público, resultando em dificuldades para a prática da inclusão social e da acessibilidade (BEZERRA; SILVA; MAIA, 2015; MAIA et al., 2009).

Desta forma, entende-se a necessidade de estabelecer estratégias que envolvam a família, a comunidade, os serviços e os profissionais da saúde, como fortalecimento das buscas por meios de integrar a assistência às necessidades dos mesmo.

Trazer a autonomia a ressocialização significa refletir sobre a qualidade de vida, assistência à saúde da PcD e como estas impactam na vida desses usuários.

Mesmo considerando os avanços da ciência, os sistemas de informação e tecnologias de dados são incompletos, fazendo com que dados, informações sobre a condição de saúde dos PCDS sejam ineficazes (ARAÚJO, et al., 2018; SOUZA & CRUZ, 2021).

A atuação dos profissionais na atenção básica é muito complexa, pois de um lado está a intenção em prestar um atendimento igualitário e holístico e do outro a carência de suporte para essa demanda que encontra bastante dificuldade em seus atendimentos (BEZERRA; SILVA; MAIA, 2015; MAIA et al., 2009).

Os serviços de APS, especificamente do mais capilarizado que é a Estratégia Saúde da Família (ESF), têm a atribuição de enfatizar as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e danos para a população delimitada em um território. Entretanto, os profissionais de saúde não conseguem oferecer adequadamente os serviços que carreguem valiosos esclarecimentos sobre a acessibilidade, a adequação dos ambientes, a programas de reabilitação, a protetização, entre outras informações relevantes para as pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida (BRASIL, 2008).

A qualificação profissional e a carência de profissionais nos serviços de saúde, somam-se aos inúmeros desafios. Muitos serviços ainda necessitam da contratação de mais profissionais e da realização de capacitação permanente destes, para que atendam de maneira inclusiva, respeitando as limitações das pessoas com deficiências (BATISTA, 2011).

4.2 Propostas de solução

De acordo com as estatísticas da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, 8,4% da população brasileira acima de 2 anos – o que representa 17,3 milhões de pessoas – têm algum tipo de deficiência. Quase metade dessa parcela (49,4%) é de idosos (PNS, 2019).

Esses dados justificam a relevância de melhorias, inclusão e acessibilidade no acolhimento dessas pessoas na Rede de Atenção Básica.

As pessoas com deficiência, de certa forma, possuem sua autodeterminação limitada, em parte pela vulnerabilidade que as acompanha, portanto, a pesquisa busca contribuir na superação dessa lacuna, garantindo a tais indivíduos sua autonomia, sobretudo no que tange à sua própria saúde, é um desafio que a saúde pública vem enfrentando.

Os resultados dos artigos evidenciaram a ausência de políticas públicas voltadas para a capacitação de profissionais, informações, infraestrutura das UBS, e atenção aos cuidadores e aos cuidados desses indivíduos. Esses cuidadores na maioria das vezes são seus próprios familiares e, devido ao fato de o cuidador não possuir destaque na saúde pública, faz-se necessário que haja uma amplificação e participação na estratégia de atendimento, de forma a capacitar este familiar, para que o cuidado dia a dia dessas pessoas se torne eficaz (CÂMARA et al., 2016).

Conforme Wiegand (et al. 2019), para colaboração de melhorias para as Unidades de Saúde chegou-se a tal resultado da seguinte maneira: a) preparação profissional para o atendimento de pacientes com deficiência; b) barreiras à acessibilidade; c) comunicação entre paciente com deficiência e médico/equipe; d) dupla vulnerabilidade da mulher com deficiência; e) projetos e programas para os PCD.

Os profissionais de saúde, devido à sua pluralidade, podem e devem aprimorar o atendimento prestado às pessoas com deficiência, pois as ações devem ser multiprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais, para que sejam possíveis respostas mais efetivas às necessidades de saúde das pessoas.

Com essa preparação do profissional, ele poderá averiguar a necessidade do familiar nas consultas médicas, pois a presença de familiares durante o atendimento dos pacientes com deficiência, é indicada como uma estratégia para reduzir erros diagnósticos de tratamento, contudo, podem afastar o diálogo direto com os pacientes, o que traz implicações ao processo assistencial, uma vez que dificultam o empoderamento do indivíduo para tomar suas próprias decisões e usufruir os seus direitos de cidadania (WIEGAND, et al. 2019).

O profissional deve olhar globalmente seu paciente, preocupando-se com o impacto das informações para este e para sua família. Por se tratar de um momento extremamente importante para a manutenção posterior do tratamento e para o estabelecimento do vínculo família-paciente-equipe de saúde, é necessário que a formação profissional na área da saúde contemple a visão global do indivíduo.

Desta forma, conforme Vilela e Mendes (2003), os programas de formação dos profissionais de saúde, devem passar por uma revisão de forma que sejam trabalhados os conceitos de equidade, acesso universal e qualidade no atendimento. Ressaltando que não se pode mais aceitar o bom desempenho técnico sem que ele esteja vinculado à cidadania e à ampla visão da realidade no contexto em que se atuará.

As barreiras à acessibilidade são classificadas como a liberdade de movimento e expressão, comunicação, acesso à informação e à compreensão. São ainda classificadas em urbanísticas, arquitetônicas, nos transportes, nas comunicações, atitudinais e tecnológicas. Desta forma são necessárias melhorias nas vagas em estacionamento, cadeiras de rodas nos serviços de saúde, adequação dos equipamentos nos consultórios odontológicos, adequação nos sanitários destinados aos pacientes com deficiência, dentre várias outras melhorias. Ainda, o acesso das pessoas que moram no campo é mais dificultado, pois vivem em desvantagem maior no que tange ao número de profissionais disponíveis para o

atendimento no campo, ao não conhecimento a respeito das deficiências e à falta de transporte público acessível devido às distâncias (CARVALHO, 2016).

Há que se observar ainda, a dupla vulnerabilidade da mulher com deficiência na atenção à saúde ginecológica, pois não permite a promoção da capacidade de autocuidado das usuárias e nas tomadas de decisões, verificando-se barreiras com relação à estrutura de clínicas e hospitais; ao espaço físico do consultório para trocar de roupa e se movimentar com cadeira de rodas, por exemplo; aos equipamentos que não são ajustáveis; à localização, pois mulheres residentes em locais mais afastados não chegam aos grandes centros para o atendimento médico. Com base no Estatuto da Pessoa com Deficiência, em seu artigo 5º (10), reconhece a importância em se proteger a mulher de forma diferenciada, por considerá-la como especialmente vulnerável (CARVALHO, 2014).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, enfrenta grandes desafios para implementação de promoção, ações de prevenção e estratégias em saúde pública, no que diz respeito ao custeio e habilitação. Esses dispositivos acabam não sendo executados, e com isso as redes de cuidados tornam-se falhas (OLIVEIRA E GARCIA, 2017) .

Em conclusão, percebe-se a importância da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e suas estratégias para tornar acessível e inclusivo, como também a importância do financiamento em prol dessas pessoas.

A atenção à pessoa com deficiência foi instituída pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 , para a garantia da equidade na atenção à pessoa com deficiência (BRASIL, 2012a). Já o incentivo financeiro para o Componente de Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, está previsto na Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012. Essas duas leis nos mostram a clareza da importância 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 (SUS) (BRASIL, 2012a).

Em suma, para que faça valer o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite, cuja finalidade, conforme já analisado na presente monografia, é a de promover, por meio da integração e articulação de

políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência (BRASIL, 2011a), faz-se necessário que todas ações programáticas e estratégias apontadas a seguir saiam do papel e sejam efetivamente executadas:

I - Promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências.

II - Desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta.

III - Ampliar a oferta de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção (OPM).

IV - Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social.

V - Promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde.

VI - Desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil.

VII - Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais.

VIII - Regular e organizar as demandas e os custos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

IX - Construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Em concordância com Oliveira e Garcia (2017), a implementação de uma Rede de Atenção à Saúde na assistenciais aos PCD's enfrenta grandes desafios e, para que tenhamos mudanças, os seguintes objetivos precisam ser corrigidos:

à criação de cultura e de práticas de trabalho em rede; o planejamento territorial; financiamento e capacidade gestora insuficiente; pouca intervenção das práticas assistenciais; descumprimento de acordos; contratualização com poucos estabelecimentos das redes e ausência de metas de qualidade e segurança do paciente; educação permanente dos trabalhadores; qualificação do cuidado em todos os níveis; monitoramento e avaliação dos resultados; grupos condutores das redes que não exercem papel de articulador, interlocutor, negociador, avaliador é responsável pela tomada de decisão (OLIVEIRA E GARCIA, 2017).

Entretanto, para que a pessoa com deficiência alcance a plena participação na sociedade e tenha seus direitos garantidos na saúde pública, é necessário que as políticas públicas e programas de inclusão façam cumprir as normas e legislações que assegurem os seus direitos e a proteção social (OLIVEIRA E GARCIA, 2017).

Concluindo, para promoção da justiça e da equidade desse grupo vulnerável que experimenta a desigualdade no SUS, depende de alguns fatores, tais como a adoção de medidas legislativas que reconhecem os seus direitos fundamentais, a valorização dos direitos humanos e a conscientização social sobre a importância da acessibilidade, inclusão e do tratamento justo e adequado para essas pessoas.

Desta maneira, visa a presente pesquisa, tornar o serviço público de saúde mais inclusivo, fortalecendo os valores democráticos e contribuindo para um sistema cada vez mais universal, equitativo e igualitário.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada teve como proposta apresentar os valores da universalidade, equidade, acessibilidade e, especialmente, da inclusão no Sistema Único de Saúde. Para tanto, analisou a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, que se fundamenta na Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, lei 13.146 de 2015.

A referida lei apresenta novas concepções a respeito das pessoas com deficiência, inclusive no que se refere aos serviços de saúde, no sentido de que não se deve tolerar qualquer diferenciação, exclusão ou restrição no atendimento e acolhimento, em especial, nas Unidades Básicas de Saúde.

Sobretudo, ao buscar aprofundar os conhecimentos acerca do direito à saúde da pessoa com deficiência, o trabalho se deparou com uma realidade inquietante e ao mesmo tempo reveladora, visto que diante de tantas desigualdades, discriminação, o debate acerca da temática em questão, apesar dos avanços já conquistados, ainda tem um longo caminho a percorrer.

Neste sentido, a pesquisa apresentou um breve resgate histórico dos principais acontecimentos e iniciativas que marcaram a história do Sistema Único de Saúde, em especial a promulgação da Constituição Federal, em 1988. Isto porque, foi por meio da Constituição que o SUS se tornou o sistema de saúde público do povo brasileiro, representando uma conquista da sociedade ao promover a justiça social, com atendimento a todos os indivíduos de forma universal, integral e equânime.

Ainda, a Constituição Federal apresenta outros conceitos que servem de base para a saúde, sendo direito fundamental do cidadão, conforme previsto no artigo 6º, o direito à saúde, junto aos direitos à educação, alimentação, trabalho, moradia, transporte, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, e, por fim, a assistência aos desamparados (BRASIL, 1988).

Diante disso, o problema principal da pesquisa é o direito à saúde da pessoa com deficiência, baseados no princípio da dignidade humana, dando aos indivíduos a liberdade, dignidade e a fraternidade como autonomia, no sentido do crescimento moral do sujeito, de forma a garantir o respeito às diferenças dos indivíduos, exigindo que as pessoas estejam no centro das decisões.

A inclusão das pessoas com deficiência no ambiente de saúde pública, apesar de ser reconhecida enquanto expressão no direitos humanos e liberdades fundamentais, muitas vezes não é garantida. Desta forma, percebe-se a falta de políticas públicas que garantem esses direitos, evidenciando a necessidade urgente de planejamento e implementação de políticas públicas de saúde, como evidenciado no decorrer do trabalho, tendo em vista os preceitos definidos na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.

Com isso, os dispositivos constitucionais e infraconstitucionais, apesar de sua apresentação fragmentada, visam proteger os direitos fundamentais da pessoa com deficiência, entendendo o direito de acesso aos serviços de saúde como um direito fundamental. Esse posicionamento é respaldado por documentos internacionais da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007 e, o Tratado de Marraqueche para Facilitar o Acesso a Obras Publicadas às Pessoas Cegas, assinado em 28 de junho de 2013.

Importante ressaltar que, a promoção da inclusão e da acessibilidade é um movimento social e político que defende o direito de todas as pessoas de participarem da sociedade e de serem respeitadas, naquilo que as diferenciam dos outros. Assim, as PCDS devem ter condições de se desenvolverem e de demonstrarem a sua capacidade e autonomia nos seus atendimentos, podendo buscar uma saúde pública inclusiva e de qualidade.

Também é importante garantir efetivamente o direito à acessibilidade na saúde, para que as pessoas com deficiência tenham todo e qualquer meio para que possam se locomover e se incluir de forma autônoma, tendo a acessibilidade e inclusão garantidas, além dos espaços físicos, é também por meio de profissionais que sejam habilitados para receber qualquer demanda posta por qualquer pessoa com deficiência.

A presente pesquisa, teve como objetivo principal, verificar os avanços e dificuldades na garantia do direito à saúde à pessoa com deficiência no SUS, de modo que evidenciou-se uma problemática na qual foi necessário um estudo mais aprofundado sobre os conceitos de deficiência e política de saúde. Ainda, aprofundou-se nas redes de atenção à saúde voltada a pessoas com deficiência, as redes se caracterizam por reconhecer a necessidade de responder às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência nas Unidades Básicas de Saúde.

Assim, a presente pesquisa apresentou algumas propostas e soluções, de forma que serão necessárias estratégias, desde as unidades básicas até as unidades de atenção especializada na obtenção de meios de atendimentos equânimes e integrais. Dentre as propostas, encontram-se a implementação de ações e estratégias que atendam uma demanda geral e não apenas superficialmente, de forma a responder todas as necessidades das pessoas com deficiência, garantindo e assegurando tudo o que lhes conferem como direito.

Em suma, este estudo contribui para um planejamento de políticas públicas, e melhorias no atendimento nas UBS, na capacitação dos profissionais e nos conceitos que permeiam a deficiência nos diferentes momentos, facilitando o acesso na atenção básica. Visa assim, uma melhor articulação entre os serviços de saúde, fortalecendo a efetivação das Redes de Saúde, para que o direito à acessibilidade e inclusão sejam totalmente garantidos.

ANEXOS (FOTOS, DADOS COLETADOS)

FOTOGRAFIA 1- Unidade Genesy (construção recente)



Fonte: arquivo da autora. **Fonte:** arquivo da autora. **Fonte:** arquivo da autora. **Fonte:** arquivo da autora.



Fonte: arquivo da autora.

FOTOGRAFIA 2- Unidade João (construção antiga)



Fonte: arquivo da autora.



Fonte: arquivo da autora.



Fonte: arquivo da autora.



Fonte: arquivo da autora.



Fonte: arquivo da autora.



Fonte: arquivo da autora.



Fonte: arquivo da autora.



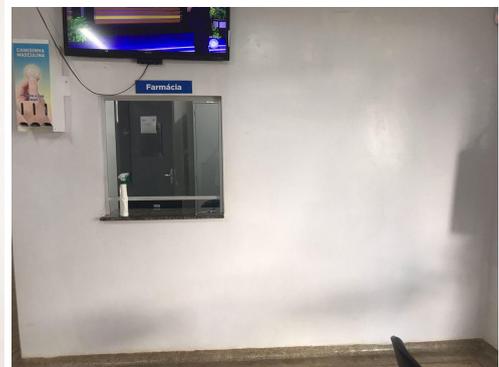
Fonte: arquivo da autora.



Fonte: arquivo da autora.



Fonte: arquivo da autora.



Fonte: arquivo da autora.



Fonte: arquivo da autora.



Fonte: arquivo da autora.



Fonte: arquivo da autora.



Fonte: arquivo da autora.



Fonte: arquivo da autora.

6 REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR 9050** - Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2. ed. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjApKj5i6P3AhUYq5UCHUmGBzQQFnoECAMQAQ&url=http%3A%2F%2Faccessibilidade.unb.br%2Fimages%2FPDF%2FNORMA_NBR-9050.pdf&usg=AOvVaw1ozAFnrXMRftlgDymFw8h. Acesso em: 20. Fev. 2022.

AMARAL, Fabienne Louise Juvêncio dos Santos; et al. **Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17,p. 1833-1840, 2012.

ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes. **Estratégia de Saúde da Família: um estudo sobre o processo e as condições de trabalho dos trabalhadores de saúde**. Recife: Ed.Universitária da UFPE, 2012.

ARAÚJO,Lívia Mara de; ARAGÃO, Antonia Eliana de Araújo; PONTE, Keila Maria de Azevedo; & VASCONCELOS, Lourdes Claudênia Aguiar. (2018). **Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa** (2nd ed.). A Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. 10(2): 549-57. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.549-557>. Acesso em: 10. Mar. 2022.

BATISTA, Karina Barros Calife; & GONÇALVES, Otília Simões Janeiro. (2011). **Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado**. Saúde e Sociedade, 20(4), 884-899.

BEZERRA, Rebecca Monte Nunes. **A acessibilidade como condição de cidadania**. GUGEL, Maria Aparecida; MACIEIRA, Waldir; RIBEIRO, Lauro (Org.). Deficiência no Brasil: uma abordagem integral dos direitos das pessoas com deficiência. Florianópolis: Ed. Obra Jurídica, 2007.

BEZERRA, Thaynara Venancio; SILVA, Marcelo Alves da; MAIA, Evanira Rodrigues. **Acesso da pessoa com deficiência à atenção primária no Brasil: limites e possibilidades**. Cadernos de Cultura e Ciência, v. 2, n. 14, p. 65-74, dez. 2015.

BARROSO, Luís Roberto. **O direito constitucional e a efetividade de suas normas**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Renovar, 2009.

BRASIL. **Cartilha Viver sem Limites**. 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-com-deficiencia/cartilha-viver-sem-limite-plano-nacional-dos-direitos-da-pessoa-com-deficiencia/view> Acesso em:12.Nov.2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm. Acesso em: 25. Mar. 2022.

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. Publicada no Diário Oficial da União 17 de novembro de 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 25. Mar. 2022.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 261, de 25 de novembro de 2015. **Tratado de Marraqueche para Facilitar o Acesso a Obras Publicadas às Pessoas Cegas, com Deficiência Visual ou com outras Dificuldades para Ter Acesso ao Texto Impresso (2013)**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/CONGRESSO/DLG/DLG-261-2015.htm. Acesso em: 25. Mar. 2022.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**, Brasília, 1990. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>. Acesso em: 12. Nov. 2021.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde e dá outras providências**. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>. Acesso em: 12. Nov. 2021.

BRASIL. Lei nº. 13.146, de 6 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Diário Oficial da União, 2015. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 12. Nov. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 12p.(Série E. Legislação de Saúde). Acesso em: 17. Nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html. 2008. Acesso em: 17. Nov 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011 - **Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite**.

Brasília, 2011a. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm. Acesso em: 22. Abril. 2022.

BRASIL. Ministério 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.** Brasília, 2012a. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 20. Abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 835, de 25 de abril de 2012. **Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília, 2012e. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html. Acesso em: 20. abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. **Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.** Diário Oficial da União. Brasília, p. 80, 14 ago 2009. Seção 1. Disponível: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/X79HxJ4VyG7pGsFHbDjJrFk/?lang=pt>. Acesso em: 20. Mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 11.Mar.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. **Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 Nov. 2019,a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento>. Acesso em: 24.Fev. 2022.

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. 24 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf. Acesso em: 20. abr. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 16p.(Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Acesso em: 17. Nov.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72p.(Série E. Legislação em Saúde).

CARVALHO, Regina Ribeiro Parizi **Saúde: questões éticas e direitos humanos**. En: Carvalho RRP, Rosaneli CF (Orgs.). Bioética em saúde pública. Curitiba: CRV; 2016. p.13-20 Acesso em: 03. Mai.2022.

CARVALHO, Camila Fernandes da Silva; BRITO, Rosineide Santana de; MEDEIROS, Soraya Maria de. **Análise contextual do atendimento ginecológico da mulher com deficiência física**. Rev Gaúcha Enferm. [Internet] 2014;35(4):114-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.04.45335>. Acesso em: 03. Mai.2022

DANTAS, Paulo Roberto de Figueiredo. **Curso de Direito Constitucional**. São Paulo/SP: Atlas, 2015.

DE OLIVEIRA, Fabiano Melo Gonçalves. **Direitos Humanos**. Editora Método. Grupo GEN, 2016. ISBN 9788530968908. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788530968908/>. Acesso em: 05.Out. 2021.

HERRERA FLORES, Joaquín. **Direitos humanos, interculturalidade e racionalidade de resistência**. Sequência: Estudos Jurídicos e Políticos, Florianópolis, p. 9-30, jan. 2002. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/15330/13921>. Acesso em: 24.Jun.2021.

LANNA JÚNIOR, Mário Cléber Martins. **História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil** - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.

LIMA, Nísia Trindade; GERSHMAN, Silvia; EDLER, Flavio Coelho; SUÁREZ,Julio Manuel. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS** [online].Rio de janeiro: Editora Fiocruz,2005.504 p. ISBN 978-8-75541-367-8. Available from Scielo books Disponível em: <https://books.scielo.org/fiocruz/>. Acesso em: 05.Out. 2021.

LEITE, Carlos Henrique Bezerra. **Direitos Humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011, p. 34.

LEITE, Flávia Piva A. **Comentários ao estatuto da pessoa com deficiência**. Editora Saraiva, 2019. ISBN 9788553612109. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553612109/>. Acesso em: 05 Out. 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 pp. Acesso em 10.nov. 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 05.Jan. 2022.

MAIA, Maurício. 2013. **Novo conceito de pessoa com deficiência e proibição do retrocesso**. Revista da AGU, 12(37), 289-306. Disponível em:

https://pcd.mppr.mp.br/arquivos/File/novo_conceito_de_pessoa_com_deficiencia_e_proibicao_do_retrocesso.pdf. Acesso em: 10.Mar.2022.

PIOVESAN, Flávia. **Direitos Humanos e o Direito Constitucional Internacional**. 19ª Ed, Saraiva, 2021.

PLATT, Adreana Dulcina. **Uma contribuição histórica filosófica para a análise do conceito de deficiência**.

_____. **Política Nacional da Pessoa com Deficiência. Secretaria de Atenção à Saúde -Ministério da Saúde, 2010.**

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS?** Fundação Oswaldo Cruz. Editora Fiocruz. E-book interativo: 2015 (edição impressa: 2009). Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>. Acesso em 16. nov. 2021.

PNS. 2019. **País tem 17,3 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência**. Agência Notícias IBGE, 2021. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/31445-pns-2019-pais-tem-17-3-milhoes-de-pessoas-com-algum-tipo-de-deficiencia>. Acesso em: 02.Out. 2021.

PEREIRA, Silvia de Oliveira. **Reabilitação de pessoas com deficiência física no sus: Elementos para um debate sobre integralidade**. Salvador, Março.2009.

SOLHA, Raphaela Karla de. **Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas**. Editora Saraiva, 2014. ISBN 9788536513232. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536513232/>. Acesso em: 05 Out. 2021.

SANTOS, Nelson Rodrigues do. **Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos**. Ciência coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.429-435, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200700020001&ng=pt&nrm=iso. Acesso em: 24.Fev. 2022.

TAPAJÓS, Ana; PRADO, Mauro Machado do (Trad). **Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos**. Revisão de Volnei Garrafa. Disponível em: http://www.bioetica.org.br/?siteAcao=Diretrizes_Declaracoes_Integra_id=17. Acesso em 17.Mar.2022.

UNA-SUS/UFMA. **Redes de Atenção à Saúde: Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência**. Oliveira, Ana Emilia Figueiredo de; Garcia, Paola Trindade. (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2017.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila.; BOUQUAT, Aylene.; MELO, Guilherme Arantes; NEGRI FILHO, Armando De.; MEDINA, Maria Guadalupe. **Regionalização e Redes de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva. 23(6):1791-1798, 2018.<https://www.scielo.br/j/csc/a/hy8xWrRVWXQkbZdY8BVt6tf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em:17.Nov.2022.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde. José Messias. **Interdisciplinaridade e saúde**: estudo bibliográfico. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 525-531, 20.