

POLÍTICAS DE SAÚDE VOLTADAS PARA REABILITAÇÃO DE DEFICIENTES E A EFETIVAÇÃO DAS MESMAS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Cristiana Almeida Simões*

RESUMO: *O alto índice de pessoas portadoras de deficiência no Brasil torna relevante a discussão sobre as políticas e a assistência de saúde oferecida a esta população pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Acredita-se que este grupo não tem encontrado serviços especializados na rede pública de saúde, principalmente no que diz respeito à reabilitação de suas capacidades funcionais. Existem, no entanto, políticas voltadas à saúde do deficiente, que prevêm a promoção, prevenção e recuperação de deficiências, garantindo ainda qualidade de vida e inclusão social dos mesmos. Por outro lado, percebeu-se neste estudo a falta de um instrumento de organização e funcionamento dos serviços de reabilitação, conduzidos segundo as diretrizes do SUS, mostrando-se ineficaz, ineficiente e com iniquidade no acesso.*

Palavras-chave: Políticas para deficientes; Reabilitação; Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

Segundo HSIAO^{*1} (2001), os sistemas de serviços de saúde tem três objetivos: proporcionar um ótimo nível de saúde, distribuído equitativamente; prover um grau adequado de proteção em relação aos riscos de adoecer, para todos, e satisfazer as expectativas de todos os cidadãos. Há, no entanto, um consenso de que os sistemas de serviços de saúde vivem uma enorme crise que se manifesta em quatro dimensões: a iniquidade, a ineficiência, a ineficácia e a insatisfação dos cidadãos (KADT e YASCA, 1993; MENDES, 2001).

Acredita-se que a população economicamente carente, que necessita de uma assistência pública no âmbito da saúde, não tem encontrado serviços especializados, principalmente no que diz respeito à reabilitação/habilitação de Pessoas Portadoras de Deficiência (PPDs). A participação das instituições privadas que deveriam contribuir de forma complementar ao Sistema Único de Saúde, perseguindo suas diretrizes básicas (Art. 199 da Constituição Federal), tem se tornado cada vez mais especializada com seus programas de habilitação e reabilitação, porém distante da população que mais necessita desses serviços, as classes menos favorecidas.

O IBGE, em 2000, divulgou o número da população brasileira em 169.872.856 habitantes. Neste mesmo ano, o censo levantou a porcentagem de 14,5% de deficientes no país, ou seja, uma população equivalente a 24.600.256 habitantes, distribuídos entre as regiões Sudeste (38,5%), Nordeste (32,6%), Sul (14,6%), Norte (7,7%) e Centro-Oeste (6,6%).

O alto número registrado de PPDs ressalta a importância de políticas sociais direcionadas para esses indivíduos. Essas políticas são necessárias, por exemplo, para subsidiar uma efetiva assistência de saúde voltada à prevenção da deficiência (e das possíveis deficiências secundárias), à reabilitação e à manutenção das aquisições funcionais adquiridas. Desta forma, as políticas públicas referidas à questão da deficiência e da assistência oferecida pelo Sistema

* Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia Pediátrica, Discente do Mestrado de Políticas Sociais e Cidadania da Universidade Católica do Salvador, contato: cristianasimoes@hotmail.com. Orientadora: Prof^a Dr^a Isabela Cardoso Pinto.

^{*1} HSIAO, W., apud MENDES, E.V. **Os Grandes Dilemas do SUS: Tomo I**. Salvador: Casa de Qualidade, 2001. p.18

Único de Saúde (SUS) a essa população, estão relacionadas a um seguro social de caráter universal.

Segundo NÉRI (2003), as PPD's apresentam limitações físicas, sensoriais e/ou mentais que muitas vezes não geram incapacidades ou mesmo desvantagens para realização de determinada tarefa, no entanto criam estigmas individuais e coletivos. Por outro lado, é a falta de discernimento acoplado ao pré-julgamento que resulta nas próprias desvantagens atribuídas a essa parcela da população, uma vez que os estereótipos e as discriminações dificultam o convívio normal da pessoa com deficiência na sociedade. É importante salientar que uma das principais fontes de preconceitos é a desinformação existente sobre as dificuldades, angústias, desejos e principalmente das potencialidades deste grupo da população.

A reabilitação de PPDs, através do SUS, está prevista desde a Constituição de 1988. Trata-se de uma assistência prestada à população por profissionais de saúde de diversas especialidades buscando objetivos comuns como: promover a saúde, prevenir deficiências, desenvolver ou recuperar habilidades funcionais, incluir o indivíduo na sociedade buscando sua maior participação na vida comunitária e/ou melhorar a qualidade de vida do mesmo. Através da reabilitação, o deficiente desenvolve suas capacidades e tem ganhos funcionais importantes levando algumas vezes à própria independência. (Constituição da República Federativa do Brasil, 2005)

O que se percebe na sociedade contemporânea é que a preocupação com a saúde da população ultrapassa questões de prevenção, recuperação e promoção de melhores condições de vida aos indivíduos através de uma assistência direcionada às reais necessidades da mesma. Ainda hoje são tradicionalmente adotados como indicadores de desenvolvimento a baixa taxa de mortalidade/morbidade, assim com a alta expectativa de vida ao nascer, que lidam mais com a falta de saúde do que com a saúde propriamente dita (KADT e TASCA, 1993). Essa visão revela que a negligência à saúde de portadores de necessidades especiais e, principalmente, a não inclusão social das mesmas são fatores determinantes de subdesenvolvimento do país.

No que se refere à Constituição Federal, o seu art. 196 determina que “*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 uma promoção, proteção e recuperação*” (Brasil, 1988, p.130). Concebe-se daí que através de políticas sociais justas e da criação, para uma posterior implantação de programas especializados de atendimento para os portadores de deficiências, o Estado é capaz de promover o que é de direito a essa população, além de desenvolver a saúde pública do município.

Dentro do contexto apresentado, buscou-se realizar uma revisão documental acerca da formulação de políticas para deficientes, buscando contribuir para o estudo de novas políticas de atenção a esta população. Existe a expectativa de que seja útil aos profissionais de saúde, às famílias desses indivíduos e a todos os que atuam em grupos comunitários, esperando que dele possam tirar proveito também aqueles que, por força de seus cargos, exerçam poder de controle ou decisório sobre as ações de saúde pública e de execução desses serviços.

PENSANDO SOBRE DEFICIÊNCIA E REABILITAÇÃO

As estatísticas sobre as deficiências, em termos quantitativos e principalmente qualitativos, apresentam uma baixa dimensão sobre a realidade Brasileira devido à inexistência quase total de dados e informações atuais de abrangência nacional, estadual e municipal sobre esta população. O censo demográfico do IBGE, de 2000, que apresentava a população brasileira em torno de 169.872.856 habitantes, aponta também para um número alto (24.600.256) da população brasileira que apresenta pelo menos uma das deficiências como: Deficiência mental permanente; Deficiência física - tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia permanente; Deficiência física - falta de membro ou de parte dele; Deficiência visual; Deficiência auditiva; Deficiência

motora - incapaz, com alguma ou grande dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas. A partir desses dados, observa-se um maior número de deficientes visuais (67,6%), seguidos de deficientes motores (32,3%), deficiência auditiva (23,3%), deficiência mental (11,6%), deficiência física - tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia permanente (3,8%) e deficiência física - falta de membro ou de parte dele (1,9%). Vale ressaltar que muitos dos deficientes apresentam mais de uma deficiência.

É importante separar o conceito de deficiência do de desvantagem. O deficiente tem suas limitações físicas, psíquicas e motoras que podem ou não limitar sua função; já a desvantagem é uma questão social, que limita e/ou impede o desenvolvimento de atividades consideradas normais para um determinado sujeito num contexto social (ALVES, 2001). A desvantagem pode ser evitada, bem como sua condição alterada socialmente. Um indivíduo que apresenta um quadro leve de deficiência, por exemplo, pode ser capaz de realizar um grande número de atividades se tiver acesso a uma assistência de saúde e aos dispositivos de auxílio. A falta desses mecanismos de apoio ao deficiente o coloca em situação de desvantagem em praticamente todas as áreas descritas pela OMS: orientação, independência física, mobilidade, capacidade de ocupação, integração social e independência econômica. (ALMEIDA, 2000)

Percebe-se, entre os deficientes, um alto percentual de crianças que não freqüentam escolas e adultos que não têm atividade remunerada, sugerindo uma “exclusão social” possivelmente justificada por ser uma população que apresenta incapacidades (ALMEIDA, TISSI e OLIVER, 2000). Essa população acaba por se confinar no ambiente doméstico devido às carências públicas de lazer, cultura e facilitação de socialização através de barreiras arquitetônicas; além da falta de perspectiva no futuro, dentro de um contexto economicamente baixo (ALVES, 2001).

A hipótese de esses sujeitos estarem impossibilitados de realizar tais atividades justifica uma falta de assistência? Não deveriam ser assistidos por profissionais que estimulem suas capacidades funcionais, possibilitem a prevenção secundária decorrente da deficiência e o controle de suas condições de saúde, ou mesmo, proporcionem uma melhor qualidade de vida para essa população?

A reabilitação aparece no cenário mundial dentro da proposta de um sistema de bem-estar social. O alto número de indivíduos doentes, mutilados, órfãos, abandonados, etc, levou entidades governamentais, principalmente na Europa e nos EUA, a buscar meios para solucionar esses problemas e ainda atender os jovens deficientes físicos, vitimados das guerras (ALVES, 2001). Isso impulsionou os avanços na ciência e da tecnologia buscando integrar os deficientes a uma “vida normal” e em uma sociedade produtiva.

O crescimento científico e tecnológico, que permite salvar cada vez mais vidas, tem possibilitado o aumento da sobrevivência de pessoas portadoras de deficiências (BORGNETH, 2004). Daí torna-se necessário investir também na qualidade dessas vidas para que esse próprio desenvolvimento seja justificado.

Ainda sobre o desenvolvimento científico, a descoberta da neuroplasticidade foi essencial para subsidiar as terapêuticas anteriormente baseadas apenas na eficácia de resultados. A neuroplasticidade é a denominação das capacidades adaptativas do SNC – que apresentam habilidade para desenvolver/modificar sua organização estrutural própria e funcionamento em resposta à experiência, e como adaptação a condições mutantes e a estímulos repetidos. A partir da ampliação desse conhecimento neurológico houve maior credibilidade no atendimento reabilitacional no sentido de obter um prognóstico funcional favorável.

A equipe multiprofissional, que se faz presente no processo de reabilitação, atuando em modelo interdisciplinar, torna o tratamento direcionado e mais eficaz. Através da interpenetração do conhecimento entre os diversos profissionais de saúde tem-se a idéia do todo para a partir daí cada um atuar dentro de sua especificidade suprimindo as necessidades do paciente (BORGNETH, 2004).

Ainda que existam censos populacionais, com dados demográficos no Brasil, há pouca informação sobre a realidade de pessoas deficientes. Isso resulta na elaboração de políticas e desenvolvimento de serviços destinados a essa população sem conhecimento de suas reais necessidades, e dificulta a reformulação dos modelos assistenciais de reabilitação. Esses serviços, portanto, deixam sem resposta os reais problemas dos deficientes que tendem a persistir e aumentar.

POLÍTICAS VOLTADAS AOS DEFICIENTES

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência trás que, no Brasil, a atenção aos deficientes também surgiu através de uma atitude assistencialista, nas áreas de educação e saúde, em instituições filantrópicas, evoluindo para o atendimento reabilitacional sem participação comunitária, sem ouvir os próprios reabilitandos e conduzidos à margem do Estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Só no séc. XX, no pós Guerra, foi que os deficientes foram providos de serviços “especializados” e não mais meramente assistencialistas. Surgiam ainda discursos dirigidos aos deficientes que enfatizavam a necessidade dos mesmos serem socialmente integrados.

Na sociedade contemporânea, a desigualdade e o controle social teoricamente ocupam um lugar importante nos discursos legitimadores. A importância dada atualmente à inclusão social de deficientes parte do princípio de que para esses indivíduos serem integrados na sociedade faz-se necessário mudanças na sociedade como a supressão de preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais, assim como o respeito pelas necessidades da condição do deficiente, o acesso a serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade (Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência). Na prática, o que se observa é que a situação de precariedade econômica e a exclusão social de deficientes estão aquém das preocupações que marcam a agenda social (MARTINS, 2005).

A deficiência é tomada como justificativa para compreender a não participação dos seus portadores nas atividades centrais da sociedade. No entanto, o deficiente não ocupa lugar na sociedade devido às barreiras físicas, sociais e culturais, que impedem sua participação social. Para MARTINS (2005), esta é uma perspectiva fatalista de deficiência que vem perpetuando como uma profecia que cria as condições para a sua própria realização. A deficiência física ou motora não pode ser vista como um empecilho para o indivíduo não ter uma formação, não ter uma atividade produtiva ou ser impedido de circular pelo espaço público. Porém, é necessário beneficiá-los com condições para o desenvolvimento de suas capacidades. É por isso que as “perspectivas fatalistas” das deficiências devem ser negadas e as políticas sociais são de extrema importância no âmbito da reestruturação social para reconhecer as diferenças presentes nas deficiências, contrapondo as formas de discriminação dos deficientes sustentadas por preconceitos incapacitantes, buscando integrá-los socialmente.

Na **Constituição Federal de 1988** a saúde foi instituída como *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* (CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL, 2005, Art 196 da Saúde).

Apresenta-se a seguir uma síntese das Leis, Decretos e Portarias voltados à reabilitação de PPDs:

Tabela 1 - Síntese das Leis, Decreto e Portarias Voltadas a Reabilitação de PPDs

Propõem	LEI 8080/90	DECRETO 3298/99*¹	PORTARIA 818/01	PORTARIA 1060/02*²
Serviço de reabilitação	Prevê a assistência à saúde por intermédio da promoção, proteção e recuperação	Articulado com serviços sociais, educacionais e com o trabalho	Especializado, com área física adequada, profissionais capacitados e inseridos numa equipe multidisciplinar. Prevê a qualidade de vida das PPDs.	Prevê a prevenção e a qualidade de vida das PPDs, com apoio de recursos humanos capacitados
Responsabilidade do serviço de reabilitação	Estado	Órgãos e entidades da Administração Pública Federal		
Garantia de acesso às PPDs	Aos serviços essenciais da rede pública ou privada, com integralidade de assistência	Prevê o acesso, o ingresso e a permanência em todos os serviços oferecidos à comunidade		
Níveis de complexidade no setor de saúde	Como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços	Regionalizados, descentralização e hierarquização	Propõe serviços regionalizados e hierarquizados	Prevê organização e funcionamento dos serviços de atenção a PPD
Inclusão social		Prevê a inclusão social da PPD		Prevê a inclusão social da PPD
Concessão de órteses, próteses,...		Como equipamentos complementares da reabilitação	Como suportes para o diagnóstico e terapia	
Provisionamento de medicamentos		Como parte do processo de reabilitação		
Mecanismos de informação				Ampliação e fortalecimento
Participação da sociedade				Prevê a participação da sociedade nas ações de saúde da PPD

Fonte: PT 8080/90; PT 3298/99; PT 1060/02; PT 818/01

*¹ Apresenta a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência

*² Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

Constata-se que as Leis, Decretos e Portarias voltados à reabilitação de PPDs apresentadas são complementares em diversos aspectos. Mesmo não encontrando em todos uma explanação sobre a saúde como direito de todos, previsto pela Constituição Federal, no que tange à área de reabilitação, foi unânime a previsão de um serviço especializado para as PPDs buscando, entre outros, a inclusão social dos mesmos. O acesso aos serviços de saúde da rede pública e privada também está garantido, sendo importante ressaltar a importância não só do acesso, mas do ingresso e da permanência dos deficientes a esses serviços. Está previsto ainda a concessão de equipamentos e suportes complementares a reabilitação do deficiente, assim como o provimento de medicamentos.

Em relação ao modelo de assistência à saúde, a organização dos serviços, visando o funcionamento dos serviços de atenção a PPD, dispõe dos mesmos através da regionalização, descentralização e hierarquização. No que se refere à responsabilidade dos serviços de saúde, é de competência dos órgãos e entidades da Administração Pública Federal. Foi evidenciada também a participação da sociedade nesse processo. Por fim, foi ressaltada a importância da ampliação e fortalecimento dos meios de informação para a população, imprescindível no setor de saúde pública.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA DEFICIENTES NO BRASIL

No Brasil, a atenção aos deficientes surge como responsabilidades coletivas e com uma postura assistencialista e paternalista (ALVES, 2001). Ao final dos anos 80 o que se observava na esfera política de atenção à saúde era uma ineficiência da gestão pública e baixa efetividade no atendimento frente às necessidades da população (SILVA, 2003). Em 1988 foi consolidada e formalizada a Carta Constitucional que reconhecia a atenção à saúde como um direito social, assegurando o acesso universal e igualitário às políticas, programas e serviços de promoção, proteção e prevenção e recuperação da saúde num *sistema único de saúde - SUS*, de caráter público, federativo, descentralizado, participativo e de atenção integral (SILVA, 2003; OPAS, 1998; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Diante da necessidade de melhorar a oferta de serviços, os indicadores de saúde e as condições de acesso, o SUS foi criado com o objetivo de contribuir para o aumento da qualidade de vida da população brasileira.

Esse marco constitucional gerou as chamadas *Leis Orgânicas da Saúde* (8.080/90 e 8.142/90), o Decreto 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas - NOBs, editadas em 1991, 1993 e 1996. A Lei 8.080/90 regulamenta o SUS, que é responsável, ainda que sem exclusividade, pela concretização dos princípios constitucionais do direito à saúde. O SUS agrega todos os serviços públicos (de níveis federal, estadual e municipal) e os serviços privados, quando credenciados por contrato ou convênio. As NOBs, por sua vez, a partir da avaliação dos estágios de implementação do SUS, voltam-se mais direta e imediatamente para a definição das estratégias aplicáveis em cada momento de construção do Sistema e dos respectivos processos para a sua operacionalização (OPAS, 1998).

Segundo a NOB, a totalidade das ações e serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS, deve ser desenvolvida em um conjunto de estabelecimentos, organizados em rede regionalizada e hierarquizada, através de subsistemas (um para cada município) e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Os estabelecimentos desse subsistema municipal não precisam ser de propriedade da prefeitura, nem precisam ter sede no território do município. Porém, suas ações, desenvolvidas pelas unidades estatais (próprias, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas, com prioridade para as entidades filantrópicas), têm que estar organizadas e coordenadas, de modo que o gestor municipal possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

A assistência de saúde equânime, integral e resolutivo, através de uma rede hierarquizada e especializada proposta pelo Ministério da Saúde tem como objetivo organizar o fluxo de encaminhamento dos pacientes, da demanda da atenção básica para atenção especializada, caracterizando um fluxo contínuo de referência e contra-referência entre os níveis de atenção e possibilitando a estruturação da atenção a partir das linhas de cuidado, buscando assim o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995).

Desta forma, encontram-se três níveis de atenção à saúde, separados por graus de complexidade, porém que se articulam e se complementam, são eles: o Nível de Atenção Básica ou de Baixa Complexidade; o Nível de Atenção Secundária ou de Média Complexidade; e o Nível Atenção Terciária ou de Alta Complexidade. De acordo com o Ministério da Saúde e com

a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, esses níveis apresentam competências descritas a seguir.

A Atenção de Baixa Complexidade (Atenção Básica) constitui o primeiro nível da atenção à saúde no SUS, compreendendo um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, que englobam: a promoção da saúde; a prevenção primária e secundária de agravos como, por exemplo, controle da gestante de alto-risco, atenção à desnutrição; detecção precoce de fatores de riscos como controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo; e ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social, de que são exemplos orientações para a mobilidade de portador de deficiência visual, prevenção de deformidades mediante posturas adequadas, estimulação da fala para portadores de distúrbios de comunicação. Tais medidas deverão ser devidamente articuladas, planejadas e implementadas de forma intersetorial e descentralizada.

A Atenção de Média Complexidade Ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio, diagnóstico e tratamento. A inserção da média complexidade no modelo de atenção à saúde tem como missão principal o alcance de um grau de resolubilidade de ações que possa evitar o agravamento das situações mórbidas referenciadas, com vistas a reduzir ao máximo a evolução de agravos que possam demandar uma atenção de maior complexidade e maior custo. Nesse nível, por conseguinte, será prestado o tratamento em reabilitação, assistido por profissionais especializados dentro de uma equipe interdisciplinar, com utilização de tecnologia apropriada (tais como as de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, avaliação, órteses e próteses, entre outros).

A Atenção de Alta Complexidade apresenta-se como um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando os demais níveis de atenção à Saúde. Este nível deve prestar atendimento aos casos de reabilitação cujo momento da instalação da incapacidade, o seu tipo e grau justifiquem uma intervenção mais frequente e intensa, requerendo, portanto, tecnologia de alta complexidade e recursos humanos mais especializados. Esses serviços estarão estruturados por especificidade da deficiência e contarão igualmente com equipe multiprofissional e interdisciplinar, que considere a globalidade das necessidades dos usuários.

O Ministério da Saúde, em parceria com os níveis estadual e municipal do sistema de saúde, desde 1991, vem apoiando ações de reabilitação do deficiente, com uma visão integrada e multidisciplinar na abordagem dos componentes físico, mental, psicológico, social e profissional (OPAS, 1998). Ainda não se dispõe de dados de abrangência nacional que representem a problemática de saúde dos deficientes. Porém, é sabido que a realidade brasileira ainda apresenta padrões de morbidade precário, resultante da permanência de problemas de cobertura assistencial, financiamento setorial, resolubilidade sistêmica e equidade no acesso e na utilização dos serviços.

SILVA, 2003, explica que um dos grandes problemas do SUS, além da necessidade de elevar o patamar do gasto, é imprimir a este gasto maior efetividade. Para o autor, a ênfase inicialmente dada às ações curativas, baseadas na atenção hospitalar através de uma rede de serviços desarticulada e mal hierarquizada, onde não havia controle da oferta e da demanda de serviços, e tampouco priorizava os serviços de promoção da saúde e prevenção de doenças, contribuiu para este problema. Desta forma, observa-se a necessidade de um planejamento de ofertas de serviços direcionados para as necessidades prioritárias da população, com facilidade de acesso e com sua utilização através de uma rede corretamente regionalizada, hierarquizada e resolutiva.

Outro problema encontrado no SUS refere à equidade na utilização dos serviços de saúde, onde não deveria haver diferenciação na assistência à saúde de acordo com os níveis de renda das pessoas (SILVA, 2003; SANTOS, 2003). No que tange à deficiência, a questão se torna

ainda mais grave, uma vez que se trata freqüentemente de pacientes de baixa renda que precisam ser assistidos para obter ganhos funcionais e para serem incluídos na sociedade com o máximo de suas capacidades desenvolvidas. No sistema de saúde brasileiro, parece mais importante, como um primeiro passo na direção da equidade, resolver ou, pelo menos, ampliar as condições de acesso da população. De acordo com a PNAD/1998 (BRASIL, IBGE, 2000), 28,8% da população brasileira não têm um serviço de saúde de uso regular e, além disso, a rede de assistência pública ainda não está estruturada para dar atenção à saúde, em quantidade e em qualidade, em todos os níveis de complexidade exigidos (SANTOS, 2003).

CONCLUSÃO

O alto número levantando de PPDs no Brasil torna de grande relevância estudos, políticas e, principalmente, a conscientização de políticos e profissionais que tenham poder de controle ou decisório sobre as ações do âmbito da saúde pública e da execução desses serviços. As garantias oferecidas pela Constituição de 1988 e as leis, políticas e decretos que beneficiam o deficiente devem, no entanto, sair do papel, principalmente no que tange à área da saúde. Ficou claro que o SUS passa por dificuldades, porém, levando em consideração as reais necessidades da população, a efetiva e eficiente assistência a esse grupo de PPDs deve ser oferecida visando não somente a inclusão social, mas uma inclusão desses cidadãos com suas capacidades máximas alcançadas.

Os deficientes motores apresentam limitações que muitas vezes podem ser superadas suprimindo os estigmas individuais e coletivos de ser um indivíduo em desvantagem. Deve-se levar em consideração que o deficiente, na sua maioria, não é incapaz e/ou inútil para a sociedade, apesar de suas diferenças. Para isso, é necessária a conscientização de que essa população pode, desde que dadas oportunidades para desenvolver suas capacidades físicas, ter um convívio e participação social satisfatórios.

O processo de reabilitação é essencial para que as PPDs possam desenvolver suas capacidades funcionais e se tornarem até mesmo independentes para realização de atividades sociais. Através de uma assistência multidisciplinar, melhor se fosse interdisciplinar, esses indivíduos teriam não só a oportunidade de ganhos funcionais e possível independência, mas também de serem incluídos socialmente com melhor qualidade de vida e ainda exonerar suas famílias do dever de “guiarem a vida” dos mesmos, deixando muitas vezes de lado a própria vida para realização deste “encargo”.

Através deste estudo foi possível observar que as normalizações referentes aos serviços de reabilitação pelo SUS são elaboradas pelas áreas técnicas do Ministério da Saúde, com o intuito de orientar os gestores na organização desses serviços. Contudo, as dificuldades de comunicação entre essas áreas técnicas repercutem em uma multiplicidade diversa, ou mesmo em uma sobreposição, de normas e diretrizes nas quais ainda predominam a atenção voltada a grupos populacionais específicos. Observa-se, ainda, que a fragmentação e a desarticulação apresentadas repercutem na inexistência de documentos relevantes que permitam uma padronização organizacional voltada para a saúde do deficiente.

Ao falar em serviços de saúde organizados de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade, pensa-se em disciplinar o processo organizacional desses serviços buscando consolidar o SUS através dos preceitos legais. Por mais que hajam tentativas do Estado para efetivar, na área da saúde, o que está previsto para os deficientes, acredita-se que ainda é possível verificar uma distribuição inadequada dos serviços atrelada a uma ineficiência dos mesmos. O desafio para a organização do setor de saúde consiste, então, no dimensionamento das demandas e necessidades populacionais, acompanhadas de um sistema de avaliação que permita adequar as necessidades da população, garantindo o acesso ao serviço especializado.

Percebe-se a falta de um instrumento de organização e funcionamento dos serviços de reabilitação conduzidos segundo as diretrizes do SUS: de forma descentralizada e participativa. O processo de reabilitação poderia ser organizado nos três níveis de complexidade, interdependentes e complementares, como por exemplo: a atenção básica pra desempenhar a manutenção dos ganhos funcionais máximos e orientação, além de detectar os casos que devem ser assistidos em outros níveis de assistência e seu respectivo encaminhamento; a atenção de média complexidade para a assistência reabilitacional com a assistência de uma equipe multidisciplinar disponível; e a atenção de alta complexidade para as intercorrências agudas ou de urgência, também com uma equipe multidisciplinar e principalmente interdisciplinar, além da disponibilidade de exames que necessitem de alta tecnologia. A disponibilidade de órteses, próteses, entre outros estaria disponível nos três níveis. Caberia a cada nível administrar e garantir o acesso e a qualidade do atendimento para a população.

Neste contexto, observa a importância da complementação e implementação das políticas e programas existentes direcionadas para a saúde do deficiente, a partir das necessidades do mesmo. Deve-se levar em conta a equidade e a qualidade da assistência prestada, assim como o acesso a esses serviços.

Após este estudo, propõe-se que o Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Saúde, avalie a necessidade de definição de um locus-único de discussão referente aos serviços de reabilitação voltados para as PPDs, contemplando as especificidades de cada área técnica e permitindo uma organização desses serviços para assegurar a qualidade, a equidade e o acesso a estes serviços. Considera-se de grande importância o estabelecimento de um sistema que permita a avaliação, o acompanhamento e o controle das assistências realizadas nos distintos níveis de complexidade, a fim de avaliar e planejar a organização desses serviços. No entanto, este estudo não termina aqui, fazendo-se necessário sua continuidade para buscar uma melhor qualidade na organização do SUS e na atenção ao atendimento reabilitacional de deficientes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M.C., TISSI, M.C., OLIVER, F.C. **Deficiências e Atenção Primária em Saúde: do Conhecimento à Invenção**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. v.11, n. 1, p. 33-42, jan/abr, 2000.

ALVES, U.L.R. **O significado do risco de risco na área de reabilitação**. Acta Fisiatrica. 8 (2): 67- 70, 2001

BORGNETH, L. **Considerações sobre o processo de reabilitação**. Acta Fisiatrica 2004; 11 (2): 55-59

Brasil. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Organizador Yussef Said Cahali. 7ª ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: RT, 2005.

Brasil. **Lei nº 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. Brasília. 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. **Decreto nº 3.298**, de 20 de dezembro de 1999. Brasília. 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. **Normas Operacionais Básicas no Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília. 1997. 34p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde:** planejamento e organização de serviços. Brasília. 1995. 48p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Portaria MS/MS nº 1.060, de 05 de junho de 2002. Brasília. 2002

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 818**, de 05 de junho de 2001. Brasília. 2001.

Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde OPAS/OMS. **A SAÚDE NO BRASIL.** Representação da OPAS/OMS no Brasil, 1998

IBGE. **Censo Demográfico 2000.** Salvador. 2006.

KADT, E., TASCA, R. **Promovendo a Equidade: Um Novo Enfoque com Base no Setor da Saúde.** São Paulo- Salvador: Hucitec, 1993.

MARTINS, B.S., **Políticas Sociais na Deficiência: Exclusões Perpetuadas.** Doutorado de Sociologia da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Centro de Estudos Sociais. n228. Maio, 2005.

MENDES, E.V. **Os Grandes Dilemas do SUS: Tomo I.** Salvador: Casa da Qualidade, 2001

NÉRI, M., et al. **Retratos da Deficiência no Brasil.** Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS, 2003. 250p.

SANTOS, G.F. **Financiamento e Investimentos na Saúde Pública do Brasil no período 1995/2002.** Tese de mestrado. Salvador, jan 2003

SILVA, P.L.B. **Serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década.** São Paulo Perspectiva. V.17, n.1. São Paulo jan/mar 2003