
Portadores de Deficiência: As Causas e a Assistência Social e Saúde

1) Informações Gerais

A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que 600 milhões de pessoas no mundo apresentam uma forma ou outra de deficiência. O campo deficiência se sobrepõe em muitos aspectos à dimensão de saúde, tanto no estudo de suas origens como nos cuidados especiais de saúde a que as pessoas com deficiência deveriam estar contempladas embora se deva sempre frisar que a deficiência não deve ser percebida como doença.

Segundo dados de 1995 da Organização Mundial de Saúde (OMS), destacam-se os transtornos congênitos e perinatais (16,6%), que podem ser consequência da falta de assistência às mulheres na gravidez; as enfermidades transmissíveis (16,8%); as enfermidades crônicas - degenerativas (21,0%); as alterações psicológicas (6,6%); o alcoolismo e abuso de drogas (10,0%); as causas externas (18,0%); e destruição e outras (11,0%). Quanto a essa última, estima-se que 250 mil crianças por ano tornam-se cegas por causa da deficiência crônica de vitaminas.

Quanto as causas externas, a violência, os acidentes de trânsito e de trabalho são grandes causadores das deficiências principalmente nos centros urbanos de médio e grande porte. O envelhecimento da população brasileira cria também um novo quadro onde a incidência de deficiências tem estado cada vez mais relacionada a males crônico-degenerativos, tais como hipertensão arterial, diabetes, acidentes vasculares-encefálicos, doença de Alzheimer, câncer, osteoporose e outros males que se evidenciam principalmente em pessoas de idade avançada.

Nesse caso, observa-se em geral que as causas da deficiência deveriam ser tratadas como problemas de saúde pública, ou seja, com política de segurança e prevenção de acidentes e doenças. Elas atingem um nível de prevenção primário, uma vez que impedem que o processo da doença ou acidente se torne estabelecido, ao eliminar suas causas ou aumentar a resistência ao evento. No caso de políticas de prevenção primária, inclui-se também a de acidentes de trabalhos e de trânsito, entre os exemplos destacam-se: o uso de proteção específica, acompanhamento pré, pós e perinatal, campanhas de imunização, planejamento família e o aconselhamento genético.

Argumentam os pesquisadores, que mais de 50% dos casos de deficiência física e mental poderiam ser evitados, ou pelo menos minimizados, com ações preventivas e melhorias das condições de vida. Afirmam que o aconselhamento genético e o manejo adequado pré e perinatal poderiam evitar em 50% e 40% os casos de retardo mental e paralisia cerebral, respectivamente. Um casal que tem que planejar ter um filho deve realizar alguns exames que podem prevenir doenças no futuro bebê. Algumas situações exigem acompanhamento médico especial, como é o caso do casamento entre parentes, diabetes, pressão alta e epilepsia, bem como mães com sífilis, rubéola e toxoplasmose. Finalmente, os pais devem seguir os programas de variações dos filhos, como da campanha contra a poliomielite e doenças infecciosas. Os dados sobre a vacinação de 1981 nos relatam que mais de 80% das pessoas com deficiência tomaram a vacina tríplice, e todos os que responderam declararam ter tomado vacina contra o sarampo. Cabe ressaltar que na data da pesquisa o amplo programa de vacina contra poliomielite da década de 80 ainda não tinha sido posto em prática, cuja campanha publicitária contou com o famoso personagem animado Zé Gotinha.

Nas crianças os distúrbios visuais são provenientes em grande parte de causas infecciosas como a rubéola, a toxoplasmose congênita ou adquirida nos primeiros meses de vida e causas hereditárias. A perda de visão, total ou parcial, de origem cerebral está associada a sequelas neurológicas causadas principalmente por nascimentos prematuros e má formação congênita. O mesmo acontece com a deficiência auditiva que atinge as crianças, pois é causada na maioria dos casos pela rubéola gestacional e outras infecções pré-natais. No entanto, em adultos a incidência de distúrbios visuais e a prevalência das doenças crônico-degenerativas cresce com a expectativa de vida. Nesta fase os principais motivos da perda visual são a retinopatia diabética, o glaucoma, e degeneração muscular senil e catarata (Carvalho, 1993; OMS, 1994). Quanto à deficiência auditiva, a perda em função da idade (presbiacusia) é comum na população idosa, ao passo que entre os adultos, o ruído é uma importante causa, principalmente nos locais de trabalho.

Além de focar as origens, as políticas de saúde pública também devem atender as demandas sociais, no sentido de assistir esses indivíduos que tiveram a saúde comprometida ou doença já estabelecida. Nesse caso, as políticas de prevenção primária devem ser acompanhadas da prevenção secundária, que interrompe o processo da doença antes que se torne sintomático.

O programa de reabilitação mais eficaz é o ajustado para encontrar as necessidades físicas, emocionais e ocupacionais do paciente individual. Segundo as pesquisas, isto requer um esforço conjunto de diversos especialistas: fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psiquiatras e psicólogos. Os fisioterapeutas trabalham para fortalecer músculos enfraquecidos, aumentar os movimentos e a flexibilidade das juntas, além de ensinar aos pacientes maneiras de lidar com as tarefas rotineiras, até então limitadas. Os fonoaudiólogos procuram melhorar as capacidades dos pacientes para articular seus pensamentos após um derrame ou traumatismo. Já, avaliação das capacidades ocupacionais dos pacientes, se deve as terapias ocupacionais, cujas finalidades é aconselhar o tipo onde trabalho adequado, submeter a pessoa com deficiência ao treinamento ou retreinamento do trabalho, bem como ajudá-lo a obter uma ocupação adequada.

Os tratamentos psiquiátricos ou psicólogos são importantes no sentido de eliminar as sequelas traumáticas de uma condição de incapacidade. Especialistas têm defendido que esses atendimentos devem ser ampliados a todos os indivíduos portadores de deficiência, independentemente das limitações provocadas. A deficiência foi inversamente correlacionada aos aspectos físicos de qualidade de vida no que diz respeito á saúde, enquanto que positivamente relacionada aos aspectos mentais de graves consequências em função de problemas emocionais. Os autores concluem que os pacientes de deficiência não muito severa necessitam de apoio psicológico tanto quanto os em situações mais graves.

A Constituição de 1998 assegurou o acesso universal á saúde, bem como serviços de habilitação e reabilitação. A questão de equidade foi tomada como igualdade no ingresso aos serviços de saúde, uma vez que a universalidade da cobertura e do atendimento teve o propósito de fornecer igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde para indivíduos com as mesmas necessidades. Em primeiro lugar, cabe ressaltar que a igualdade equidade são os conceitos diferentes. O primeiro ampara, de certo modo, premissas de justiça distributiva o segundo defende igual necessidade, reconhece que os indivíduos são diferentes entre si , portanto , merecem tratamento diferenciado. Este conceito está subentendido na Constituição Federal, pois contempla, de certo modo, uma discriminação positiva, de modo a garantir “mais” direitos a quem tiver "mais necessidades".

2) O Censo de pessoas com deficiência na era da Inclusão

Durante os últimos 30 anos, acostumamos a utilizar o Índice Estimativo Mundial, segundo o qual 10% da população de qualquer país em tempos de paz seriam pessoas com algum tipo de deficiência. Por isso muitos de nós - participantes do movimento da inclusão social, profissionais de reabilitação, como ativistas das organizações de pessoas com deficiência e demais envolvidos neste campo - ficamos surpresos e preocupados com os resultados do Censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).A surpresa e a preocupação pouco tem a ver com a diferença entre o percentual estatístico (4,5%) encontrado no Censo do IBGE e o índice estimativo (10%) . A diferença de 4,5%, para mais ou para menos em relação a 10% já era esperada, a exemplo do que se verificou nos censos realizados em outros países ao longo de três décadas.

3) Total de Pessoas com deficiência - Estimativas

O Censo 2000 conclui que, da população Brasileira 169 milhões (169 milhões de habitantes), 14,5% (24,5 milhões) são pessoas que têm deficiência. Entretanto, se somarmos os números absolutos do quadro abaixo, teremos um total de 34.475.255 pessoas com deficiência ou , em números redondos 34,5 milhões (exatamente 10 milhões a mais que anunciada).

Tipos	Estimativas	%
Deficiência Visual	16.573.937	48,1%
Deficiência Motora	7.879.601	22,9%
Deficiência Auditiva	5.750.809	16,7%
Deficiência Mental Permanente	2.848.684	8,3%
Deficiência Física	1.422.224	4,1%
Total	34.475.255	101,1%

4) A Inclusão da Pessoa Portadora de deficiência, as leis e a importância das Associações.

A questão da inclusão da pessoa com deficiência passa, obrigatoriamente , por ações de vários setores públicos envolvidos na proteção social desta pessoa. Entre outras políticas, públicas, há que se destacar a da Assistência Social, que historicamente financia ações nas áreas de Educação, Saúde e Trabalho.

Considerando a Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS (Lei número 8.742 de 1993) e o reordenamento proposto pela mesma, várias esferas de governo (federal, estadual e municipal) e a sociedade civil atuarão de forma conjunta. Esses setores determinarão como as redes de serviços irão atuar, no sentido de garantir mínimos de qualidade de vida para pessoa com deficiência. No Brasil, este segmento da população tem conquistado seus direitos, por meio das associações e movimentos da sociedade civil, o que tem contribuído para sua progressiva inserção social.

Para que a pessoa com deficiência possa participar efetivamente na sociedade, faz-se necessário que a Assistência Social, além de garantir a proteção social desta pessoas, faça a interface com as demais políticas, afim de facilitar sua inclusão na sociedade.

5) A Inclusão e o papel da Assistência Social

Assistência Social, enquanto política no âmbito de seguridade social, deve optar proteção integral a todas as pessoas. A melhor proteção é aquela que assegura aos cidadãos sua inclusão nas oportunidades de integração social, oferecidas pelo políticas públicas, pelo mercado de trabalho e pelas diversas expressões do convívio família, comunitário e societário (Carvalho, 1998).

Ao considerarmos o conceito de inclusão social como" *o processo pelo qual pessoas com qualquer tipo de necessidade especial preparam para assumir papéis na sociedade e simultaneamente, a sociedade se adapta para atender as necessidades de todas pessoas*" (Block 1992), há que se ter claro que ações isoladas não conseguirão atingir os objetivos que se propõe a inclusão.

Com a LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social surge uma nova concepção de proteção social e inclusão para as pessoas com deficiência, visto que ações que tinham caráter eminentemente assistencialistas, com o poder público, passam a ser discutidas em Conselhos Municipais e viabilizadas por meio dos Planos Municipais.

Neste sentido, Assistência Social passa a ser a área de interface e de articulação com as demais áreas. Enfatizamos a Assistência, visto que um grande contingente de pessoas com deficiência é pobre e tem na Assistência Social seu único apoio.

6) Lei Orgânica da Saúde

A portaria 1060 de 05/06/2002 do Ministério da Saúde define a política voltada para a reabilitação e a Lei nº 7.853 de 24/10/1989, dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiências e a sua integração social, no que se refere à saúde, atribui ao setor a promoção de ações preventivas; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu setor interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiências, desenvolvidos com a participação da sociedade (Art. 2º, Inciso II)”.

No conjunto dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde – SUS, constantes da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 de 19/09/1990 destaca-se o relativo “à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (Art. 7º Incisos I, II, III e IV).

Esta Política Nacional, instrumento que orienta as ações do setor saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito fixado pelo Decreto anteriormente mencionado que considera “pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano”.

O conceito relativo a essa população tem evoluído com o passar dos tempos, acompanhando, de uma forma ou de outra, as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelas pessoas portadoras de deficiência. O marco dessa evolução é a década de 60, em cujo período tem início o processo de formulação de um conceito de deficiência no qual é refletida a “estreita relação existente entre as limitações que experimentam as pessoas portadoras de deficiências, a concepção e a estrutura do meio ambiente e a atitude da população em geral com relação à questão” (Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Corde – do Ministério da Justiça, 1996, p.12). Tal concepção passou a ser adotada em todo mundo, a partir da divulgação do documento Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, elaborado por um grupo de especialistas e aprovado pela ONU, em 1982.”

7) A Reabilitação e o Convênio com o SUS

Os dados do trabalho “Retratos da Deficiência no Brasil” (FGV-CPS, 2000) apontam as causas externas: a violência, os acidentes de trânsito e de trabalho como grandes causadores das deficiências principalmente nos centros urbanos de médio e grande porte. O envelhecimento da população brasileira cria também um novo quadro onde a incidência de deficiências tem estado cada vez mais relacionada a males crônico-degenerativos, tais como hipertensão arterial, diabetes, acidentes vasculares-encefálicos, doenças de Alzheimer, câncer, osteoporose e outros males que se evidenciam principalmente em pessoas de idade avançada.

O programa de Reabilitação mais eficaz é o ajustado para encontrar as necessidades físicas, emocionais e ocupacionais do paciente individual. Segundo as rotinas dos Centros de Reabilitação, isto requer um esforço conjunto de diversos especialistas: médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais.

A área de reabilitação tem custo alto, porque o indivíduo portador de alguma seqüela, nunca volta a ser totalmente igual ao que era antes, porém pode continuar a ser um membro útil à sociedade, desde que reabilitado.

O Sistema SUS inclui todos os tipos de patologias, dentro de alguns procedimentos fisioterápicos, com valores idênticos para todos eles.

O Sistema SUS não deveria pagar o procedimento de fisioterapia, como se fossem todos os pacientes iguais. Confundindo o paciente pequeno incapacitado, com uma patologia de ombro, com um paciente portador de tetraplegia completa. Os dois pacientes são portadores de incapacidade física e necessitam de fisioterapia, mas quem trabalha na área de Reabilitação saberá a diferença dos dois casos, na hora de transferir os pacientes da cadeira de rodas, para o tablado de atendimento e na hora de estabelecer o programa de tratamento.

Exatamente por esta discrepância de atendimento, vemos constantemente Centros de Reabilitação se multiplicando no País, dedicados exclusivamente ao atendimento de crianças, enquanto os paraplégicos e os amputados amargam anos em filas de espera para algum tipo de atendimento.

Para que o setor de Reabilitação mantenha a sua importância para o sistema público e mesmo suplementar, que estão em processos de desenvolvimento, tanto gerencial, quanto assistencial, é necessário que sejam consideradas algumas estratégias e prioridades de intervenção e apoio, visando especialmente garantir o atendimento à parcela de 10% da população brasileira (censo IBGE – 2000) de portadores de deficiência.

É necessário colocar em discussão os gastos com a Reabilitação. A tabela vigente do convênio SUS não cobre sequer os custos dos serviços, a exemplo: uma consulta médica – R\$10,00; uma avaliação – R\$2,55; um tratamento de alta complexidade – R\$17,30; um exame de eletroencefalografia – R\$27,00 por uma internação com tratamento da complexa reabilitação – R\$41,00. E em outros casos o SUS não cobre alguns tratamentos.

Para tanto, o setor, como um todo, precisa ser compreendido em sua diversidade, com realidades distintas e, naturalmente, a exigir diferentes ações e tratamentos.

8) A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência menciona nas suas disposições legais:

“Na conformidade do ideário democrático, ao longo da Constituição Federal de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas portadoras de deficiências nos mais diferentes campos e aspectos. A partir de então, outros instrumentos legais foram estabelecidos, regulamentando os ditames constitucionais relativos a esse segmento populacional, destacando-se as Leis N.º 7.853/89 e N.º 8.080/90 – a chamada Lei Orgânica da Saúde –, bem como o Decreto N.º 3298/99.

Em seu Artigo 23, Capítulo II, a Constituição determina que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”.

Já a Lei N.º 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiências e a sua integração social, no que se refere à saúde, atribui ao setor a promoção de ações preventivas; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e do adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiências, desenvolvidos com a participação da sociedade (Art. 2º, Inciso II).

No conjunto dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde – SUS, constantes da Lei Orgânica da Saúde, destaca-se o relativo “à preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”, bem como aqueles que garantem a universalidade de acesso e a integralidade da assistência (Art. 7º Incisos I, II, III e IV).

Esta Política Nacional, instrumento que orienta as ações do setor saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito fixado pelo Decreto anteriormente mencionado que considera “pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano.”

O conceito relativo a essa população tem evoluído com o passar dos tempos, acompanhando, de uma forma ou de outra, as mudanças ocorridas na sociedade e as próprias conquistas alcançadas pelas pessoas portadoras de deficiência. O marco dessa evolução é a década de 60, em cujo período tem início o processo de formulação de um conceito de deficiência, no qual é refletida a “estreita relação existente entre as limitações que experimentam as pessoas portadoras de deficiências, a concepção e a estrutura do meio ambiente e a atitude da população em geral com relação à questão” (Coordenadoria para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Corde – do Ministério da Justiça, 1996, p.12).

Tal concepção passou a ser adotada em todo mundo, a partir da divulgação do documento Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, elaborado por um grupo de especialistas e aprovado pela ONU, em 1982.

Um outro marco foi a declaração da Organização das Nações Unidas – ONU – que fixou 1981 como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, colocando em evidência e em discussão, entre os países membros, a situação da população portadora de deficiência no mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, onde a pobreza e a injustiça social tendem a agravar a situação. A principal consequência daquele Ano Internacional foi a aprovação na assembléia geral da ONU, realizada em 3 de dezembro de 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências, referido anteriormente (Resolução 37/52).

Esse documento ressalta o direito dessas pessoas a oportunidades idênticas às dos demais cidadãos; bem como o de usufruir, em condições de igualdade, das melhorias nas condições de vida, resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social. Nesse Programa, foram estabelecidas diretrizes nas diversas áreas de atenção à população portadora de deficiência, como a de saúde, de educação, de emprego e renda, de seguridade social, de legislação etc., as quais os estados membros devem considerar na definição e execução de suas políticas, planos e programas voltados a estas pessoas.”

9) Com base nesses preceitos, posso interpretar que:

A Organização das Nações Unidas (ONU) reconheceu, por intermédio da Declaração dos Direitos da Pessoa Deficiente, a necessidade de proteger os direitos, assegurar o bem estar e a reabilitação daqueles que estão em desvantagem física ou mental, esse tema foi incluído na legislação dos países signatários, entre eles, o Brasil. A Constituição Federal, a Lei nº 7.853, de 24/10/89, que estabeleceu a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e a Lei Orgânica de Assistência Social nº 8.742 de 07/12/93, determinam a articulação entre entidades governamentais e não-governamentais para o atendimento ao portador de deficiência.

Na prática, porém, não há o cumprimento das leis em seus aspectos assistenciais, e também não são asseguradas as condições de parceria com organizações não-governamentais, estabelecidas pela Lei nº 8742, em se tratando de remuneração dos serviços.

Em um país como o nosso, com um grande número de pessoas carentes com deficiência, faz-se necessário uma política que garanta mínimos sociais de qualidade de vida, e que se articule as várias formas de atenção a este segmento.

10) Concluindo, sugerimos:

Portanto, que seja analisada no PL nº 6.124/2005 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), uma emenda que determine uma integração e articulação das várias políticas públicas com as Associações e Organizações Não Governamentais que cuidam das pessoas com deficiência para permitir que (estas Organizações) possam ter sustentação orçamentária nas suas atividades de tratamentos médicos e de inclusão social desta parcela da população na Sociedade.

*Trabalho de Pesquisa elaborado por Aquiles Ferraz Nunes - Economista, Superintendente Executivo da
ABBR - Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação - Setembro de 2005*

Fontes de Consulta:

- 1- Censo 2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
- 2- Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS (Lei nº 8.742 de 07/12/93)
- 3- Portaria GM 1060 de 05/06/2002 do Ministério da Saúde (Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência)
- 4- Lei Orgânica da Saúde, SUS (Lei nº 8.080 de 19/09/90)
- 5- Retratos da Deficiência o Brasil (FGV-CPS, 2000)
- 6- Lei nº 7.853 de 24/10/89