

# POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO ÀS ESPECIFICIDADES DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

## PUBLIC HEALTH POLICIES IN CARE FOR THE SPECIFICITIES OF PEOPLE WITH DISABILITIES

Keyla Rosa de Faria <sup>1</sup>

Mayllon Lyggon de Sousa Oliveira <sup>2</sup>

Suely Henrique de Aquino Gomes <sup>3</sup>

**Resumo:** Apresenta os atos legislativos relacionados às políticas públicas de saúde para pessoas com deficiência, tendo por propósito compreender os esforços brasileiros para solucionar os problemas de acesso à saúde pública. A pesquisa documental de cunho qualitativo realizou levantamento das leis, decretos, protocolos, e resoluções elaboradas no âmbito federal do Brasil, com recorte a partir da década de 1980. Com base nos dados coletados verificou que só com o advento da Constituição brasileira surgiu o Sistema Único de Saúde, e a elaboração de programas e ações na área da saúde pública para pessoas com deficiência. Todavia, no contexto da racionalidade neoliberal, essas políticas públicas são ou muito específicas e não abarcam a realidade dessas pessoas, ou são generalistas na tentativa de englobar o máximo de deficiências, sem necessariamente especificar suas características primordiais. O que dá pistas de um exercício de medicina social que interfere no meio e não nas realidades individuais.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde – SUS. Medicina social. Governamentalidade.

**Abstract:** It presents the legislative acts related to public health policies for people with disabilities, with the purpose of understanding Brazilian efforts to solve problems of access to public health. Qualitative documentary research carried out a survey of laws, decrees, protocols, and resolutions drawn up at the federal level in Brazil, with a cut from the 1980s. Based on the collected data, it was verified that only with the advent of the Brazilian Constitution did the System Health System, and the development of programs and actions in the area of public health for people with disabilities. However, in the context of neoliberal rationality, these public policies are either very specific and do not encompass the reality of these people, or they are generalist in an attempt to encompass the maximum number of disabilities, without necessarily specifying their primary characteristics. Which gives clues to an exercise in social medicine that interferes with the environment and not with individual realities.

**Keywords:** Unified Health System – SUS. Social medicine. Governmentality.

- 
- <sup>1</sup> Doutora em Comunicação, Mídia e Informação pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Atualmente Professora e Bibliotecária na Associação Down de Goiás. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7158171346842465>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7446-0224>. E-mail: [keyladefaria@gmail.com](mailto:keyladefaria@gmail.com)
  - <sup>2</sup> Doutor em Comunicação e Mídia pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Atualmente Professor na Faculdade Sul-Americana (FASAM). Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0133337455673440>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4836-2222>. E-mail: [mayllon.lyggon@gmail.com](mailto:mayllon.lyggon@gmail.com)
  - <sup>3</sup> Doutora em Ciência da Informação pela Universidade de Brasília (UNB). Docente do quadro permanente do Programa de Pós-Graduação em Comunicação (Mestrado e Doutorado) da Universidade Federal de Goiás. Professora titular aposentada. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3007925506666700>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5711-483X>. E-mail: [suelygomes@ufg.br](mailto:suelygomes@ufg.br)

## Introdução

Este artigo se propõe a realizar levantamento documental das políticas públicas de saúde instituídas no Brasil, a partir da década de 1980, para as Pessoas com Deficiência (PcD). Esse recorte se deve ao Movimento Político das Pessoas com Deficiência que ocorreu no final da década de 1970 e início de 1980, e que foi de suma importância para a luta pela igualdade de oportunidades para essa parcela da população brasileira. A partir desse movimento, as PcD tiveram a oportunidade de participar na elaboração do texto constitucional e garantir atendimentos específicos a elas. É também com a Constituição de 1988 que nasce uma das mais importantes políticas públicas de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS).

Lanna Júnior (2010, p. 34-35) afirma que os novos movimentos sociais, “dentre os quais o movimento político das pessoas com deficiência, saíram do anonimato e, na esteira da abertura política, uniram esforços, formaram novas organizações, articularam-se nacionalmente, criaram estratégias de luta”, a fim de “reivindicar igualdade de oportunidades e garantias de direitos”. As participações democráticas na elaboração do texto constitucional foram o pontapé inicial para que saíssem da invisibilidade e começassem a participar da vida social com autonomia. Contribuiu também para que as garantias de direitos relacionados à saúde assegurassem atendimentos específicos às pessoas com deficiência, dentro das singularidades de cada deficiência.

O SUS, implantado em 1988, é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita. Vem para atender preceitos da Constituição Federal Brasileira de 1988 que determina que é dever do Estado garantir a saúde de toda população brasileira. Por determinação da Carta Magna, as pessoas com deficiência têm o direito à atenção integral à saúde e, caso necessitem, devem procurar os serviços de saúde do SUS para orientações ou cuidados em saúde.

Nessa abordagem, também está a perspectiva da inclusão social, entendida como o “processo pelo qual a sociedade se adapta para incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade”. A inclusão social estabelece, então, “um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos” (Sasaki, 1997, p. 3).

A inclusão social é uma “prática política da governamentalidade”, que funciona como “um conjunto de práticas que subjetivam os indivíduos de forma que eles passem a olhar para si e para o outro, sem necessariamente ter como referência fronteiras que delimitam o lugar do normal e do anormal” (Lopes, 2009, p. 154).

Incluir tornou-se uma palavra de ordem no nosso tempo. Desde o surgimento dos movimentos sociais da pessoa com deficiência, uma série de políticas públicas e atos legislativos foram criadas na tentativa de garantir a participação da população em todas as dinâmicas da sociedade e do Estado (Fröhlich, 2014). Contudo, a proliferação dessas políticas e atos legislativos de inclusão está também inserida em uma economia neoliberal e, por isso, podem funcionar apenas como condições para que as PcD se tornem produtoras e consumidoras.

Desse ponto, este trabalho objetiva levantar e sistematizar os atos legislativos (normas, decretos, portarias, leis e regulamentos) elaborados para atender – na instância federal – à pessoa com deficiência. Essa é uma estratégia para entender as intervenções e regulamentações de uma racionalidade de governo neoliberal em um grupo social no qual a intervenção do Estado é fundamental para garantir a inclusão e acesso à saúde pública. O levantamento, de caráter documental, foi realizado na base de dados governamental do Ministério da Saúde e da Presidência da República. O conjunto dos atos legislativos são aqui tomados como política de inclusão e compensatórias, onde o Estado atua para amenizar os efeitos de uma economia neoliberal.

A intenção é responder: Quais as urgências históricas esses marcos legais procuraram responder? O que elas representam em termos de governamentalidade, de segurança e de gestão da população? E mais, qual a relação dessas políticas com o neoliberalismo econômico e dos movimentos em direção à garantia dos direitos humanos?

Na primeira parte do artigo, aponta-se o conceito de governamentalidade e as maneiras a partir da qual o Estado, responsável pela criação dessas normativas, se governamentalizou e passa

a agir a partir de uma racionalidade neoliberal. Na segunda parte, levantam-se e sistematizam-se as normativas encontradas e relacionadas ao acesso à saúde a partir das suas características e temáticas.

## O governo do Estado

Governamentalidade (*gouvernementalité*) é uma junção das palavras “*gouvernement*” e “*mentalité*”. Conceito presente na obra de Michel Foucault (2008a, 2008b), relaciona o poder, o Estado, a população e, no limite, a própria vida, que passa a ser o centro das discussões a partir do século XVIII. Para o autor, tem três interpretações principais: primeiro, um conjunto heterógeno de táticas, procedimentos, reflexões, análises e instituições que permitem o exercício de poder, tem a população como algo e se baseia no saber da economia política e dispositivos de segurança; segundo, a tendência ocidental desse poder que se pode chamar de governo sobre os outros – soberania, disciplina, biopolítica – que conduziu a um conjunto de aparelhos próprios de governo e um conjunto ordenado de saberes; por fim, o resultado do processo em que o Estado de justiça do medievo torna-se o Estado administrativo e foi paulatinamente governamentalizado (Foucault, 2008b).

O autor estabelece três marcos históricos elementares (Sociedade Soberana, Sociedade Disciplinar, Sociedade de Governo), tragos aqui em um brevíssimo panorama, para explicar a racionalidade a partir da qual se baseia o governo e, em consequência, o Estado (Foucault, 1979, 2008a, 2008b).

Em primeiro lugar, a sociedade soberana. Baseava-se em relações de poder instituídas a partir de um soberano que reina sobre um território e, ao fazê-lo, pode matar os indivíduos. O soberano pode causar a morte ou deixar viver os súditos. É um direito do gládio, em que “poder matar para poder sobreviver [...] tornou-se princípio de estratégia entre os Estados” (Foucault, 1977, p. 147-148).

Na aurora da Revolução Industrial, o crescimento das cidades, o aumento e o adensamento populacional e a ausência de guerras demandam não mais uma eliminação das forças (por meio da morte dos indivíduos), mas se expressa na intensificação dessas forças, no adestramento e na ordenação dos corpos no tempo e no espaço, uma anátomo-política do corpo humano. É o surgimento da Sociedade Disciplinar (Foucault, 1987). Aqui, o corpo deve ser adestrado, otimizado e as suas forças extorquidas por meio de uma rigorosa organização com base na sua utilidade, docilização e integração a um sistema econômico. O poder se consolida, sobretudo nas instituições totais: a escola, a fábrica, a prisão e o quartel.

A partir do século XVIII, o liberalismo, e depois o neoliberalismo, põe em circulação uma nova racionalidade de governo, deve-se intervir menos para governar com mais eficácia. A partir de então, o poder centra-se no corpo-espécie, a população, ou seja, em “um conjunto de elementos, no interior do qual podem-se notar constantes e regularidades até nos acidentes” no qual “pode-se identificar certo número de variáveis de que ele depende e que são capazes de modificá-lo” (Foucault, 2008a, p. 97). Se antes havia um Estado totalizador (soberano), que passa a se executar por meio de uma anátomo-política que regula os corpos no detalhe (na sociedade disciplinar), a Sociedade de Governo se baseia na biopolítica e em um Estado mínimo, neoliberal.

Não se governa mais (apenas) o território, tampouco as pessoas, governa-se o meio em que as pessoas vivem. O foco é a população, é sobre ela que recaem as estratégias do Estado para a manutenção de um equilíbrio e o funcionamento da sociedade em um padrão ótimo (Foucault, 1979, 2008a, 2008b). Essas práticas de governo baseiam-se no tripé: “deixar as pessoas fazerem, as coisas passarem, as coisas andarem”, de maneira que “a realidade se desenvolva e vá, siga seu caminho, de acordo com as leis, os princípios e os mecanismos que são os da realidade mesma” (Foucault, 2008a, p. 62-63).

Para que isso funcione, a arte de governar lança mão de quatro noções específicas, a saber: o caso individual, uma forma específica de individualizar os fenômenos coletivos que acontecem em uma população; o risco, perscrutar e entender em que medida cada caso pode significar um risco para a população; o perigo para a população em decorrência do acúmulo desses casos, bem

como os grupos mais suscetíveis a esses riscos; por fim, a crise, como a disparada circular que só é barrada por meio de uma intervenção superior e artificial do Estado (Foucault, 2008a).

Com essa tecnologia de poder, dois pontos se cruzam: por um lado, a liberdade é – supostamente – a medida de ação dos indivíduos no contexto da população, bem como funciona para responsabilizá-los pelos seus atos; por outro lado, a crise é o momento de chamamento para a intervenção do Estado, a validação das ações tomadas e, no limite, que a preocupação desse não é a supressão absoluta dos casos individuais, dos riscos que eles representam, porém muito mais quanto ao perigo que esses casos podem representar em uma crise futura para a população em geral (Foucault, 2008b). Em suma, um Estado que “em defesa da sociedade” pode “fazer viver e deixar morrer” (Foucault, 2010).

Nessa dinâmica, o Estado de bem-estar social funciona e governa a população a partir de um conjunto de taxas estatísticas: mortalidade, natalidade, acidentes, adoecimentos, invalidez etc. (Foucault, 2008b). Em suma, combinações de fenômenos regulares e previsíveis estatisticamente no nível social, mas fortuitos em nível individual. Por meio dessas taxas, o Estado pode interferir na sociedade. Daí que são intensificadas as preocupações com as PcD's, isso porque em um contexto populacional suas vidas precisam integrar os cálculos de governo.

## O neoliberalismo e a medicina como política compensatória

O neoliberalismo muda a instância de atuação do Estado, inaugurando uma outra racionalidade de governo. Primeiro, porque considera que o mercado não age segundo uma mão invisível e requer uma interferência direta do Estado para que crie uma “cultura de empresa” na sociedade e o indivíduo seja empresário de si mesmo; o Estado governa para o mercado e constitui-se com ele, portanto, a competição pura e o mercado livre são os objetivos finais; a lei integra a economia e deve ser atuar para criar formas empreendedoras; o mercado atua como tribunal permanente da atuação do Estado (Foucault, 2008b).

Na dinâmica neoliberal da contemporaneidade, segundo Lopes (2009, p. 154), “o mercado é entendido como uma forma de definir e de limitar as ações de governo, fazendo com que este se coloque e se justifique frente à população e frente aos públicos que se formam no interior dela”. Isto é, no neoliberalismo “o Estado só deve intervir com o intuito de garantir um mínimo para aliviar a pobreza e produzir serviços que os privados não podem ou não querem produzir, além daqueles que são, a rigor, de apropriação coletiva” (Piana, 2009, p. 34).

Essa conjuntura é operada a partir de dois fenômenos que se coadunam paradoxalmente. Para que existam os direitos civis e políticos é preciso que haja uma regulação que reduz a intervenção do Estado e considera o sujeito *uti singulis*, que deve ser protegido. Por outro lado, os direitos sociais (dentre eles a saúde) faz emergir a coletividade e vai operar a partir dela, principalmente nos núcleos como a família, que requer uma participação ativa do estado em positivar esses direitos em leis, como é o caso da saúde bem como fiscalizar a sua manutenção nas instâncias que lhe cabem (Bobbio, 2004).

A politização, nesse contexto, está presente na população e nas instituições. A ciência opera na dimensão da vida e a construir o saber sobre o corpo do sujeito e da sociedade. Os Estados lançam mão de dispositivos de segurança<sup>1</sup> para regular e fazer a população funcionar segundo um padrão ótimo. Surge então a regulação das natalidades, das mortes e das doenças; a ergonomia dos bairros, com a sua distribuição e coleta do lixo, esgoto e o lugar dos mortos; o domínio do tempo, dos espaços e as formas de transporte e circulação dos corpos. A racionalização opera tanto na perspectiva de garantir os direitos (via direito e polícia), quanto à saúde (via biomedicina) e ao entendimento da população (via ciências humanas e sociais) (Foucault, 1979, 2008b).

Nessa conjuntura, os sujeitos de votos individuais, dão lugar a um contingente capaz de vencer uma eleição democrática em que a maioria escolhe os representantes legais que por eles legislem e fiscalizem. São esses mesmos indivíduos, eleitos, que representarão – supostamente – a voz do povo ao garantir-lhes direitos. As cartas de direitos, preconizadas na sociedade disciplinar, vão

<sup>1</sup> Michel Foucault chama de dispositivos de segurança o conjunto heterogêneo de técnicas e tecnologias de poder que se apoiam em dados materiais disponíveis no meio em que vive uma população, tendo por objetivo maximizar os elementos positivos e minimizar aquilo que é inconveniente no contexto de uma população (Foucault, 2008b).

apontar para uma dinâmica em que todas as pessoas, respeitadas as suas limitações e capacidades, podem concorrer aos cargos público-políticos e decidir sobre o que é melhor para a população que pertencem.

Para Foucault (1979), ao Estado, cabe produzir, insuflar e garantir as liberdades, bem como assegurar o bem-estar da população. Segurança e liberdade devem andar juntas, mas carregam em contrapartida a díade economia e política. Daí que esse mesmo Estado passa a produzir estratégias para controlar a população na dinâmica segurança/liberdade, economia/política.

Se sujeito e Estado devem, juntos, relacionarem-se e disputarem até onde um pode interferir no funcionamento do outro, a fim de garantir as liberdades individuais, bem como o bom funcionamento das populações, de que maneira o Estado e os sujeitos podem se relacionar a partir de ferramentas que garantam condições de vidas de Pessoas com Deficiência?

O âmbito da medicina social funciona como uma ferramenta por meio da qual o Estado pode intervir na sociedade. Contudo, como a racionalidade de governo decorre do mercado e é para o mercado que o Estado governa, a medicina social atua, portanto, apenas como um efeito compensatório.

Em outros termos, a medicina social funciona como um fruto dessa relação entre ciência e Estado e como uma tecnologia a partir do qual as populações passam a integrar os cálculos do governo, possibilitando o controle da população a partir do corporal, do somático. Essa mesma medicina, como um campo de saber, aliada ao mercado, e na ausência do Estado, é a responsável por criar condições e disponibilizar produtos (remédios, exames, tratamentos, terapêuticas) que podem ser consumidos por esse grupo de pessoas.

Piana (2009, p. 34) menciona que no neoliberalismo “o Estado só deve intervir com o intuito de garantir um mínimo para aliviar a pobreza e produzir serviços que os privados não podem ou não querem produzir, além daqueles que são, a rigor, de apropriação coletiva”. Assim, os direitos sociais tornam-se mercadorias e o movimento econômico restringe a esfera social da cidadania em favor da projeção do mercado.

Anna Paula Lombardi e Cilian Löwen Sahr (2014, p. 77) indicam que no caso do Brasil, “as políticas econômicas atuais [e neoliberais] acabaram por provocar, não políticas de exclusão e, sim, políticas de inclusão precária e marginal [...] Estas passam a ter um caráter eventual e complementar por meio de práticas fragmentadas e compensatórias”. Não haveria, portanto, uma perspectiva de garantir e assegurar às pessoas com deficiência condições de vida e saúde de maneira integral, mas de criar efeitos compensatórios.

Uma vez que a dinâmica neoliberal se constitui no tripé da eficiência de mercado, Estado mínimo e valorização da iniciativa privada, o estado de Bem-Estar Social passa a ser submetido às políticas públicas de interesse do mercado. No entanto, há uma tensão entre a lógica compensatória e a transformação estrutural necessária para a efetivação de direitos.

Se, por um lado, a medicina social visa proporcionar acesso à saúde para grupos historicamente marginalizados, como pessoas com deficiência. No entanto, ela pode criar uma exclusão sutil ao individualizar as necessidades e desviar o foco da transformação social necessária. O que se materializa, por exemplo, em políticas públicas – positivadas em leis, normas, decretos – que são ora muito específicas e não dão conta das necessidades das pessoas com deficiência, ora muito generalistas para englobar o máximo de deficiência sem pensar as suas especificidades.

## **Políticas públicas de saúde para pessoas com deficiência**

De acordo com a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) nº 13.146/2015, no Art. 2º considera-se pessoa com deficiência “aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (Brasil, 2015).

Tendo por conceito base a LBI percebe-se que esse grupo social necessita de políticas de saúde específicas, uma vez que se deparam com barreiras que as impedem de participar efetivamente e usufruir da vida em sociedade. Ao tratar do tema saúde, a situação é um tanto

quanto delicada devido a presença de algumas doenças raras em PcD. Assim, Vieira (2019) relata as questões fundamentais dos cuidados existentes às pessoas com deficiência e doenças raras na atenção primária, as ferramentas utilizadas e as percepções dos profissionais neste atendimento primário para as abordagens e para as práticas de cuidado.

Tudo isso depende da elaboração de políticas públicas de saúde. Pretende-se nesta parte apresentar as políticas públicas de saúde elaboradas para atender à pessoa com deficiência (PcD) no território brasileiro, cujo levantamento dessas políticas se deu a partir da década de 1980.

Benevides e Passos (2005, p. 566) relatam que ao chegarem no “Ministério da Saúde nos deparamos com a máquina do Estado com seu intrincado poder ali expresso em programas, projetos, burocracias, instâncias e esferas de governo político”. Porém, a “complexidade desta máquina faz de seu interior um mundo que tende a nos atrair e capturar. Percebemos que o Estado, embora não sendo a fonte de onde emanam as linhas de capilarização do poder, tende a absorvê-las, interiorizando-as”. É dentro dessas complexidades que se constroem as políticas públicas de saúde, com foco nas necessidades da população.

A saúde aqui é compreendida, segundo o preâmbulo da Organização Mundial da Saúde, como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. A Constituição brasileira, no seu artigo 196, considera 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 sua promoção, proteção e recuperação. Por isso que, a saúde é um direito de todos e dever do Estado (Brasil, 1988).

É apenas a partir da Constituição (1988), que as pessoas com deficiência foram nomeadas e diferenciadas, tendo garantias de direitos particularizadas. Até a Carta, havia uma invisibilização dessas pessoas e das particularidades das suas deficiências. De acordo com Pinto (1999, p. 53), “os cidadãos votam e têm direitos universais à saúde e à educação; este cidadão é homem, mulher, índio, criança, adolescente, filho adotado, idoso, carente, inválido, deficiente físico, a mãe, o pai”.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído a partir das discussões iniciais presentes nos direitos expressos na Constituição, e tem por princípio dar acesso universal e atenção integral a toda a população brasileira, ele se constitui como um conglomerado de normas, instituições, processos e pessoas que responsáveis pela saúde de todo e qualquer brasileiro e é regido também pelos atos legislativos federais, que determinam alguns direitos às PcD. Além de estar assegurada na Constituição brasileira, a garantia de direitos das PcD também é manifesta na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU – da qual o Brasil é signatário. Essa reitera sobre o acesso dessas pessoas aos bens e serviços da saúde, sem discriminação.

Historicamente, os indivíduos com deficiência participaram de uma invisibilidade social, neste sentido as leis brasileiras em nenhum momento, anterior a 1988, se voltou para as particularidades dessas e desses cidadãos, mesmo porque, os excluídos “estavam marcados, ao longo da história, por lutas, por oposições, por relações de poder perversas” (Pinto, 1999, p. 34). O movimento político das pessoas com deficiência no Brasil emerge a partir do processo de redemocratização política, e dentro desse contexto, reivindica a garantia de direitos e espaços de participação social.

Instituir a Comissão Nacional do Ano Internacional das Pessoas Deficientes (1980) revela a emergência histórica em promover o protagonismo dessas pessoas na participação política, a qual era restrita, de onde advém o lema “Nada sobre Nós sem Nós”. Nisto se observa a afirmação de Foucault que “o poder está em todo o lugar, não porque abraça tudo, mas porque ele vem de todos os lugares” (Foucault, 1977, p. 93).

Um dos efeitos do poder são mais visíveis são as leis, normas, regras estabelecidas e emanadas do Estado – daí confundi-lo e localizá-lo no âmbito do Estado. Na busca por esse marco regulatório brasileiro voltado para a PcD, foram recuperadas 65 (sessenta e cinco) atos legislativos que envolvem de alguma forma a PcD. Eles se apresentam como Lei, Decreto, Portaria ou Resolução. A “Lei” é uma norma ou conjunto de normas jurídicas criadas através dos processos próprios do ato normativo e estabelecidas pelas autoridades competentes para o efeito; Decreto é

uma ordem emanada de uma autoridade superior ou órgão (civil, militar, leigo ou eclesiástico) que determina o cumprimento de uma resolução; “Portaria” é um documento de ato administrativo de qualquer autoridade pública, que contém instruções acerca da aplicação de leis ou regulamentos; e “Resolução” é uma norma jurídica destinada a disciplinar assunto do interesse interno do Congresso Nacional, no caso do Brasil (Universidade Federal de Santa Catarina, 2012).

Os documentos legais relacionados às PcD recuperados podem ser organizados nas categorias apresentadas sucintamente na Tabela 1 a seguir, de acordo com os temas tratados. Uma lista mais detalhada desses atos normativos segue como apêndice do presente trabalho.

**Tabela 1.** Resumo dos atos legislativos

| Temática                          |  | Lei | Decreto | Portaria | Resolução |
|-----------------------------------|--|-----|---------|----------|-----------|
| 1) Direitos das PcD               |  | 4   | 5       | 1        | 1         |
| <b>Atendimento à saúde da PcD</b> | Subcategoria I – acesso à saúde pelo SUS para as PcD             | 1   | 1       | 12       | 1         |
|                                   | Subcategoria II - protocolos e normas                            |     |         |          |           |
|                                   | Subcategoria III reabilitação da PcD                             |     |         |          |           |
|                                   | Subcategoria IV - “Prevenção da deficiência”                     | --- | 14      | ---      |           |
|                                   | Subcategoria V “Triagem neonatal”                                | --- |         |          |           |
|                                   | Subcategoria VI - Equipamentos para reabilitação                 | --- | 2       | 2        |           |
|                                   | Subcategoria VII - Atenção à Inserção da genética clínica no SUS | --- | 9       | ---      |           |
|                                   |  | --- | 1       | ---      |           |
|                                   | ---  | 7   | ---     |          |           |
|                                   | ---  | 1   | ---     |          |           |
| 2) Atendimento prioritário        |  | 1   | 1       | ---      | ---       |
| 3) Terminologias                  |  | --- | ---     | ---      | 2         |
| 4) Incentivos financeiros         |  | 1   | ---     | 3        | ---       |
| Total                             |  | 7   | 7       | 50       | 6         |

**Fonte:** Elaborado pelas Autoras e Autor, conforme os dados da pesquisa (2022).

De acordo com a Tabela 1, sobre os direitos da PcD, o Brasil possui 7 (sete) Leis, 7 (sete) decretos, 50 (cinquenta) portarias, e 6 (seis) resoluções, sendo a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) - nº 13.146/2015 - o grande marco nas especificidades dos direitos dessas pessoas, sem revogar os decretos e leis que a antecederam, tanto que no parágrafo único diz:

Esta lei tem por base a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, ratificados pelo Congresso Nacional por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, em conformidade com o procedimento previsto no § 3º do art. 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, em vigor para o Brasil, no plano jurídico externo, desde 31 de agosto de 2008, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, data de início de sua vigência no plano interno (Brasil, 2015).

Constata-se que o quantitativo expressivo está relacionado à portaria, um total de quarenta e sete, as quais têm por objetivo instruir acerca da aplicação de leis ou regulamentos, ou seja, não possuem poder de lei servem como recomendações aos profissionais e instituições de saúde no informe de quais são os direitos das PcD, sem necessariamente significar uma obrigação do Estado garantida por lei. Sem, portanto, tirar a significância dos decretos, principalmente o que aprova a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, Decreto 6.949/2009.

Tendo em vista que a inclusão é uma prática de governamentalidade, deve-se, então, compreender a inclusão como um exercício de subjetivação dos “indivíduos de forma que eles

passem a olhar para si e para o outro, sem necessariamente ter como referência as fronteiras que delimitam o lugar do normal e do anormal, do incluído e do excluído, do empregado e do desempregado, etc (Lopes, 2009, p. 154).

A proposta, das leis apontadas, é em sua maioria articular e constituir uma rede em diferentes esferas sociais, com o objetivo de instigar a participação de toda a população. O Estado, que tende a ser mínimo dado às dinâmicas neoliberais, tem nas leis os instrumentos para “compensar” as deficiências dessas pessoas. Segundo Fröhling (2014, p. 8), nessa lógica de funcionamento e organização social, “a destinação de recursos financeiros para a população é entendida como uma forma de investimento que, no futuro, daria um retorno econômico ao Estado. Um retorno econômico pautado na seguridade e no gerenciamento de riscos”.

A legislação, portanto, já está impregnada, desde o seu âmago, no seu processo de produção, por uma lógica de governmentação em que se insere relacionada com uma proposta de inclusão social, mas também econômica, do que necessariamente com a garantia de condições verdadeiramente vivíveis dessas pessoas. A inclusão, e as políticas públicas voltadas para esse fim, no viés do mercado pautado no *laissez-faire*, nada mais é que um contrapeso, isto é, baseia-se na lógica do investimento e, como tal, deve dar frutos futuros a serem colhidos pelo próprio mercado, por meio do Estado.

Assim, impera a lógica biopolítica. De acordo com Foucault, a biopolítica é um dispositivo indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, “que só pode ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos” (Foucault, 1977, p. 132). Dentro da perspectiva, as técnicas da biopolítica têm por foco a vida de cada um e de todos. Visam regular a vida, que de alguma forma sofre ameaçada pela doença, pelo desemprego, pela miséria, pela velhice, pela deficiência.

A biopolítica, atuando como dispositivo de governmentação torna possível perceber a forma eficaz de “dispor as coisas e conduzi-las a um bem comum, em que as leis servem como táticas de governo, como regras racionais que são próprias do Estado” (Nespoli, 2014, p. 65). Diante disso, o saber possibilita gerenciar as estimativas, as probabilidades, os índices, ou seja, a biopolítica regula a vida, e controla as eventualidades.

## Considerações finais

Ao tratar sobre a atenção integral à saúde, tendo por foco a pessoa com deficiência, supõe-se uma assistência a sua condição, isto é, condições legais, técnicas e instituições preocupadas com a especificidade da sua deficiência, além de assistir as doenças e agravos comuns a qualquer cidadão. Há, portanto, uma necessidade inicial de inclusão dessas pessoas nesses dispositivos legais por meio dos quais essas pessoas passam a ter existências para as políticas públicas.

Normativas, instruções, leis e regulamentos vão atuar como uma forma de normalizar essas pessoas e as especificidades das suas deficiências, definir como elas poderão ser tratadas nos contextos de saúde públicas, determinar a origem dos investimentos públicos para o seu atendimento etc. Logo, é essa normalização, envolve uma série de procedimentos, processos e técnicas que abrirá a porta para o atendimento básico.

Essa atenção básica tem por princípio estratégico o Programa de Saúde da Família (PSF), o qual veio para reorientar as práticas e ações de saúde de forma integral e contínua. Outro ponto importante são as políticas nacionais de educação permanente, de humanização, de atenção básica, de promoção da saúde e de gestão estratégica participativa.

É notório o avanço no processo de inclusão social das PcD. Foi possível perceber que o SUS se caracteriza como fonte primária das políticas públicas de saúde implantadas no Brasil, e a partir dela, foram elaborados outras leis, decretos, protocolos e resoluções na busca de atender as especificidades de cada deficiência.

Por outro lado, percebe-se também que as leis relacionadas às PcD são extremamente generalistas. Aquelas signatárias de outras normativas internacionais nem sempre consideram as especificidades da realidade geográfica continental e as desigualdades econômicas do Brasil. Isso dificulta a aplicabilidade efetiva das leis e a garantia dos direitos das PcD.

Tais políticas públicas também são fragmentadas e não possuem uma coordenação efetiva

entre os diferentes órgãos e setores responsáveis. Isso resulta em lacunas na implementação das políticas, falta de integração e duplicação de esforços. A ausência de publicidade dessas leis é a mostra de como a aplicabilidade dessas leis é ainda insipiente, o que implica em um desconhecimento dos próprios direitos por parte das pessoas e insuficiente fiscalização e responsabilização das entidades e indivíduos responsáveis pela garantia dos direitos das PcD. Sem uma divulgação adequada, é mais difícil identificar e corrigir eventuais violações dos direitos das PcD, enfraquecendo o sistema de proteção e garantia desses direitos.

É preciso destacar ainda a pouca ênfase na educação inclusiva e no mercado de trabalho, mesmo que haja avanços na legislação relacionada à educação inclusiva e ao direito ao trabalho para as PcD, essas áreas ainda enfrentam desafios significativos. A falta de investimento adequado em recursos e capacitação de profissionais, bem como a discriminação no mercado de trabalho, dificultam a efetiva inclusão educacional e a participação plena das PcD no mundo do trabalho. A participação ativa das organizações de pessoas com deficiência e da sociedade em geral é fundamental para o fortalecimento das políticas inclusivas.

Por outro lado, existem também um considerável número de políticas públicas que se propõem muito específicas, voltadas principalmente para a nomeação e categorização das deficiências, principalmente no âmbito das físicas e motoras. Isso se dá também porquê elas envolvem a captação de recursos pelas unidades de saúde na compra de aparelhos e tecnologias aplicadas na reabilitação do indivíduo. Essa abordagem individualista pode ser percebida como expressão da lógica neoliberal, que cria uma exclusão disfarçada de inclusão ao mesmo tempo em que reforça estigmas e restringe oportunidades reais de participação e empoderamento das pessoas com deficiência. Mas esse é um tema complexo e necessita de mais aprofundamento para explanar as diferenças de recursos destinados aos outros tipos de deficiências, e o porquê do enfoque do legislativo nas políticas de reabilitação.

Por fim, é preciso mencionar que no âmbito da Deficiência Intelectual (DI) não há uma legislação específica para pessoas com síndrome de Down, apesar de sua frequência. Entre os fatores que podem acarretar, “destacam-se alterações cromossômicas e gênicas, desordens do desenvolvimento embrionário ou outros distúrbios estruturais e funcionais que reduzem a capacidade do cérebro”. A síndrome de Down é a mais frequente entre as anomalias genéticas que ocasionam a DI (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, [2000?]), o Ministério da Saúde estima que 1 em cada 700 nascimento seja de alguma pessoa com essa deficiência (Brasil, 2019).

De acordo com o levantamento documental, recuperou-se somente a Portaria nº 1.635/2002, porém seu atendimento está voltado para pessoas com deficiência intelectual que desenvolveram concomitantemente o espectro autista (Brasil, 2002). Sendo assim, os atendimentos relacionados à saúde das pessoas com síndrome de Down se pautam no âmbito geral das deficiências. A falta de normativas específicas dificulta o desenvolvimento de políticas de saúde direcionadas a essa população, sendo necessário um maior empenho na formulação de diretrizes específicas. É fundamental, deste modo, ampliar o debate e direcionar a construção de políticas públicas mais inclusivas e transformadoras alicerçadas nas relações de empatia e afeto.

## Referências

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS. **Sobre a deficiência intelectual**. Limeira, SP: APAE, [2000?]. Disponível em: <https://www.apaelimeira.org.br/sobre-a-deficiencia-intelectual/>. Acesso em: 25 abr. 2021.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Dtq6TH5LdJbfDPDwSxSmy6G/>. Acesso em: 20 mar. 2021.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. Tradução de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília,

DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 21 mar. 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). Brasília: Presidência da República, 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: 19 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1635, de 12 de dezembro de 2002**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2002. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171008/13130834-1421676330-portaria-n-1635-de-12-de-setembro-2002-novos-procedimentos.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **“Não deixe ninguém para trás”**: Dia Internacional da Síndrome de Down 2019. Brasília: BVS MS, 2019. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/nao-deixe-ninguem-para-tras-dia-internacional-da-sindrome-de-down-2020/#:~:text=Estima%2Dse%20que%20no%20Brasil,em%201%20mil%20nascidos%20vivos>. Acesso em: 21 mar. 2021.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1**: vontade de saber. São Paulo: Graal, 1977. 152 p. (Biblioteca de filosofia e história das ciências; n. 2).

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 295 p.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento das prisões. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 1987. Disponível em: [https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/centrocultural/foucault\\_vigiar\\_punir.pdf](https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/centrocultural/foucault_vigiar_punir.pdf). Acesso em: 21 abr. 2021.

FRÖHLICH, R. Políticas públicas de inclusão e a governamentalidade neoliberal: o programa “Viver sem Limite”. In: SEMINÁRIO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUL, 10., 2014, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: Anped Região Sul, 2014. Disponível em: [http://xanpedsul.faed.udesc.br/arg\\_pdf/499-0.pdf](http://xanpedsul.faed.udesc.br/arg_pdf/499-0.pdf). Acesso em: 21 mar. 2022.

LANNA JUNIOR, M. C. M. (Comp.). **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. Disponível em: [https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/211/o/Hist%C3%B3ria\\_do\\_Movimento\\_Pol%C3%ADtico\\_das\\_Pessoas\\_com\\_Defici%C3%Aancia\\_no\\_Brasil.pdf?1473201976](https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/211/o/Hist%C3%B3ria_do_Movimento_Pol%C3%ADtico_das_Pessoas_com_Defici%C3%Aancia_no_Brasil.pdf?1473201976). Acesso em: 21 mar. 2021.

LOMBARDI, A. P.; SAHR, C. L. A inclusão excludente de pessoas com deficiência: do discurso de cidadania à prática das políticas habitacionais no Brasil. **Para Onde!?**, n. 8, v. 2, p. 74-84, ago./dez. 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/paraonde/article/view/61570>. Acesso em: 8 set. 2021.

LOPES, M. C. Políticas de inclusão e governamentalidade. **Educação e Realidade**, v. 34, n. 2, p. 153-169, maio/ago. 2009. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/8297>. Acesso em: 8 set. 2021.

NESPOLI, G. Biopolíticas da participação na saúde: o SUS e o governo das populações. In: GUIZARDI,

Francini L. *et al.* (org.). **Políticas de participação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV; Recife: Editora Universitária UFPE, 2014. p. 59-90. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/13743/2/Pol%C3%aadticas%20de%20Participa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Sa%C3%badeBiopoliticas%20da%20Participacao%20na%20Saude.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

PIANA, M. C. **As políticas sociais no contexto brasileiro**: natureza e desenvolvimento. São Paulo: cultura acadêmica, 2009.

PINTO, C. J. Foucault e as constituições brasileiras: quando a lepra e a peste se encontram com os nossos excluídos. **Educação & Realidade**, v. 24, n. 2, p. 33-57, jul./dez. 1999. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/viewFile/55375/33645>. Acesso em: 20 mar. 2021.

SASSAKI, R. K. **Inclusão social**: os novos paradigmas para todos os grupos minoritários. 1997. Disponível em: [https://ead.uenf.br/moodle/pluginfile.php/57550/mod\\_resource/content/1/Inclus%C3%A3o%20-%20Construindo%20uma%20Sociedade%20para%20Todos%20%281999%29%2C%20Sasaki%2C%20RK.pdf](https://ead.uenf.br/moodle/pluginfile.php/57550/mod_resource/content/1/Inclus%C3%A3o%20-%20Construindo%20uma%20Sociedade%20para%20Todos%20%281999%29%2C%20Sasaki%2C%20RK.pdf). Acesso em: 20 mar. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Legislação**: conceitos. Joinville: UFSC, 2012. Disponível em: <https://legislacao.ufsc.br/conceitos/>. Acesso: 21 mar. 2021.

VIEIRA, D. K. R. (org.). **Pessoas com deficiência e doenças raras**: o cuidado na atenção. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019. Disponível em: <https://play.google.com/store/books/details?id=ItYDEAAQBAJ>. Acesso em: 25 abr. 2021.

APÊNDICE - Categorização dos atos normativos brasileiros relacionados à PcD

**1) Direitos das PcD** - estão indexados nesta categoria:

- a) Decreto nº 84.919, de 16 de julho de 1980 - Institui a Comissão Nacional do Ano Internacional das Pessoas Deficientes.
- b) Constituição brasileira 1988 - Assegura os direitos das pessoas com deficiência nos mais diferentes campos e aspectos. 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 públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”.
- c) Lei n.º 7.853/89 - Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sob a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde) Institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.
- d) Decreto n.º 3.298/99 - Regulamenta a Lei n.º 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.
- e) Resolução 34/2005 - Dispõe sobre a instauração de Comissão Provisória de Análise de Proposta de Anteprojeto de Lei do Estatuto da Pessoa com Deficiência.
- f) Decreto 186/2008 e Decreto 6.949/2009 – Aprova o texto e promulga, respectivamente, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinado em Nova York, em 30 de março de

2007.

- g) Decreto 7.612/2011 - Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite.
- h) Portaria 2/2012 - Institui o Protocolo Nacional Conjunto para Proteção Integral a Crianças e Adolescentes, Pessoas Idosas e Pessoas com Deficiência em Situação de Riscos e Desastres.
- i) Lei 13.146/2015 - Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).
- j) Lei 12.764/2012 - Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do **Espectro Autista**.

**Atendimento à saúde da PcD** – essa categoria agrega atos normativos voltados: I) acesso à saúde pelo SUS para as PcD, II) estruturação de protocolos para prevenção e atendimento; III) reabilitação de PcD; IV) Atenção neonatal; V) Equipamentos para reabilitação - Órteses, próteses e equipamentos tecnológicos para PcD; VI) Atenção à Inserção da genética clínica no SUS.

Subcategoria I – acesso à saúde pelo SUS para as PcD.

- a) Portaria MS/SAS n.º 185, de 5 de junho de 2001 – estabelece que a pessoa portadora de deficiência deve receber tratamento especializado, visando à promoção da saúde, à limitação da incapacidade e à garantia da qualidade de vida.
- b) Portaria MS/GM n.º 818, de 5 de junho de 2001 - organiza a assistência à pessoa portadora de deficiência física em serviços hierarquizados e regionalizados e com base nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde.
- c) Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002 - Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.
- d) Portaria 1.635/2002 – reconhece a necessidade de garantir às pessoas portadoras de **deficiência mental** e de autismo assistência por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar e inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA-SUS procedimentos de avaliação, estimulação e orientação relacionadas ao desenvolvimento da pessoa portadora de **deficiência mental** ou com **autismo** (máximo 20 procedimentos/ paciente/mês).
- e) Portaria 1.947/2003 - Aprova o Plano Estratégico para a Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para a Infância e Adolescência, constante do anexo, a qual prevê a implantação de 70 CAPSi em municípios estratégicos, até dezembro de 2004.
- f) Portaria MS/GM n.º 2.073, de 28 de setembro de 2004 - Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde **Auditiva**.
- g) Portaria MS/SAS n.º 587, de 07 de outubro de 2004 – regulamenta a atenção à saúde auditiva.
- h) Portaria MS/SAS n.º 589, de 08 de outubro de 2004 - determina a organização e a implantação de Redes Estaduais de Atenção à Saúde

Auditiva.

- i) Resolução 33/2005 - Dispõe sobre a instauração de Comissão Provisória de Habilitação e Reabilitação de Pessoas com Deficiência. Altera o atestado da equipe multiprofissional para a identificação das pessoas portadoras de deficiência no sistema único de saúde e revoga a Portaria GS/SAS/nº 298, de 09 de agosto de 2001. (Revogada pela Portaria SAS-MS nº 502, de 28/12/2009). Portaria MS/SAS n.º 275, de 31 de maio de 2005 -
- j) Portaria 3.211/2007 - Constitui o Grupo de Trabalho (GT) sobre Atenção aos **Autistas** na Rede do Sistema Único de Saúde – SUS.
- k) Portaria 2.672/2011 - Institui o Comitê Nacional de Assessoramento e Apoio às Ações de Saúde do Plano Nacional de para Pessoas com Deficiência.
- l) Lei 12.715/2012 - Institui o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência – PRONAS/PcD.
- m) Portaria 793/2012 - Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- n) Portaria 1.432/2012 - Habilita Centros de Atenção Psicossocial para realizar procedimentos específicos previstos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS).
- o) Decreto 7.988/2013 - Regulamenta os arts. 1º a 13 da Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012, que dispõem sobre o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica – PRONON e o Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência – PRONAS/PcD.

Subcategoria II - protocolos e normas

- a) Portaria MS/SAS n.º 303, de 2 de julho de 1992 - Modificar a Portaria nº 225, de 29 de janeiro de 1992, que dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para pessoa portadora de Deficiência – PPD, no Sistema Único de Saúde.
- a) Portaria MS/SAS n.º 304, de 2 de julho de 1992 - Modifica a Portaria 237, de 13 de fevereiro de 1992, que dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para atendimento da Pessoa Portadora de Deficiência – PPD no Sistema Único de Saúde.
- b) Portaria MS/SAS n.º 306, de 2 de julho de 1992 – frente ao disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto n.º 99.244, de 10 de maio de 1990, estabelece medidas para melhorar a qualidade e a cobertura da atenção à pessoa portadora de deficiência.
- c) Portaria MS/GM n.º 2.305, de 19 de dezembro de 2001 - atualiza a Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde.
- d) Portaria 847/2002 - Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para fenilcetonúria.
- e) Portaria 2.362/2005 - Reestrutura o Programa Nacional de Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo – DDI, designado por Pró-

lodo.

- f) Portaria 71/2006 - Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Hipoparatiroidismo.
- g) Portaria 1.315/2008 - Institui Comitê Nacional de Mobilização Social para Eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita no Brasil
- h) Portaria 14/2010 - Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Hipoparatiroidismo (atualização).
- i) Portaria 56/2010 - Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Hipotiroidismo congênito.
- j) Portaria 712/2010 - Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Fenilcetonúria.
- p) Portaria 2.761/2010 - Aprova a Resolução GMC nº 22, “Vigilância Epidemiológica e Controle de Enfermidades Priorizadas e Surtos Entre os Estados partes do Mercosul” (Revogação das Resoluções GMC nº 50/99, 08/00, 04/01, 31/02 e 17/05) – Trata da Rubéola Congênita.
- k) Portaria 1.330/2012 - Aprova as Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- l) Portaria 2.809/2012 - Estabelece a organização dos Cuidados Prolongados para retaguarda à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e às demais Redes Temáticas de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

#### Subcategoria III - **reabilitação** da PcD

- a) Portaria MS/SAS n.º 305, de 2 de julho de 1992 - Modifica a portaria nº 204, de 26 de dezembro de 1991, que dispõe sobre a inclusão do tratamento de reabilitação no SIH-SUS.
- b) Portaria MS/GM n.º 1060, de 5 de junho de 2002- O Ministério da Saúde reconhece a necessidade de definição de uma política no setor de saúde voltada para a reabilitação da pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social;
- c) Resolução 23/2004 - Dispõe sobre a conclusão da Comissão Provisória para definir ações de habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência.
- d) Resolução 32/2005 - Dispõe sobre o encaminhamento ao Ministério da Saúde de solicitação de estudo e providências para revisão e adequação dos procedimentos de reabilitação da pessoa portadora de deficiência.
- e) Resolução 33/2005 - Dispõe sobre a instauração de Comissão Provisória de Habilitação e Reabilitação de Pessoas com Deficiência.

#### Subcategoria IV - “**Prevenção da deficiência**”

- a) Portaria 847/2002 - Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para fenilcetonúria.

- b) Portaria 2.362/2005 - Reestrutura o Programa Nacional de Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo – DDI, designado por Pró-Iodo.
- c) Portaria 71/2006 - Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Hipoparatiroidismo.
- d) Portaria 1.315/2008 - Institui Comitê Nacional de Mobilização Social para Eliminação da Rubéola e da Síndrome da Rubéola Congênita no Brasil.
- e) Portaria 14/2010 - Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Hipoparatiroidismo (atualização).
- f) Portaria 56/2010 - Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Hipotireoidismo congênito.
- g) Portaria 712/2010 - Aprova o Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas – Fenilcetonúria.
- h) Portaria 2.761/2010 - Aprova a Resolução GMC nº 22, “Vigilância Epidemiológica e Controle de Enfermidades Priorizadas e Surtos Entre os Estados partes do Mercosul” (Revogação das Resoluções GMC nº 50/99, 08/00, 04/01, 31/02 e 17/05) – Trata da Rubéola Congênita.
- i) Portaria 827/1991 - Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Promover a redução da incidência de deficiência no País e garantir a atenção integral a esta população na rede de serviços do SUS.

Subcategoria V - “**Triagem neonatal**” Portaria MS/GM n.º 822, de 6 de junho de 2001 - estabelece a obrigatoriedade de que os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, procedam a exames visando o diagnóstico e terapêutico de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais.

- a) Portaria 2.829/2012 - Inclui a Fase IV no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), instituído pela Portaria nº822/GM/MS, de 6 de junho de 2001. Portaria 1.434/2012 - Inclui na tabela de habilitação do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-BA a habilitação referente à fase IV do PNTN.

Subcategoria VI - **Equipamentos para reabilitação** - Órteses, próteses e equipamentos tecnológicos para PcD

- a) Portaria MS/SAS n.º 116, de 9 de setembro de 1993 - garante o fornecimento de equipamentos necessários para a promoção, prevenção, assistência e reabilitação, em resposta ao que estabelece Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde (Lei nº 8.080 de 16.09.90) e levando em consideração que o atendimento integral à saúde é um direito da cidadania e abrange a atenção primária, secundária e terciária.
- b) Portaria MS/SAS n.º 146, de 14 de outubro de 1993 - Estabelece diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses através da Assistência Ambulatorial.
- c) Portaria MS/SAS n.º 388, de 28 de julho de 1999 – reconhece a necessidade de se garantir produtos de órteses e próteses de qualidade para esses pacientes; e a necessidade de se instituir mecanismos de controle, avaliação

e planejamento para este importante segmento da sociedade.

- d) Portaria MS/SAS n.º 584, de 21 de outubro de 1999 - incluiu na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS, o grupo de procedimento 37.101.04.8 – **Cirurgia do Ouvido IV** e o procedimento 37.040.01.4 – **Implante Coclear**. [...].
- e) Portaria MS/GM n.º 1.278, de 20 de outubro de 1999 - pauta na importância médico-social do tratamento da **deficiência auditiva**. (REVOGADA).
- f) Portaria 1.032/2010 - Inclui procedimento odontológico na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses e Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde – SUS, para atendimento às pessoas com necessidades especiais.
- g) Portaria 971/2012 - Adequa o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e inclui Procedimentos de Manutenção e Adaptação de Órteses, Próteses e Materiais Especiais da Tabela de Procedimentos do SUS.

Subcategoria VII - **Atenção à Inserção da genética clínica no SUS** Portaria 2.380/2004 - Institui o Grupo de Trabalho de Genética Clínica, e dá outras providências.

- a) Portaria 81/2009 - Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica.

## 2) Atendimento prioritário à PcD – acessibilidade – foi identificado o

- a) Decreto 5.296/2004 que Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e Lei
- b) Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

## 3) Terminologias

- a) Resolução 1/2010 - Altera dispositivos da Resolução nº 35, de 6 de julho de 2005, que dispõe sobre o Regimento Interno do Conade. Onde se lê “Pessoas Portadoras de Deficiência”, leia-se “Pessoas com Deficiência”
- b) Resolução WHA54.21-OMS54.21 - Recomenda o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde, é um termo macro que designa os elementos do corpo, suas funções e estruturas, as atividades humanas e a participação do ser humano nos processos sociais, indicando os aspectos positivos da interação dos indivíduos com determinada condição de saúde e o contexto em que ele vive no que diz respeito aos fatores pessoais e ambientais (estruturais e atitudinais).

## 4) Incentivos financeiros

- a) Portaria 1.857/2010 - Cria incentivo financeiro para implantação das Redes Estaduais de Serviços de Reabilitação para Pessoas com Deficiência.
- b) Portaria 1.276/2011 - Dispõe sobre a transferência dos recursos destinados pela Lei nº 11.345, de 14 de setembro de 2006 às Santas Casas de

Misericórdia, entidades hospitalares sem fins econômicos e entidades de saúde de reabilitação física de portadores de deficiência.

- c) Portaria 835/2012 - 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.
- d) Lei 10.708/2003 - Institui o auxílio reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

Recebido em 15 de maio de 2023.

Aceito em 24 de julho de 2023.