



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COORDENADORIA INSTITUCIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO PÚBLICA MUNICIPAL

JOSEILDA SOARES DOS SANTOS

**PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS: UMA BREVE ANÁLISE SOBRE O CENTRO DE
REABILITAÇÃO DE PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA (CERPPOD)-
PATOS/PB**

Campina Grande/PB
2012

JOSEILDA SOARES DOS SANTOS

PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS: UMA BREVE ANÁLISE SOBRE O CENTRO DE REABILITAÇÃO DE PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA (CERPPOD)- PATOS/PB

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Gestão Pública Municipal da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para o título de especialista em Gestão Pública Municipal.

Orientadora: Prof^a. Ilca Pires de Sá

Campina Grande/PB
2012

S237p

Santos, Joseilda Soares dos.

Pessoas com deficiências [manuscrito]: uma breve análise sobre o Centro de Reabilitação de Pessoas Portadoras de Deficiência (CERPPOD)- Patos/PB./Joseilda Soares dos Santos. - Campina Grande, 2012.

40 f.

Monografia (Especialização em Gestão Pública Municipal) – Universidade Estadual da Paraíba, Coordenação Institucional de Projetos Especiais - CIPE, 2012.

“Orientação: Profa. Ma. Ilca Pires de Sá, DEAC”.

1. Deficiente físico 2. Saúde 3. Reabilitação. I.
Título.

21. ed. CDD 362.4

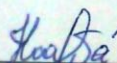
JOSEILDA SOARES DOS SANTOS

PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS: UMA BREVE ANÁLISE SOBRE O CENTRO DE REABILITAÇÃO PARA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA (CERPPD)- PATOS/PB

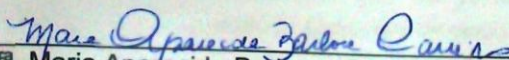
Monografia apresentada ao curso de Especialização em Gestão Pública Municipal da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito para o título de especialista em Gestão Pública Municipal.

Aprovada em: 30 / 08 / 2012

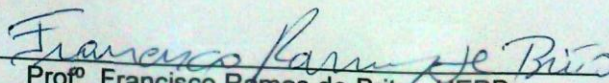
BANCA EXAMINADORA



Profª. Ilca Pires de Sá – UEPB
Orientadora



Profª. Maria Aparecida Barbosa Carneiro – UEPB
Examinadora



Profº. Francisco Ramos de Brito - UEPB
Examinador

Campina Grande, 30 de agosto de 2012

DEDICATÓRIA

A meus pais, companheiros de todas as horas, parte fundamental da minha existência, amor incondicional que me fortalece a cada dia, essa conquista também é de vocês!

Muito obrigada...

MENSAGEM

Nada é impossível de mudar

*Desconfiai do mais trivial,
na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
não aceiteis o que é de hábito
como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada,
de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural
nada deve parecer impossível de mudar.*

(Antologia Poética de Bertolt Brecht)

LISTA DE SIGLAS

AIPD - Ano Internacional da Pessoa Deficiente

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

DCDP - Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência

CEREST - Centro de Referência de Saúde do Trabalhador

CERPPOD - Centro de Reabilitação de Pessoas Portadoras de Deficiência

CIDDM-2 - Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde

CIDID - Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

CORDE - Coordenação Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência

dB - Decibéis

FIP - Faculdades Integradas de Patos

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAR - Instituto Nacional de Reabilitação

INES - Instituto Nacional de Educação de Surdos

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

LOS - Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNIPPD - Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência

PNPPD - Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência

PSF - Programa Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

UNOPAR - Universidade Norte do Paraná

RESUMO

O presente trabalho que ora apresentamos, busca mostrar a trajetória histórica e social vivida pelas pessoas que tem algum tipo de deficiência, além da incessante luta pelo reconhecimento dos seus direitos na política de saúde. O estudo em questão apresenta uma pesquisa intitulada: Pessoas com Deficiências: uma breve análise sobre o Centro de Reabilitação de Pessoas Portadoras de Deficiência (CERPPOD)-Patos/PB. Partimos de uma pesquisa bibliográfica, onde investigamos o referido estudo a partir de diversas fontes de pesquisa, como livros, revistas, artigos científicos, dissertações e leis, a fim de levantar um debate acerca do tema em questão, bem como analisar o funcionamento do Centro de Reabilitação de Pessoas Portadoras de Deficiência (CERPPOD) do município de Patos, o qual vem crescendo e se fortalecendo como espaço de tratamento, recuperação e independência dos usuários para suas atividades laborais e diárias, promovendo assim sua interação e inclusão familiar, escolar e social.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência, Saúde, Reabilitação.

ABSTRACT

This work we now present, seeks to show the historical trajectory and social lived by people who have a disability, and the incessant struggle for recognition of their rights in health policy. The present study presents a survey titled: People with Disabilities: an analysis of the Center for Rehabilitation of Persons with Disabilities (CERPPOD)-Patos/PB. We start with a literature search, which investigated the above study from several research sources such as books, magazines, papers and dissertations, to raise a debate on the subject in question and analyze the functioning of the Rehabilitation Center People with Disabilities (CERPPOD) the city of Patos, which has been growing and getting stronger as a space for treatment, recovery and independence of the users for their daily work activities, thus promoting their interaction and include family, school and society.

Keywords: People with disabilities, Health, Rehabilitation.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
CAPÍTULO I – Contextualização Histórica e Política das Pessoas com Deficiência	12
1.1 – A História das Pessoas com Deficiência no Mundo	12
1.2 – Aspectos Históricos e Políticos da Trajetória da Pessoa com Deficiência no Brasil	16
CAPÍTULO II – A Política Nacional de Saúde e a Pessoa com Deficiência	22
2.1 – Normas Legais na Garantia dos Direitos em Saúde da Pessoa com Deficiência	22
2.2 – As Deficiências e seus Conceitos	25
CAPÍTULO III – O Processo de Reabilitação de Pessoas com Deficiências no Brasil	29
3.1 – Um Olhar Especial para os Centros de Reabilitação	29
3.2 – Conhecendo o Centro de Reabilitação de Pessoas Portadoras de Deficiência (CERPPOD)-Patos/PB.....	31
CONSIDERAÇÕES SOBRE O TEMA ESTUDADO	35
REFERÊNCIAS	36

INTRODUÇÃO

A discussão acerca da situação da pessoa com deficiência vem ganhando grande notoriedade. Isso se deve principalmente à mobilização da sociedade civil organizada, através de Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional, Associações diversas, que há muito tempo lutam para garantir a participação dos deficientes nos diversos campos da sociedade, como trabalho, lazer, esporte, dentre outros.

Essa problemática ganhou grande repercussão na atualidade, em 1975 a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu a Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiências, que é tida como marco de uma luta histórica de entidades nacionais e internacionais e, em particular, das próprias pessoas com deficiências e de suas organizações, a Declaração tornou-se, em todo mundo, o ponto de partida para a defesa da cidadania e do bem-estar destas pessoas.

Com esse avanço pode-se perceber que a inclusão social das pessoas com deficiência depende do seu reconhecimento como pessoas, que apresentam necessidades especiais geradoras de direitos específicos, cuja proteção e exercício dependem do cumprimento dos direitos humanos fundamentais.

Nesse contexto, o presente trabalho aborda o processo histórico, político e social das pessoas com deficiência, tendo como objeto de análise o Centro de Referência de Pessoas Portadoras de Deficiência (CERPPOD) do município de Patos.

A referida pesquisa torna-se relevante na medida em que pretende contribuir na construção de um conhecimento científico sobre essa temática. Compreendemos que a mesma também contribui para entendermos o funcionamento e dinâmica do referido Centro, fornecendo uma base teórica para subsidiar um melhor tratamento aos usuários que procuram o serviço.

Nesse estudo, privilegiamos conceitos de alguns teóricos que contribuíram para o aprofundamento das nossas análises, dentre eles, destacamos: Figueira (2008), Silva (1987), Bonfim (2009), Souza (2010), Oliver (1998).

Dessa maneira, o presente trabalho é composto por três capítulos, onde faremos as seguintes abordagens.

No primeiro capítulo, inicialmente tratamos da contextualização histórica e política das pessoas com deficiência, resgatando desde a antiguidade até os dias atuais como eram vistos essas pessoas no mundo e no Brasil.

No segundo capítulo, enfatizamos a política nacional de saúde voltada para pessoa com deficiência, com seus marcos legais que garantem a esse segmento todos os direitos inerentes a pessoa humana, apontando os avanços e transformações, conceitos e configurações atuais.

No terceiro capítulo, apresentamos o processo de reabilitação para as pessoas com deficiência no Brasil, enfatizando os centros de reabilitação e em especial o centro de reabilitação de Patos.

Por último, estão as considerações finais, na qual destacamos os aspectos mais relevantes da pesquisa, tecendo alguns comentários em relação à importância da reabilitação para a inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho.

CAPÍTULO 1

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

(Thais Moraes)

Contextualização Histórica e Política das Pessoas com Deficiência

1.1 - A História das Pessoas com Deficiência no Mundo

Na busca de compreender quem é o deficiente, vários autores analisam como historicamente os indivíduos com deficiência têm sido visto na sociedade, sabemos que na antiguidade tais pessoas eram eliminadas, depois eram aceitas pela piedade cristã, até chegar à atualidade onde são consideradas cidadãos de direitos.

Quando se observa a História Antiga e Medieval percebemos que as pessoas com deficiência, receberam dois tipos de tratamento: a rejeição e eliminação sumária, de um lado, e a proteção assistencialista e piedosa, de outro. Na Roma Antiga, tanto os nobres como os plebeus tinham permissão para sacrificar os filhos que nasciam com algum tipo de deficiência.

Da mesma forma, em Esparta, os bebês e as pessoas que adquiriam alguma deficiência eram lançados ao mar ou em precipícios, tendo em vista que os meninos a partir dos 7 anos deveriam estar a serviço do exército, devido a isso havia uma exigência de pessoas saudáveis, capazes de defender o Estado nas constantes batalhas.

Segundo Bonfim (2009), as constantes guerras de que participavam as cidades gregas deixavam, como consequência, uma quantidade considerável de cidadãos e prisioneiros mutilados ou com limitações ao exercício de atividades laborais ou da vida diária. Aos cidadãos que se feriam seriamente nos combates e não tinham mais condições de manter seu sustento, bem como seus familiares, garantiam-se, tanto em Atenas quanto em Esparta, provisões especiais relativas à alimentação, que passava a ser responsabilidade do Estado, medida que era considerada justa por todo o povo. Ressalte-se que esse benefício, com o tempo, estendeu-se a outras pessoas com deficiência ou incapazes para o trabalho.

Através de estudos constatamos que sempre existiram na história indivíduos com algum tipo de limitação física, sensorial ou cognitiva. Como afirma Silva (1987, p. 21),

anomalias físicas ou mentais, deformações congênitas, amputações traumáticas, doenças graves e de conseqüências incapacitantes, sejam elas de natureza transitória ou permanente, são tão antigas quanto a própria humanidade.

Esta afirmação nos faz reconhecer que nos grupos humanos, desde o mundo primitivo até os dias atuais, sempre houve pessoas que nasceram com alguma limitação ou durante a vida deixaram de andar, ouvir ou enxergar. Tragicamente, durante muitos séculos, a existência destas pessoas foi ignorada por um sentimento de indiferença e preconceito nas mais diversas sociedades e culturas; mas elas, de uma forma ou de outra, sobreviveram.

Há registro que na Roma Antiga existia a utilização comercial de pessoas com deficiência para fins de prostituição ou entretenimento das pessoas ricas. Segundo Silva (1987), deficientes mentais, físicos e outros tipos de pessoas nascidos com má formação eram também, de quando em quando, ligados a casas comerciais, tavernas e bordéis; bem como a atividades dos circos romanos, para serviços simples e às vezes humilhantes.

O advento do cristianismo no império romano é fator determinante na mudança de muitos valores morais e espirituais herdados dos gregos. A nova doutrina, que tinha como fundamento a caridade, o amor ao próximo, a igualdade entre todos os homens, embora bastante combatida no início, com a aplicação de penas severas a seus seguidores, como amputações e vazamento de olhos, foi ganhando espaço no meio dos desvalidos, entre os quais muitos com severas deficiências.

Na medida em que avança a cristianização do império, ocorre a mudança de leis cujos conteúdos vão de encontro aos ensinamentos da doutrina, como a prática do infanticídio¹, bem como vai mudando a percepção sobre as necessidades dos mais desfavorecidos, com a criação de hospitais de caridade e abrigos mantidos pelo Estado.

Nesse contexto, vai ganhando força o conteúdo da doutrina cristã, voltado para a caridade, humildade, amor ao próximo, para o perdão das ofensas, para a

¹Infanticídio: prática de alguns povos indígenas de eliminar crianças em tenra idade, em razão de gemelaridade, defeitos físicos congênitos, sinais de maldição, mãe solteira ou adúltera.

valorização e compreensão da pobreza e da simplicidade da vida. Estes princípios encontraram respaldo na vida de uma população marginalizada e desfavorecida, dentro da qual estavam aqueles que eram vítimas de doenças crônicas, de defeitos físicos ou de problemas mentais.

A Idade Média representa a efetiva quebra do vínculo entre a deficiência e o sagrado, nos moldes da antiguidade clássica, e passa a ser encarada como uma questão de conduta ética e espiritual. A presença do sagrado ainda é sentida, mas de uma forma diferente, em que Deus envia a doença e a deficiência como meio para exercitarmos a caridade, e como sinal de sua presença.

Podemos perceber que, nos primeiros séculos da Era Cristã houve, pelos registros históricos, uma mudança no olhar em relação aos deficientes, bem com também às populações humildes e mais pobres. Os hospitais e centros de atendimento aos carentes e necessitados continuaram a crescer, impulsionados muitas vezes pelo trabalho dos bispos e das freiras nos mosteiros.

De acordo com Bonfim (2009), a situação da deficiência no período feudal apresenta características diversas em pelo menos três momentos. No primeiro, que marca o início da Idade Média, o deficiente assume o papel de protegido de Deus, e, portanto, deve ser objeto de cuidado social. Esse cuidado dá-se sob a forma da caridade, pois a salvação passa necessariamente pela observância dessa prática. O segundo momento, que corresponde ao final do século XII, glorifica os pobres e deficientes, pois os identifica como a imagem e semelhança de Deus. Essa visão percebe Deus diretamente em sua criação e em tudo e todos que o circundam. Nesse contexto, a posição social marginal passa a ser um valor positivo. No terceiro momento, que se inicia no século XIV, período de grandes epidemias e pragas, em que bandos de desvalidos vagam pelos campos e cidades muitas vezes semeando terror e praticando atos criminosos, o que leva a uma mudança de postura social, a caridade não é abandonada, mas é distribuída de forma mais seletiva.

No final do século XV, a questão das pessoas com deficiência estava completamente integrada ao contexto de pobreza e marginalidade em que se encontrava grande parte da população, não só os deficientes. Apesar dos exemplos de caridade e solidariedade para com eles durante a Idade Média, as referências gerais desta época situam pessoas com deformidades físicas, sensoriais ou mentais na camada de excluídos, pobres, enfermos ou mendigos.

Entre os séculos XV e XVII, no mundo europeu cristão, ocorreu uma paulatina e inquestionável mudança sócio-cultural, cujas marcas principais foram o reconhecimento do valor humano, o avanço da ciência e a libertação quanto a dogmas e credices típicas da Idade Média. Esse novo modo de pensar, revolucionário sob muitos aspectos, alterou a vida do homem menos privilegiado também, ou seja, a imensa legião de pobres, enfermos, os portadores de problemas físicos, sensoriais ou mentais, enfim, dos marginalizados.

Ao longo dos séculos XVI e XVII, em diferentes países europeus, foram sendo construídos locais de atendimento específico para pessoas com deficiência, fora dos tradicionais abrigos ou asilos para pobres e velhos. Apesar das malformações físicas ou limitações sensoriais, essas pessoas, de maneira esporádica e ainda tímida, começaram a ser valorizadas enquanto seres humanos. Entretanto, além de outras práticas discriminatórias, mantinha-se o bloqueio ao sacerdócio desses indivíduos pela Igreja Católica.

No século XIX nos EUA, mas precisamente em 1811, foram tomadas providências para garantir moradia e alimentação a marinheiros ou fuzileiros navais que viessem a adquirir limitações físicas. Assim, desde cedo, estabeleceu-se uma atenção específica para pessoas com deficiência nos EUA, em especial para os veteranos de guerras ou outros conflitos militares.

A assistência e a qualidade do tratamento dado não só para pessoas com deficiência como para população em geral tiveram um substancial avanço ao longo do século XX. No caso das pessoas com deficiência, o contato direto com elevados contingentes de indivíduos com seqüelas de guerra exigiu diversas medidas. A atenção às crianças com deficiência também aumentou, com o desenvolvimento de especialidades e programas de reabilitação específicos.

No período entre Guerras é característica comum nos países europeus – Grã-Bretanha e França, principalmente, e também nos EUA – o desenvolvimento de programas, centros de treinamento e assistência para veteranos de guerra. Na Inglaterra, por exemplo, já em 1919, foi criada a Comissão Central da Grã-Bretanha para o Cuidado do Deficiente. Depois da II Guerra, esse movimento se intensificou no bojo das mudanças promovidas nas políticas públicas pelo Welfare State. Dado o elevado contingente de amputados, cegos e outras deficiências físicas e mentais, o tema ganha relevância política no interior dos países e também internacionalmente, no âmbito da Organização das Nações Unidas (ONU).

A vida das pessoas com deficiência passaria a ser objeto do debate público e ações políticas, assim como outras questões de relevância social, embora em ritmos distintos de um país para o outro. Podemos perceber que da execução sumária ao tratamento humanitário passaram-se séculos de história, numa trajetória irregular e heterogênea entre os países e entre as próprias pessoas com deficiência. É verdade que, até nos dias de hoje, existem exemplos de discriminação e/ou maus-tratos, mas o amadurecimento das civilizações e o avanço dos temas ligados à cidadania e aos direitos humanos provocaram, sem dúvida, um novo olhar em relação às pessoas com deficiência.

1.2– Aspectos Históricos e Políticos da Trajetória da Pessoa com Deficiência no Brasil

Apesar da temática da pessoa com deficiência ter relevante importância, poucos são os livros e artigos sobre o assunto, nos quais os autores ressaltam a dificuldade em obter informações fidedignas sobre a trajetória histórico-política desse segmento. Essa escassez de fontes de pesquisa está diretamente ligada à invisibilidade social que tem permeado a sua existência, sobretudo quando o preconceito e a discriminação ainda são elementos preponderantes nas relações sociais das pessoas com deficiência no Brasil.

No Brasil, assim como ocorria no continente europeu, a quase totalidade das informações ou comentários acerca da pessoa com deficiência está diluída nas menções relativas à população pobre e miserável. Ou seja, também no Brasil, a pessoa deficiente foi incluída, por vários séculos, dentro da categoria mais ampla dos miseráveis.

Segundo Figueira (2008), entre os indígenas, contudo, não era comum se encontrar pessoas jovens com deficiências físicas ou sensoriais, o que pode significar a prática de infanticídio, porquanto era difundida a crença de que a deformidade traria maldição para a tribo. Já entre os adultos era possível encontrar deficiências de origem traumática, não obstante os “coxos, disformes, aleijados e doentios” existissem em pequena quantidade.

As credences e superstições associadas às pessoas com deficiência continuaram a se reproduzir ao longo da história brasileira. Assim como os curandeiros indígenas,

os “negro-feiticeiros” também relacionavam o nascimento de crianças com deficiência a castigo ou punição. Na verdade, mesmo para doutrinas religiosas contemporâneas, até as deficiências adquiridas são vistas como previamente determinadas por forças divinas ou espirituais.

Conforme Silva (1987), o tratamento dado aos negros escravos contribuiu sobremaneira para o aumento do número de pessoas com deficiência no Brasil colonial. Além dos castigos físicos a eles infligidos, de acidentes ocorridos nos engenhos, das epidemias a que estavam sujeitos, do excesso de trabalho, os negros eram vítimas de doenças decorrentes de carências alimentares, como raquitismo, escorbuto, beribéri, que muitas vezes os deixavam incapacitados para o trabalho e para a prática de atos da vida quotidiana. As doenças e epidemias que dizimavam a população em geral afetavam particularmente os escravos, em face das péssimas condições de higiene dos espaços em que viviam, piores que as dos demais habitantes da Colônia.

Os documentos oficiais da época não deixam dúvidas quanto à violência e crueldade dos castigos físicos aplicados tanto nos engenhos de açúcar como nas primeiras fazendas de café. Uma variedade de punições, do açoite à mutilação, eram previstas em leis e contavam com a permissão da Igreja Católica. Talvez o número de escravos com deficiência só não tenha sido maior porque tal condição representava prejuízo para o seu proprietário, que não podia mais contar com aquela mão-de-obra, mas quando um escravo era acometido por uma deficiência, este era abandonado à própria sorte e ficava vagando pelas estradas até a morte.

Para tratar dos males incapacitantes e também de doenças infecciosas que acometiam os indivíduos mais pobres, os portugueses optaram pela criação de Casas de Misericórdia, que eram instituições mantidas por modestos recursos da comunidade e voltadas para o socorro aos que não tinham como pagar pelos serviços. Nesse período, também foi relevante o trabalho prestado pela Companhia de Jesus. Além de guias espirituais, muitos jesuítas atuavam como médicos, enfermeiros, boticários, dedicando-se primordialmente ao cuidado dos indígenas.

Em 1808 com a chegada da Corte Portuguesa ao Brasil, surgiu à necessidade de ampliação dos serviços públicos de saúde e a melhoria do sistema educacional vigente, com vistas a atender as demandas dos novos habitantes. Naquele mesmo ano, foram criados os primeiros cursos de medicina do País, posteriormente transformados em academias médico-cirúrgicas.

A ascensão de D. Pedro II ao trono possibilitou o surgimento das primeiras instituições voltadas ao atendimento de pessoas com deficiência. Em 1854, por meio do Decreto Imperial nº 428, foi criado o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, que tinha como objetivo capacitar os alunos na leitura Braille e ensinar-lhes uma profissão que possibilitasse seu próprio sustento. Após a proclamação da República a instituição foi rebatizada como Instituto Benjamin Constant e, até hoje, é referência na educação e formação de pessoas com deficiência visual.

Em 1856, o Decreto Imperial nº 839 criou o Imperial Instituto dos Surdos-mudos. Voltada à educação literária e profissionalizante de meninos surdos-mudos de 07 a 14 anos, educava-os para o exercício de ofícios considerados compatíveis com sua deficiência. Com a edição do Decreto-lei nº 3.198, de 1957, a mencionada instituição passou a chamar-se Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES), até hoje um centro de referência em deficiência auditiva.

Percebemos que a partir do século XIX, a questão da deficiência aparece de maneira mais recorrente, um dos motivos é o aumento dos conflitos militares, a exemplo de Canudos e outras revoltas regionais, como também a guerra contra o Paraguai. O general Duque de Caxias externou ao Governo Imperial suas preocupações com os soldados que adquiriam deficiência. Foi então inaugurado no Rio de Janeiro, em 29 de julho de 1868, o Asilo dos Inválidos da Pátria, onde eram recolhidos e tratados os soldados na velhice ou os mutilados de guerra, além de ministrar a educação aos órfãos e filhos de militares. Tal asilo permaneceu funcionando por 107 anos, somente sendo desativado em 1976.

Para Bonfim (2009), nos períodos históricos considerados, também houve a criação de hospitais voltados à segregação absoluta de pessoas com deficiências mentais, o que reforçava a visão cultural da deficiência como doença. Data de 1852 a criação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro; o Hospital Psiquiátrico do Juquery, em São Paulo, foi aberto em 1898; do Instituto Philippe Pinel, no Rio de Janeiro, em 1937. No interior do País, contudo, a deficiência comportamental, mais conhecida como loucura, era tratada como caso de polícia, e os loucos eram mantidos nas cadeias públicas.

Ao longo do século XX o avanço da medicina trouxe consigo uma maior atenção em relação aos deficientes. A criação dos hospitais-escolas, como o Hospital das Clínicas de São Paulo, na década de 40, significou a produção de novos estudos e pesquisas no campo da reabilitação. Nesse contexto, como não

poderia ser diferente, havia uma clara associação entre a deficiência e a área médica.

Ainda na década de 40, passou-se a usar o termo “excepcional”, cujo significado se referia a crianças e jovens que fugissem da norma de seu grupo no campo intelectual, como uma forma de desestimular o uso de termos pejorativos como anormais, retardados, insuficientes, dentre outros. O senso comum indicava que estas pessoas não poderiam estar nas escolas regulares, do que decorre a criação de entidades até hoje conhecidas, como a Sociedade Pestalozzi de São Paulo (1952) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) do Rio de Janeiro (1954). Essas entidades, até hoje influentes, passaram a pressionar o poder público para que este incluísse na legislação e na dotação de recursos a chamada “educação especial”, o que ocorre, pela primeira vez, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei 4.024, de 20 de dezembro de 1961.

No final dos anos setenta, observa-se no Brasil o início da mobilização e organização política de entidades compostas, em sua maioria, de pessoas com deficiência, cujas principais bandeiras reivindicatórias relacionavam-se à defesa dos interesses desse segmento, como a implementação de legislação protetiva, acessibilidade e mudanças nos programas de reabilitação de pessoas com deficiência.

A trajetória histórica, quando as pessoas com deficiência eram ignoradas, se encerra no ano de 1981, declarado pela ONU como Ano Internacional da Pessoa Deficiente (AIPD). De acordo com Figueira (2008, p. 115),

Se até aqui a pessoa com deficiência caminhou em silêncio, excluída ou segregada em entidades, a partir de 1981 – Ano Internacional da Pessoa Deficiente -, tomando consciência de si, passou a se organizar politicamente. E, como consequência, a ser notada na sociedade, atingindo significativas conquistas em pouco mais de 25 anos de militância.

Durante a Constituinte, as lideranças do movimento conseguiram um alto grau de coesão e de visibilidade, que redundou na inclusão, no Texto Constitucional aprovado em 05 de outubro de 1988, de diversos direitos e garantias a essa categoria social, entre os quais quatorze reivindicações apresentadas pelo Movimento, via emenda popular.

Portanto, o percurso histórico das pessoas com deficiência no Brasil, assim como ocorreu em outras culturas e países, foi marcado por uma fase inicial de eliminação e exclusão, passando-se por um período de integração parcial através do atendimento especializado. Estas fases deixaram marcas e rótulos associados às pessoas com deficiência, muitas vezes tidas como incapazes. Romper com esta visão, que implica numa política meramente assistencialista para as pessoas com deficiência, não é uma tarefa fácil. Mas, através de muita luta isso foi feito com o avanço da Constituição Federal, bem como das posteriores legislações sobre o tema, contando agora com a contribuição direta das próprias pessoas com deficiência.

Este movimento culmina com a ratificação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) pelo Brasil, conferindo-lhe status de emenda constitucional. A participação direta e efetiva dos indivíduos com limitações físicas, sociais e cognitivas na elaboração da Convenção, e posteriormente na sua internalização não foi fruto do acaso, mas decorre do paulatino fortalecimento deste grupo populacional, que sobreviveu e passou a exigir direitos civis, políticos, sociais e econômicos.

CAPÍTULO II

"DEFICIÊNCIA... A verdadeira deficiência está no abandono dos sonhos, da vontade de viver, do descaso ao próximo. A DEFICIÊNCIA é aquilo que te prende por dentro, que engessa sua alma, sua fé, pois ainda que incapacitados de andar, todos somos livres para sonhar, para amar, para ajudar o próximo com uma palavra de afeto, um sorriso... somos livres para voar nas asas da nossa imaginação!"

(Marciak Pereira)

A Política Nacional de Saúde e a Pessoa com Deficiência

2.1 – Normas Legais na Garantia dos Direitos em Saúde da Pessoa com Deficiência

A primeira referência a pessoas com deficiência nas constituições brasileiras remonta a 1824. Ao dispor sobre os titulares de direitos políticos, a nossa primeira Constituição preconiza a suspensão do exercício desses direitos em caso de incapacidade física ou moral. A constituição republicana de 1891 reitera essa disposição, o que significava a completa isenção das pessoas com deficiência da vida política do País.

Na Constituição de 1934, a suspensão dos direitos políticos ocorria com a incapacidade civil absoluta, o que formalmente retirava parte das pessoas com deficiência da condição de incapazes, haja vista que o Código Civil então vigente incluía nessa categoria apenas os doentes mentais de todo gênero e os surdos-mudos incapazes de exprimir sua vontade.

A Constituição de 1937 não apresenta referência direta a esse segmento populacional. Já a Constituição de 1946 faz rápida referência à questão da invalidez do trabalhador.

A Constituição de 1967 trouxe avanço em relação à previsão de educação de excepcionais. No entanto, um passo mais largo ocorreu com a Emenda Constitucional nº 12 que assegura, (1978, p. 01),

aos deficientes a melhoria de sua condição social e econômica, especialmente mediante educação especial e gratuita; assistência, reabilitação e reinserção na vida econômica e social do País; proibição de discriminação, inclusive quanto à admissão no trabalho e quanto a salários; e possibilidade de acesso a edifícios e logradouros públicos.

Segundo Bonfim (2009), com a Constituição de 1988, a qual tomou por pressuposto a diversidade social, passou-se a buscar sua efetiva inclusão social. Nesse Texto, não se busca apenas a universalização dos direitos, mas também o reconhecimento das características inerentes a segmentos populacionais específicos, prevendo-se a realização as adaptações necessárias para que possam exercer plenamente seus direitos de cidadania.

Entre as disposições constitucionais programáticas relativas à pessoa com deficiência, merecem destaque: proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador com deficiência (arts. 5º, *caput*, e 7º, inc. XXXI, da CF/88); reserva de cargos públicos, a serem preenchidos através de concurso, para pessoas com deficiência (art. 37, VII, da CF/88); habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária, garantia de um salário mínimo ao deficiente carente (art. 203, da CF/88); adaptação dos logradouros, dos edifícios de uso público e dos veículos de transporte coletivo, a fim de garantir acesso adequado às pessoas portadoras de deficiência física (arts. 227, § 2º, e 244 da CF/88), educação inclusiva (art. 208 da CF/88), entre outros.

Na Constituição Federal de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas com 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, n.º 10.048/00, n.º 10.098/00 e n.º 8.080/90 – a chamada Lei Orgânica da Saúde (LOS), bem como os Decretos n.º 3.298/99 e n.º 5.296/04.

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 no seu artigo 2º, inciso II: 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 e desenvolvidos com a participação da sociedade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou em 1989 a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), a qual define deficiência como:

toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica; a incapacidade como toda restrição ou falta – devida a uma deficiência – da capacidade de realizar uma atividade na forma ou na medida que se considera normal para um ser humano; e a desvantagem como uma situação prejudicial para um

determinado indivíduo em consequência de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal em seu caso (em função da idade, do sexo e dos fatores sociais e culturais).

Os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), instrumento que orienta as ações do setor Saúde voltadas a esse segmento populacional, adota o conceito fixado pelo Decreto n.º 3.298/99, que considera

Deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura e/ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere apesar de novos tratamentos; e incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

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 com deficiência.

A OMS em 1997 reapresentou a Classificação Internacional com um novo título e novas conceituações. Agora com a denominação de Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação: um manual da dimensão das incapacidades e da saúde (CIDDM-2), o documento fixa princípios que enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades, em vez da valorização das incapacidades e das limitações.

Essa abordagem representa outro marco significativo na evolução dos conceitos, em termos filosóficos, políticos e metodológicos, na medida em que propõe uma nova forma de se encarar as pessoas com deficiência e suas limitações para o exercício pleno das atividades decorrentes da sua condição. Por outro lado, influencia um novo entendimento das práticas relacionadas com a reabilitação e a inclusão social dessas pessoas.

A lei 10.048 de 08 de novembro de 2000 trata da prioridade de atendimento, bem como dá outras providências em relação ao segmento da pessoa com deficiência. Ainda em 2000 foi sancionada a lei nº 10.098 que estabelece normas

gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida, além de outras providências. Em 2004 o Decreto n.º 5.296 veio regulamentar essas Leis.

Todos os documentos que foram elaborados no decorrer desses anos ressaltam o direito das pessoas com deficiências terem 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. As Leis e Decretos trouxeram diretrizes nas diversas áreas de atenção a essa população, como a de saúde, de educação, de emprego e renda, de seguridade social, de legislação, dentre outras, as quais os estados membros devem considerar na definição e na execução de suas políticas, seus planos e programas voltados a tais pessoas.

2.2 – As Deficiências e seus Conceitos

Na busca de uma melhor compreensão das deficiências em geral, em 1980 a OMS propôs três níveis para esclarecer todas as deficiências, a saber: deficiência, incapacidade e desvantagem social. Em 2001, essa proposta, revista e reeditada, introduziu o funcionamento global da pessoa com deficiência em relação aos fatores contextuais e do meio, situando-a entre as demais e rompendo o seu isolamento.

A expressão pessoa com deficiência é designada a todo aquele que tem um ou mais problemas de funcionamento ou falta de parte anatômica, embargando com isto dificuldades a vários níveis: de locomoção, percepção, pensamento ou relação social.

No Brasil, segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência são admitidas como deficiências: a deficiência física, auditiva, visual, mental, e múltipla, por serem as mais abrangentes e frequentes, constantes na Classificação da OMS.

Para Gugel (2007), de acordo com o artigo 4º, do Decreto nº 3.298/99, alterado pelo artigo 70, do Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004, que regulamentou as chamadas Leis de Acessibilidade, são as seguintes categorias de deficiência:

- ✓ Deficiência Física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física,

apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, tri paresia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

- ✓ Deficiência Auditiva - perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz.

É considerado surdo todo o indivíduo cuja audição não é funcional no dia-a-dia, e considerado parcialmente surdo todo aquele cuja capacidade de ouvir, ainda que deficiente, é funcional com ou sem prótese auditiva.

A deficiência auditiva não pode ser confundida com a surdez, pois esta tem origem congênita, ou seja, é quando o indivíduo já nasce surdo enquanto que a deficiência auditiva é um déficit adquirido, ou seja, é quando se nasce com uma audição perfeita e que, devido a lesões ou doenças, a perde.

- ✓ Deficiência Visual - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

O termo deficiência visual refere-se a uma situação irreversível de diminuição da resposta visual, em virtude de causas congênitas ou hereditárias, mesmo após tratamento clínico e/ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. A diminuição da resposta visual pode ser leve, moderada, severa, profunda e ausência total da resposta visual.

- ✓ Deficiência Mental – funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer; e trabalho.

A deficiência mental não se esgota na sua condição orgânica e/ou intelectual e nem pode ser definida por um único saber. Ela é uma interrogação e objeto de investigação de inúmeras áreas do conhecimento. Portanto, quanto mais cedo os profissionais da área de saúde, a família ou a escola identificarem a deficiência mental na criança, mais rapidamente poderão ser efetivadas ações preventivas e maiores benefícios múltiplos poderão ser auferidos a vida dessa pessoa.

✓ Deficiência Múltipla – associação de duas ou mais deficiências.

Uma pessoa é considerada multideficiente quando tem uma deficiência motora de caráter permanente, ao nível dos membros inferiores ou superiores, de grau igual ou superior a 60%, e contenha, cumulativamente, deficiência sensorial, intelectual ou visual de caráter permanente.

CAPÍTULO III

A Casa Triã

*"Era uma casa
Nada engraçada
Não tinha rampa
Só tinha escada
Eu não podia entrar nela não
Sem precisar de um empurrão
Eu não podia fazer brincadeiras
Porque na casa só havia barreiras
E nem podia fazer pipi
Pois minha cadeira não passava ali
Mas outra casa, um dia espero,
Será feita como eu preciso
E do jeito que eu quero!"*

(Luciane Maria Tallal)

O Processo de Reabilitação de Pessoas com Deficiências no Brasil

3.1 – Um Olhar Especial para os Centros de Reabilitação

Com base nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, o SUS tem garantido a pessoa com deficiência atenção à saúde, a reabilitação, bem como o acesso a órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, como meio de proporcionar melhor qualidade de vida a esses cidadãos.

Não podemos esquecer que a assistência à saúde da pessoa com deficiência não pode ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, mas deve ser assegurado o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especificidades. A integralidade traduz a idéia de atenção não dicotomizada, mas, integral em relação ao conjunto de indivíduos, às características das práticas preventivas, curativas e aos níveis de complexidade do sistema.

De acordo com o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência da ONU, o MS (2003, p. 38), coloca a reabilitação como sendo

um processo de duração limitada e com o objetivo definido, com vista a permitir que uma pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental e/ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe assim os meios de modificar a sua própria vida. Pode compreender medidas com vista a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional, como ajudas técnicas e outras medidas para facilitar ajustes ou reajustes sociais.

O processo da reabilitação no Brasil mostra que a atenção a pessoas com deficiências físicas teve impulso significativo no final da década de 1950, quando passou a ser consistentemente orientada, prática e ideologicamente, pelas concepções médicas sobre as incapacidades e a reabilitação física.

A partir da implantação do Centro de Demonstração de Técnicas de Reabilitação da OMS, o Instituto Nacional de Reabilitação (INAR), instalado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em 1956, deu-se início à visibilidade e legitimação social de um modelo de atenção em reabilitação concentrado na instituição Centro de Reabilitação. Sua configuração

seguiu o modelo de reabilitação vigente nos países desenvolvidos economicamente, no qual caberia à instituição ser o lugar específico da reabilitação.

Ainda nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS), em 1994 criou o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, o qual adotou como objetivo a atenção integral da pessoa com deficiência no SUS, delimitando níveis de complexidade e descrevendo ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e integração social.

Através dos movimentos sociais e da proteção legal da Coordenação Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), essas pessoas conquistaram a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (PNIPPD) inserida no Decreto nº 3.298/99, sancionado em 20 de dezembro de 1999, como já fora mencionado esse postulado legal contém um conjunto de orientações normativas que objetivam assegurar a esses sujeitos o pleno exercício dos direitos no campo da saúde, educação, trabalho, cultura, turismo, lazer, bem como a habilitação e reabilitação.

Atualmente no Brasil os serviços de reabilitação física são organizados através da Portaria MS/GM nº 818 de 05 de junho de 2001, onde fica determinada a criação das Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência.

O SUS através dos seus princípios da universalidade e equidade desloca a atenção à saúde das pessoas com deficiência para o lugar de política pública. O direito universal e a equidade em saúde possibilitam a incorporação das necessidades de saúde do segmento de pessoas com deficiência na agenda política e nos serviços de saúde de modo a consolidar um conjunto de respostas sociais a questão, criando condições para consolidação da assistência a saúde, bem como do processo de reabilitação e inserção desses sujeitos na sociedade.

Para compor os centros de reabilitação, previram-se recursos materiais especiais, principalmente destinados à avaliação e intervenção sobre funções motoras, e equipe técnica agregando especialistas de outras profissões, coordenados pelo médico, sendo essa, até os dias atuais, sua configuração básica.

Soares (1987) aponta que uma das ações mais significativas do Estado na reabilitação ocorreu na forma de incentivos, inclusive financeiros, à criação de serviços privados com ou sem fins lucrativos, dos quais passou a comprar ações de reabilitação através de convênios.

Segundo Oliver (1998), o Estado não tem promovido de maneira significativa, através de suas unidades próprias, as ações necessárias ao suprimento da oferta de atenção em reabilitação, sendo assim continua prevalecendo a política que transfere recursos públicos para instituições privadas.

Mesmo após algumas décadas de debates, o modelo assistencial de reabilitação que prevalece no Brasil é o dos Centros de Reabilitação, muitas discussões e estudo na área apontam serem esses centros inadequados e insuficientes para suprir a necessidade da pessoa com deficiência.

Entretanto, um modelo de reabilitação centrado na lesão física ou sensorial deslocado do conjunto da atenção à saúde, não garantiu respostas a ponto de constituir-se como suporte assistencial para promover saúde e o exercício da cidadania.

O Censo de 2000 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indica um percentual de 14,5% da população total com alguma deficiência, o que equivale a 24,6 milhões de pessoas vivendo com algum tipo de deficiência. Isso significa que essa população se beneficia das leis e programas relacionados à melhoria da qualidade de vida.

O processo de reabilitação exige avanços de forma acelerada, pois a cada ano aumenta a ocorrência de deficiências, seja por patologias ou por acidente de trabalho e no trânsito.

A hierarquização do sistema de saúde, no que tange à saúde e reabilitação de pessoas com deficiência, encontra também forte resistência à sua consolidação, devido à forte concentração de poder da perspectiva médica que representa essencialmente o grupo mais forte entre os atores políticos da área, o centro de reabilitação continua sendo a instância onde devem se concentrar todos os recursos destinados a prevenir e reabilitar pacientes com doenças potencialmente incapacitantes e de deficiências, sendo estas transitórias ou definitivas.

3.2 – Conhecendo o Centro de Reabilitação de Pessoas Portadoras de Deficiência (CERPPOD) de Patos/PB

O Centro de Reabilitação de Pessoas Portadoras de Deficiência (CERPPOD) foi inaugurado em outubro de 2000 pelo então prefeito Dinaldo Medeiros Wanderley

e funcionava em cinco salas localizadas na Escola Municipal de Ensino Fundamental Irmã Benigna, que é uma escola de educação especial.

No início era oferecido apenas os serviços de fisioterapia, neurologia e enfermagem, sendo a equipe formada apenas por dois fisioterapeutas, um médico neurologista, e duas enfermeiras.

Em 2001 o serviço adquiriu alguns aparelhos de termo fototerapia e passou a funcionar em prédio exclusivo a Rua Rui Barbosa no centro da cidade. Em seguida houve a expansão dos atendimentos prestados e conseqüentemente da equipe, havendo mudança no prédio de funcionamento para um que também estava localizado a Rua Rui Barbosa. A equipe era formada por: dois psicólogos, um fonoaudiólogo, um médico neurologista, um médico psiquiatra e cinco fisioterapeutas.

O CERPPOD foi reinaugurado em 08 de agosto de 2006 na gestão do prefeito Nabor Wanderley da Nóbrega Filho, tendo como Secretário de Saúde Drº Jucélio Pereira Moura e como coordenadora do serviço Mariana Pimentel Leitão, passando a funcionar em novas instalações no endereço que fica localizado a Rua Vidal de Negreiros, nº 299 no bairro Jardim Califórnia, numa casa alugada, onde funciona atualmente. A equipe de profissionais que atendia neste período eram cinco fisioterapeutas, um fonoaudiólogo, um psicólogo e um médico ortopedista.

Em 2011 o espaço de funcionamento foi ampliado para as instalações de uma casa vizinha que foi reformada e adaptada, podendo assim receber novos aparelhos para sessões de fisioterapia e conseqüentemente expandir os atendimentos e a equipe. Sem dúvida, essa expansão trouxe melhoras para o serviço, pois cada profissional passou a ter sua sala de atendimento, climatizada e com recursos materiais adequados para oferecer um atendimento de qualidade.

O CERPPOD atende o município de Patos e mais 58 cidades da região, são elas: Água Branca, Aguiar, Aparecida, Areia de Baraúnas, Belém do Brejo do Cruz, Boa Ventura, Bom Jesus, Bom Sucesso, Brejo do Cruz, Cacimba de Areia, Cacimbas, Cajazeirinhas, Catingueira, Condado, Coremas, Curral Velho, Desterro, Emas, Ibiara, Igaracy, Imaculada, Itaporanga, Jericó, Junco do Seridó, Juru, Lagoa, Mãe D'Água, Malta, Manaíra, Maturéia, Nazarezinho, Nova Olinda, Olho D'Água, Passagem, Paulista, Pedra Branca, Piancó, Poço José de Moura, Princesa Isabel, Quixaba, Salgadinho, Santa Inês, Santa Luzia, Santa Terezinha, Santana de Mangueira, São Bentinho, São Bento, São Domingos, São José de Caiana, São

José de Espinharas, São José do Bonfim, São José do Sabugi, São Mamede, Serra Grande, Tavares, Teixeira, Várzea e Vista Serrana.

Atualmente o serviço oferece atendimentos de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, além de consultas médica com ortopedistas. Os usuários de Patos vêm encaminhados das unidades do Programa Saúde da Família (PSF), do hospital, do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador (CEREST) e do Centro de Saúde Frei Damião, já os usuários dos outros municípios vêm encaminhados pelo PSF.

O Centro também recebe crianças, adolescentes, pais ou responsáveis encaminhados pelo Conselho Tutelar de Patos para acompanhamento psicológico. Além de usuários encaminhados pela Promotoria de Justiça.

A equipe tem aumentado devido à crescente procura pelo serviço, funcionando atualmente com um quadro de quarenta e nove funcionários, sendo uma coordenadora, três assistentes sociais, duas enfermeiras, dezessete fisioterapeutas, cinco fonoaudiólogos, cinco psicólogos, três médicos ortopedistas, duas técnicas de enfermagem, além da equipe de apoio que são: quatro recepcionistas, um técnico administrativo, um auxiliar administrativo (arquivo), três auxiliares de serviços gerais e dois vigilantes.

Os vínculos empregatícios desses funcionários estão divididos entre comissionado, efetivos e contratados, sendo um comissionado, quinze efetivos e trinta e três contratados. O Centro está funcionando de segunda a sexta, nos três turnos, no horário de 07:00 as 11:00 e das 13:00 as 21:00.

A primeira vez que a pessoa é encaminhada para o serviço, ela passa obrigatoriamente, por uma triagem com assistente social e com o setor de enfermagem, que é formado por enfermeira e técnica de enfermagem.

O registro dos usuários é feito por meio de prontuário, onde são escritas as informações acerca dos atendimentos. Não se sabe ao certo o número de usuários que o CERPPOD tem, pois esses prontuários não eram enumerados, sendo arquivados por cidades e por ordem alfabética. Somente a partir de fevereiro deste ano é que começou a enumerar os prontuários.

São oferecidos atendimentos institucional, sendo individual ou em grupo, bem como atendimento domiciliar de fisioterapia e fonoaudiologia para os usuários que são acometidos de patologias ou acidentes de trabalho ou trânsito que não podem se deslocar até a instituição.

O CERPPOD é uma instituição prestadora de serviços de reabilitação e caracteriza-se como serviço de média complexidade pelo SUS, dispõe de serviços especializados para avaliação e tratamento da pessoa com deficiência física de qualquer idade, que necessite de reabilitação clínico-funcional ou reabilitação neurossensorial podendo ter uma incapacidade temporária ou permanente de suas funções.

Possui uma equipe multidisciplinar para o desenvolvimento de um conjunto de atividades individuais e/ou em grupo, tendo no serviço social a porta de entrada para a inserção no tratamento, onde o usuário passa por uma triagem, sendo encaminhado para o serviço de enfermagem para identificação do estado de saúde, assim o usuário terá acesso a acompanhamento médico, funcional, bem como a orientação individual e familiar, incluindo disponibilização, treinamento e acompanhamento de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.

No Centro são realizadas, através da consulta médica com ortopedista, prescrição para órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e encaminhados para Secretaria Municipal de Saúde para o setor competente. São solicitados também com frequência exames do tipo raio x, densitometria óssea, tomografia, ultrassonografia.

O serviço oferece campo de estágio para discentes do curso de fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP) e para os de serviço social da Universidade Norte do Paraná (UNOPAR).

O CERPPOD tem o objetivo de melhorar as condições de vida da pessoa com deficiência, proporcionando aquisição ou ampliação de suas potencialidades laborais e independência nas atividades da vida diária, promovendo sua interação, inclusão familiar, escolar e social.

Segundo Souza e Kamimura (2010), o processo de integração da pessoa com deficiência na sociedade brasileira ocorre de forma lenta e através de um padrão de normalidade estabelecido pela sociedade que considera o trabalho como atividade fundamental para que este seja plenamente inserido na sociedade.

Não podemos falar da inserção de pessoas com deficiência no mercado de trabalho, sem mencionar a Lei 8.213 de 1991, a qual determina que empresas com mais de 100 funcionários são obrigadas a contratar um percentual de pessoas com deficiência.

Mesmo com avanços na legislação, sabemos que essas pessoas formam um grupo desfavorecido, seja pelo preconceito que ainda sofrem, seja pela ausência de condições de acesso à escolaridade, à qualificação, a programas de reabilitação física, então mesmo existindo uma lei que obriga a contratação, as empresas alegam que esses profissionais não têm condições para preencher as vagas.

As mudanças ocorridas no mundo do trabalho vêm sendo acompanhada pela contínua precarização das condições e relações de trabalho, isso afeta amplas parcelas da população em geral, mas sem sombra de dúvida as pessoas com deficiências são as mais atingidas.

Dessa forma o CERPPOD tenta através da reabilitação dos seus usuários inserir-los ou reinserir-los no processo político, econômico e social, proporcionando assim a essas pessoas igualdade de oportunidade para disputar o tão acirrado mercado de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber que a partir da Constituição Federal de 1988 várias mudanças aconteceram no sentido de socializar e concretizar o direito assegurado para aqueles até então esquecidos e marginalizados pela sociedade, garantindo assim a cidadania e a dignidade às pessoas com deficiências.

Nesse sentido surgiram várias normas, leis, decretos objetivando regularizar, facilitar e acelerar a integração social da pessoa com deficiência, onde cabe aos órgãos e as entidades do Poder Público assegurar a essas pessoas o pleno exercício de seus direitos básicos, bem como propiciar seu bem-estar pessoal, social e econômico.

Mesmo tendo seus direitos legalmente constituídos, através de persistente luta, esse segmento vive na constante busca pelo reconhecimento de tais direitos, bem como espaço político e visibilidade social.

Sabe-se que ao longo desses anos alguns avanços foram dados, no que diz respeito às políticas públicas voltadas para pessoas com deficiência, mas estas ainda são insuficientes para solucionar a demanda de problemas sociais em relação a estas pessoas.

Como avanço pode citar a criação de Centros de Reabilitação, que estão espalhados por toda parte do Brasil buscando atender toda pessoa com deficiência, independente da origem de sua deficiência, desde que esta possa ser preparada para o trabalho, bem como para sua vida independente.

Nesse contexto, o CERPPOD busca a inclusão social dos seus usuários, entendendo que essa inclusão não está limitada ao campo específico da saúde, devendo envolver diferentes setores na efetivação de respostas a essa problemática.

Percebe-se que existe a necessidade de articular e fortalecer a rede intersetorial na atenção integral a saúde física, intelectual, auditiva e social objetivando oferecer um atendimento resolutivo para a maioria dos problemas e necessidades.

Verifica-se uma centralização no médico, ou seja, esse profissional é o único que pode fazer o encaminhamento do usuário, ficando os demais profissionais impossibilitados de encaminhar o usuário para outro profissional dentro do serviço.

Faz-se necessário garantir a disponibilização de próteses, órteses e meios auxiliares de locomoção no próprio CERPPOD, como meio de desburocratizar o acesso dos usuários a estes equipamentos.

Pudemos observar que no Centro não é oferecido qualquer atendimento direcionado a pessoa com deficiência visual, ficando apenas essa deficiência fora do atendimento do serviço, pois como já foi mencionado, a OMS classifica cinco tipos de deficiência, que são: física, auditiva, visual, mental, e múltipla.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marta Carvalho de; CAMPOS, Gastão Wagner Souza. **Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas portadoras de deficiência no Brasil**: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, São Paulo, v. 13, n. 3, dez. 2002. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-91042002000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 jul. 2012.

BONFIM, Symone Maria Machado. **A luta por reconhecimento das pessoas com deficiência**: aspectos teóricos, históricos e legislativos. Rio de Janeiro, 2009.

BRASIL. Constituição de 1988. Constituição República Federativa do Brasil. Brasília: Câmara dos Deputados, 2011.

_____. Emenda Constitucional nº 12. Brasília, 1978.

_____. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde-Secretaria de Atenção a Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

FIGUEIRA, Emilio. **Caminhando em silêncio** – Uma introdução à trajetória das pessoas com deficiência na história do Brasil. São Paulo: Giz Editorial, 2008.

GUGEL, Maria Aparecida. **Pessoas com deficiência e o direito ao concurso público**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007.

JÚNIOR, Mário Cléber Martins Lanna. **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.

OLIVER, Fátima Côrrea. **Saúde mental e saúde da pessoa com deficiência: estudo do processo de incorporação de assistência pelos serviços municipais de saúde numa região do município de São Paulo (1989-1995)**. 1998. 194f. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

RÊGO, Márcia Cristina dos Santos. **O portador de deficiência e o novo código civil**. [online] Disponível na Internet via <http://jus.com.br/revista/texto/4833/o-portador-de-deficiencia-e-o-novo-codigo-civil>. Arquivo capturado em 13 de março de 2012.

SILVA, Otto Marques. **A Epopéia ignorada – A pessoa deficiente na História do Mundo de Ontem e de Hoje**. São Paulo: CEDAS, 1987.

SOARES, Léa Beatriz Teixeira. **Terapia ocupacional: lógica do capital ou trabalho? Retrospectiva da profissão no estado brasileiro de 1950 à 1980**. 1987. 234p. Dissertação (Mestrado). Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 1987.

SOUZA, Mara Rúbia de; KAMIMURA, Ana Lúcia Martins. **Pessoas com deficiência e mercado de trabalho**. In: Seminário de saúde do trabalhador de Franca, 1., 2010, Franca. Disponível em <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000112010000100024&lng=en&nrm=abn>. Acesso em 10 de julho de 2012.