



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

JUCIELMA MARQUES DA SILVA

**UMA ANÁLISE DO ATENDIMENTO DO CAPS-I DE POCINHOS (PB) AOS
USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA INSERIDOS NESTE CENTRO JUNTO AOS
USUÁRIOS COM TRANSTORNO MENTAL**

**CAMPINA GRANDE - PB
2011**

JUCIELMA MARQUES DA SILVA

**UMA ANÁLISE DO ATENDIMENTO DO CAPS-I DE POCINHOS (PB) AOS
USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA INSERIDOS NESTE CENTRO JUNTO AOS
USUÁRIOS COM TRANSTORNO MENTAL**

*Monografia apresentada à Coordenação do
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Mental e Atenção Psicossocial da
Universidade Estadual da Paraíba, como
requisito para a obtenção do grau de
Especialista.*

ORIENTADORA: Prof^ª Ms. Maria Noalda Ramalho

CAMPINA GRANDE – PB

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

S586a

Silva, Jucielma Marques da.

Uma análise do atendimento do CAPS-I de Pocinhos (PB) aos usuários com deficiência inseridos neste centro junto aos usuários com transtorno mental [manuscrito] / Jucielma Marques da Silva. – 2011.

50 f.

Monografia (Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Universidade Estadual da Paraíba. – Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

“Orientador: Profa. Ma. Maria Noalda Ramalho, Departamento de Serviço Social”.

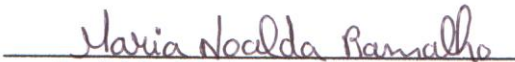
1. Transtorno mental. 2. Saúde mental. 3. CAPS. 4. Pessoas com necessidades especiais. I. Título.

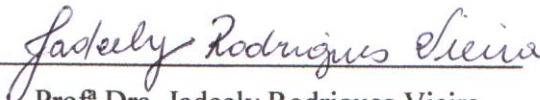
CDD 21. ed. 618.89

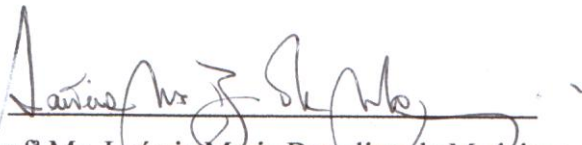
JUCIELMA MARQUES DA SILVA

**UMA ANÁLISE DO ATENDIMENTO DO CAPS-I DE POCINHOS (PB) AOS
USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA INSERIDOS NESTE CENTRO JUNTO AOS
USUÁRIOS COM TRANSTORNO MENTAL**

Data de aprovação 20/06/2011


Prof^a Ms. Maria Noalda Ramalho
UEPB/CCSA/Departamento de Serviço Social
(Orientadora – 1º Membro)


Prof^a Dra. Jadcely Rodrigues Vieira
UEPB/CCBS/Departamento de Psicologia
(2º Membro)


Prof^a.Ms. Laécia Maria Bertulino de Medeiros
UEPB/CCBS/Departamento de Psicologia
(3º Membro)

CAMPINA GRANDE – PB

2011

Dedico este trabalho, a priori, a **DEUS** que, com o seu imensurável amor, me deu a confiança de que seria vitoriosa no final dessa caminhada, uma vez que acredito que as dádivas que recebi são frutos do seu amor incondicional por mim. Sem Ele, nada seria possível e com Ele o verdadeiro amor pelo próximo e por todo o comportamento que busca a promoção da vida continua sendo o melhor caminho para uma vida com sentido. Também, de uma forma especial, dedico aos meus pais **JOSÉ MARQUES DA SILVA** e **JOANA DOS SANTOS MACEDO SILVA** que, com ternura, dignidade, carinho, amor e compreensão, souberam me apoiar com palavras e gestos nos momentos difíceis desta jornada me fortificando com sábias palavras nesta complexa caminhada. Meu eterno reconhecimento.

AGRADECIMENTOS

Ser Cristão é saber vencer lutas com Cristo! Supõe-se, então, que, após um ano a mais vivido nos campos das batalhas da existência, tenhamos vitórias e conquistas para se perpetuarem em toda a nossa história de vida; pois cada dia é um novo começo, uma outra oportunidade de nos realizarmos e sermos mais do que éramos. Então, a cada pôr-do-sol, há muitas razões para agradecermos tudo que conquistamos e, então, viver cada dia na sua plenitude! Obrigado Senhor!

Agradeço, em especial, aos meus pais, irmãos, namorado e colegas de curso que contribuíram nesta caminhada, tanto pessoal como profissional, com apoios e incentivos.

À minha orientadora Professora MARIA NOALDA RAMALHO, pela sua capacidade ímpar como docente e, acima de tudo, em compreender e cuidar tão bem do andamento da minha pesquisa. Nosso trilhar foi bem corrido, mas posso dizer que colhi muitos frutos e aprendi bastante com a mesma.

À minha amiga MARIA TEREZA, que me encorajou a continuar, incentivando-me e contribuindo no andamento de minha pesquisa.

Aos meus colegas de trabalho, no qual contribuíram na busca de dados e informações para conclusão de minha pesquisa.

À Banca Examinadora deste trabalho pela disponibilidade em contribuir para a minha formação.

A TODOS O MEU ETERNO AGRADECIMENTO!

Acreditamos que as sociedades inclusivas tenham a capacidade de criar o futuro. Se podemos precisar o local exato de cidades-bombas em quase todo o globo terrestre, se podemos mandar homens e mulheres para o espaço, certamente também podemos descobrir como viver juntos com liberdade e justiça para todos. A inclusão é verdadeiramente e simplesmente uma questão de vontade (FORESTE & PEARPOINT, 199.).

RESUMO

O presente trabalho foi motivado pela necessidade de se obter dados sobre os desafios de se trabalhar com portadores de deficiências inseridos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como recurso para auxiliar o trabalho e a prática do desenvolvimento do tratamento desses pacientes, uma vez que os mesmos não são usuários de tal serviço de saúde. Partindo desse pressuposto, esta monografia foi realizada tendo como base metodológica observações cotidianas no CAPS I de Pocinhos – PB, também se utilizando de uma coleta de dados englobando um formulário para a coleta de dados secundários para a caracterização dos sujeitos da pesquisa, bem como um roteiro de entrevista com perguntas abertas visando uma avaliação do atendimento deste Centro a usuários com deficiência. Responderam ao questionário 11 profissionais do referido CAPS –I. Os dados foram agrupados e analisados, constatando, em linhas gerais, que os profissionais do serviço, ora estudado, estão insatisfeitos e, ao mesmo tempo, despreparados para receberem essa nova demanda dentro do CAPS-I, uma vez que reclamam da falta de capacitação para se trabalhar com esses usuários.

Os mesmos também reclamaram da falta de estrutura física, do número insuficiente de profissionais, assim como relataram que estão temendo a falta de segurança desses usuários com deficiência, que podem ser vítimas dos pacientes com transtornos mentais em seus momentos de surtos.

PALAVRAS-CHAVES: CAPS, Inclusão, Pessoas com Deficiência.

ABSTRACT

This work was motivated by the need to obtain data about the challenges of working with people with disabilities included in the Centers for Psychosocial Care (CAPS) as a resource to assist practical work and the development of treatment of these patients, since the same users are not just for the health service. Based on this assumption, this monograph was carried out based on the methodological everyday observations of Pocinhos CAPS I - PB, also using a data collection form encompassing a collection of secondary data for the characterization of the research subjects, as well as a interview guide with open questions aimed at assessing the Center's service to users with disabilities. 11 professionals responded to the questionnaire referred to the CAPS-I. Data were grouped and analyzed based on the technique of content analysis, which confirmed, in general, that the professional service, well studied, are unhappy and at the same time, unprepared to receive this new demand within the CAPS- I once complained about the lack of training to work with these users.

They also complained about the lack of physical infrastructure, the insufficient number of professionals, who are reported as fearing the lack of security of these users with disabilities who may be victim of patients with mental disorders in their times of outbreaks.

KEYWORDS: CAPS, Inclusion, People with Disabilities

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I A REFORMA PSQUIÁTRICA NO BRASIL	12
1.1 A HISTÓRIA DA REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA: DOS PRIMÓRDIOS À PROPOSTA ATUAL.....	12
1.2 BREVE HISTÓRICO SOBRE OS CAPS.....	17
CAPITULO II PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: ALGUNS APONTAMENTOS	20
2.1 OS TIPOS DE DEFICIÊNCIA.....	20
2.1.1 Deficiência Física.....	20
2.1.2 Deficiência Intelectual	23
2.1.3 Deficiência Visual.....	26
2.1.4 Deficiência Auditiva.....	28
2.1.5 Deficiência Múltipla.....	30
2.1.6 Outros Casos.....	33
2.2 A QUESTÃO DA TERMINOLOGIA.....	34
2.3 INCLUSÃO: UMA PROPOSTA CONTEMPORÂNEA PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	36
CAPITULO III A METODOLOGIA DA PESQUISA	38
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	38
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	38
3.3 OS INSTRUMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DE DADOS.....	40
3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	41
CAPITULO IV A ANÁLISE DO DOS DADOS DA PESQUISA	42
4.1 ANÁLISE DOS DOCUMENTOS SECUNDÁRIOS.....	42
4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTA.....	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51
ANEXOS	54
ANEXO I TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	55
APÊNDICES	56
APÊNDICE I ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	57
APÊNDICE II FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS.....	58

INTRODUÇÃO

Este trabalho tem o objetivo de investigar, analisar e gerar subsídios teóricos para o atendimento ofertado pelos profissionais do CAPS I de Pocinhos PB, uma vez que recebem uma demanda de usuários com deficiências diversificadas que buscam apoio e cuidados em um serviço de saúde destinado ao tratamento de pessoas com transtornos mentais graves, severos e persistentes.

Não há dúvidas de que um assunto muito discutido na sociedade atual é a temática da inclusão. Nesse processo, surge a discussão da inserção de indivíduos que apresentam deficiência dentro dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde os pesquisadores e estudiosos da área beneficiam-se do compartilhamento desse processo, havendo uma grande reflexão sobre os meios que têm sido utilizados nesta área para a dinâmica da adaptação e avaliação de indivíduos com deficiências nesses espaços institucionais.

A Política Nacional de Saúde Mental, lançada em 2003 (BRASIL, 2003), acompanhou o redesenho da saúde pública deste país. Neste processo, a Reforma Psiquiátrica, estabelecendo uma rede de atenção extra-hospitalar, criou o CAPS como principal elemento para uma prática significativa, onde cada vez menos o hospital é o destino das pessoas com transtornos mentais. Isso é um sinal claro de que a rede extra-hospitalar está desempenhando um papel preponderante no processo de inclusão dessas pessoas na sociedade. A referida Política Nacional define o CAPS como a peça principal da rede de atenção extra-hospitalar formada, também, pelas residências terapêuticas, centros de convivência e pelo Programa De Volta para Casa. Na concepção da Reforma Psiquiátrica, o modelo centrado na atenção hospitalar não reabilita o paciente; pois, quando isolado, a pessoa com transtornos mentais não consegue se ressocializar e perde sua individualidade. Assim, o CAPS oferece desde cuidados clínicos até atividades de reinserção social do paciente por meio de acesso ao trabalho, lazer, direitos civis, além de proporcionar o fortalecimento dos laços familiares e sociais.

Segundo Sasaki (1997) a inclusão é definida como "o processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade" (p. 41). A inclusão é hoje um dos maiores desejos de uma sociedade que ainda estigmatiza e discrimina seus integrantes especiais; uma vez que existem pessoas que ainda não compreendem muito bem as diferenças e as deficiências que todos possuem, gerando estigmas, preconceitos e impondo rotulações. Também podemos perceber que existem pessoas

com deficiência que vivem em isolamento social, dentro da estrutura familiar problemática que costuma segregá-los, esquecê-los ao invés de inserí-los no seu convívio. Assim, o maior desafio social é transformar a mentalidade preconceituosa instalada na sociedade, desencadeando um movimento coletivo de longos anos para, através das ações profissionais, mudar e reverter esse quadro.

Com isso, destacamos que a inclusão das pessoas com deficiência é benéfica. No entanto, não é um processo rápido, automático, e sim um processo gradativo, além de ser de responsabilidade de toda a sociedade, que deve sentir-se comprometida, viabilizando assim, a plena participação do indivíduo.

Este trabalho versa sobre uma pesquisa acerca dos desafios encontrados no atendimento de pessoas com deficiência nas unidades do CAPS, uma vez que o referido serviço se destina ao tratamento de usuários portadores de transtornos mentais graves e persistentes. O interesse por este objeto de estudo surgiu a partir da observação do funcionamento do CAPS I do município de Pocinhos (PB), onde pode ser notada a constante procura de atendimento por parte de portadores de todos os tipos de deficiência e dos seus familiares gerando preocupação aos funcionários com relação à incapacidade de prestar a assistência que essas pessoas necessitam, assim como com a segurança das mesmas diante da possibilidade de crises e surtos psicóticos por parte dos usuários com transtornos mentais. Para a adequada abordagem desta temática, o presente trabalho está constituído por quatro capítulos.

O primeiro capítulo trata da Reforma Psiquiátrica no Brasil e suas ações benéficas para a população desde os primórdios até a proposta de abertura e fundação dos CAPS. O segundo capítulo enfatiza os portadores de deficiências, os tipos de deficiência e a questão da terminologia, bem como a proposta contemporânea da inclusão para essas pessoas. Já no terceiro capítulo é feita uma abordagem geral da pesquisa, focalizando os seguintes tópicos: tipo de estudo, local da pesquisa e instrumentos de coleta. e a análise dos dados à luz das teorias estudadas, procurando aprofundar a temática em questão. O quarto capítulo apresenta a análise dos dados à luz das teorias estudadas, procurando aprofundar a temática em questão e apresentando o ponto de vista dos profissionais que prestam atendimento do CAPS I de Pocinhos (PB). Por fim, são apresentadas as considerações finais e todas as referências estudadas na pesquisa.

CAPITULO I A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

O presente capítulo visa abordar o processo histórico, social, político e assistencial da Reforma Psiquiátrica, desde os seus primórdios, por meio dos elementos que se fizeram necessários e emergenciais na atuação dos projetos para mudanças na área da saúde mental. Ressaltaremos os movimentos reformistas que participaram ativamente neste processo, nos períodos pré e pós reforma, com seus impactos e consequências, no contexto da luta antimanicomial para se combater o poder de conhecimento absoluto da psiquiatria nesta realidade. Assim, procuraremos apresentar desde o princípio da história da saúde mental, em todos os seus processos evolutivos, até os dias atuais, em que a sua realidade ainda está em construção de mudanças.

1.1 A História da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Dos Primórdios á Proposta Atual

Na Grécia Antiga, o “louco era considerado como uma pessoa com poderes diversos. A loucura era tida como uma manifestação dos deuses, sendo, portanto, reconhecida e valorizada socialmente, não havendo necessidade de seu controle e/ ou exclusão” (RESENDE, 1987, p.20). Assim como vimos, a loucura era vista como uma força da natureza.

Como o racionalismo, a loucura deixa de pertencer ao âmbito das forças da natureza, assumindo o status de desrazão, sendo o “louco” aquele que transgride ou ignora a moral racional. Com um caráter moral, a loucura passa a ser algo qualificado como irresponsabilidade (ALVES et.al., 2009, p.72).

No Brasil a psiquiatria nasce como um projeto de uma elite médica republicana, que pensa o Estado como normalizador do espaço social e base fundamental para edificar uma sociedade mais justa. A partir de 1830, começam a aparecer na imprensa artigos produzidos por eminentes clínicos, solicitando a criação de um local específico para os “loucos”, evitando que circulem pelas ruas, que sejam trancados nas residências, ou que fiquem internados em hospital não especializado, no caso mais citado, a Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Os “alienados” eram simplesmente entulhados nos porões dos hospitais, submetidos a castigos físicos, expostos a doenças contagiosas e desnutrição.

O Hospício Dom Pedro II é finalmente construído, através de donativos imperiais, subscrições e loterias para o atendimento dos “loucos curáveis” de todo o país. Rapidamente torna-se um local destinado àqueles que apresentam problemas

mentais de todo tipo, como “idiotas, imbecis, epiléticos ou paralíticos dementes”, que se reputam incuráveis e podem viver inofensivos no seio da família (MACHADO, 1978, p. 474).

Segundo Alves et.al (2009) esses hospitais eram, ao mesmo tempo, um espaço de assistência pública, acolhimento, reclusão e correção. Nessa época, os conceitos de saúde e doença situavam-se numa perspectiva social subordinada às normas do trabalho industrial e da moral burguesa, com vistas à manutenção da ordem pública.

Com o surgimento do Mercantilismo (Século XV), muda-se também a visão da população em relação ao “louco”. Nesse momento todos aqueles que não podiam contribuir para o movimento da produção, comércio e consumo, começam a ser encarados sob prerrogativa do controle social a tudo que fosse desviante. A partir da Revolução Francesa (Século XVIII), inicia-se um processo de reabsorção dos excluídos, até então, isolados em setores próprios dos hospitais gerais.

Embora o conceito de alienação não significasse ausência abstrata de razão, mas somente contradição na razão, como atentava Hegel, essa contradição impossibilitaria a Razão absoluta. Portanto, aquele em cuja razão existisse tal contradição seria um alienado, o que tornaria incapaz de julgar, de escolher; incapaz mesmo de ser livre e cidadão, pois a liberdade e a cidadania implicavam no direito de possibilidade de escolha (AMARANTE, 2009, p.2)

Para Amarante (2009) o manicômio seria como expressão de um modelo que se calça na tutela, na vigilância, no tratamento moral, na imposição de ordem, na punição corretiva, no trabalho terapêutico, na custódia e interdição. Assim, enquanto alienado, ele estaria incapaz até mesmo de decidir pelo próprio tratamento, motivo este que justificaria que fosse tomada a decisão em seu lugar.

Também no Século XVIII, Philippe Pinel trouxe mudanças significativas no pensamento médico de seu tempo. Para ele, a origem da alienação tinha sua essência no desarranjo de funções da mente; o que levou a loucura a adquirir o estatuto de doença mental. O fato de se estimar como causa da loucura as paixões exacerbadas criou bastante resistência no meio científico da época. Dentre os avanços conquistados por Pinel, encontra-se a criação dos primeiros hospitais psiquiátricos.

Na virada do século XVIII para o século XIX, começou a haver uma predominância do pensamento ligado à doutrina organicista. O apego aos tratamentos físicos resultou das dificuldades práticas do tratamento moral e das urgências determinadas pela superpopulação nos manicômios. O desenvolvimento da anatomia patológica influenciou fortemente o

pensamento da psiquiatria da época, fazendo com que os alienistas buscassem causas

orgânicas da loucura e desenvolvessem conseqüentemente, procedimentos terapêuticos físicos e medicamentosos.

Diante disso, mudou-se a forma de se pensar acerca das causas da loucura, as críticas ao modelo fechado e autoritário, que continuava presente nos hospícios da época, fizeram surgir à proposta de criação de colônias de “alienados”. Essas colônias tinham como objetivo, por um lado, neutralizar as denúncias de superlotação, aprisionamento e violência presentes nos hospícios e, por outro, transformar o modelo assistencial.

Segundo Soares (1997) apud Amarante (1995), as colônias atualizavam, então, o compromisso da psiquiatria emergente com a realidade do contexto sócio-histórico da modernidade.

Na prática, o modelo das colônias serve para ampliar a importância social e política da psiquiatria e neutralizar parte das críticas feitas ao hospício tradicional. No decorrer dos anos, as colônias, em que pese seu princípio de liberdade e de reforma da instituição asilar clássica, não se diferenciam dos asilos pinelianos (SOARES, 1997 apud AMARANTE, 1995, p. 28).

As bases da Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciaram-se entre os séculos XIX e XX, o a partir daí manteve-se a extensão no processo de mudanças práticas e a extensão de normas e organizações em que foi possível a saúde pública. Ao decorrer do tempo esta reforma, tão importante e inovadora, vem enfrentando situações em que necessita da persistência contínua no processo de busca de mudanças favoráveis ao reconhecimento da cidadania da pessoa com transtorno mental. É óbvia a situação de limitações que a torna um ser social carente de atenção e respeito, bem como a busca pelo seu espaço de cidadania, que se torna cada vez mais real. A pessoa com transtorno mental era vista pela sua subjetividade num contexto biopsicossocial; hoje em dia este ser social passa a ser analisado e avaliado por um processo global e, não apenas, restrito à doença, resgatando, dessa forma, o seu espaço na sociedade e o respeito às suas limitações.

No final da década de 1930 ainda se utilizava como forma de tratamento; o eletro choque e a psicocirurgia, métodos esses que causam danos irreversíveis ao usuário, pois a maneira na qual ocorriam ainda eram precários e o conhecimento sobre o cérebro humano pouco tinha avançado. Somente após a Segunda Guerra Mundial (Década de 1940) foi realizada uma terapia medicamentosa com grande sucesso.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira coincide com o final gradual da ditadura militar, com as denúncias das práticas asilares e do maltrato institucional por parte dos técnicos. O movimento social do final da ditadura dará lugar a uma enunciação legislativa com a criação de novos espaços para a loucura. O movimento dos trabalhadores da saúde mental foi peça chave do processo. As manifestações levaram à elaboração de legislações nacionais que

enfaticavam o respeito e a dignidade que os portadores de transtornos mentais, assim como todo cidadão, merecem. Além disso, o sistema nacional não dava conta, na saída da ditadura, de tão grandes estruturas manicomiais, tanto públicas como privadas, criadas na época em que a existência de um hospício era um bom negócio.

No Brasil a Reforma Psiquiátrica tem sido favorecida pelas possibilidades de novas abordagens, novos princípios, valores e olhares às pessoas em situação de sofrimento psíquico, impulsionando, assim, formas mais adequadas de cuidado à pessoa com transtorno mental no seu âmbito familiar, social e cultural, isto devido à criação de novos dispositivos e inserção de ações de saúde mental na saúde pública. A referida Reforma no Brasil foi uma grande impulsionadora para a “desinstitucionalização” dos hospitais psiquiátricos, quando ocorreu fortemente uma crítica aos métodos psiquiátricos tradicionais utilizados dentro desses ambientes onde as pessoas com transtornos mentais eram internadas e tratadas precariamente com terapias totalmente desumanas e arcaicas em relação às novas formas de tratamento que tinham sido implantadas na Europa e nos Estados Unidos há alguns anos atrás.

A desinstitucionalização psiquiátrica, definida como “a contração dos setores institucionais tradicionais, com a concorrente expansão dos serviços comunitários de tratamento” (BACHRACH, 1976, apud LOVISI, 2000, p.167), já tem sido implementada em diversos países desde meados do século passado. Atualmente, a desinstitucionalização vem acontecendo nos Estados Unidos e Europa, fortemente estimulada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No Brasil, todavia, este tipo de mudança na atenção em saúde mental tem sido realizada com os mesmos desastrosos modos de administração com os quais o Governo brasileiro vem administrando o Sistema Único de Saúde – SUS, uma vez que o Brasil encontra-se hoje entre os países com os piores desempenhos de seus serviços públicos de saúde em todo o mundo.

Diante do exposto, vemos que a história da Reforma Psiquiátrica faz parte do cotidiano de um grande número de profissionais de saúde mental, tendo como uma das suas vertentes principais a desinstitucionalização com o objetivo da desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustenta. Com esta necessidade, vem se substituindo os manicômios por outros tipos de providências como os tratamentos terapêuticos, que se tornou alvo de estudo de muitos profissionais de saúde e despertou o interesse de boa parte da sociedade. Assim, com base em muitos estudos vem-se buscando novos olhares para contribuir com os segmentos da sociedade na implementação e implicação da desconstrução total do modelo hospitalocêntrico, até então hegemônico.

Dessa forma, os avanços da Reforma Psiquiátrica vêm crescendo no Brasil há várias

décadas, principalmente a partir do final dos anos setenta. No ano de 1987 foi criado em São Paulo o primeiro Centro de Apoio Psicossocial, - CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, que se tornou referência e acabou por incentivar a implantação do serviço em todo o país. Depois tivemos em Santos (SP) a fundação do primeiro NAPS com o fechamento da Casa de Saúde Anchieta

No percurso da reforma psiquiátrica brasileira, houve um momento em que as denúncias sobre a precariedade da assistência psiquiátrica desencadearam estudos e trouxeram a público dados e informações de órgãos públicos como, por exemplo, do Ministério da Saúde, antes não valorizados, tais como número de leitos, custos e qualidade da assistência. Os dados do Centro de Informações de Saúde, do Ministério da Saúde, revelaram que em 1988, o número de leitos psiquiátricos representava 19,1% do total de leitos disponíveis em todo o país, percentual superado apenas pelos leitos de clínica médica, 21,6% (GONÇALVES, 2001, p. 50).

O Movimento da Reforma demonstra as incoerências do modelo que se prosseguiu aos paradigmas da psiquiatria clássica e que tornou o hospital psiquiátrico à única alternativa de tratamento, facilitando o tratamento da doença crônica e a exclusão dos doentes mentais em todo o país.

Todas as conquistas antimanicomiais conseguiram seus êxitos e avanços através da experiência de desinstitucionalização. Entretanto, reconhecemos a necessidade de investimentos na instrumentalização dos profissionais para avançar na inclusão do cuidado da saúde mental no SUS, com vistas à revisão do modelo assistencial.

No contexto brasileiro, a Reforma Psiquiátrica foi impulsionada pela Declaração de Caracas, uma legislação em saúde mental aprovada nos anos de 1990 em favor da Reestruturação da Assistência Psiquiátrica para a América Latina. Desde então, os movimentos sociais passaram a aclamar a substituição dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. Dessa forma,

Entra em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p. 8).

No Brasil a Portaria 336/92, definindo as atuações, funções e limitações dos CAPS, estabelece suas várias modalidades. A criação dos mesmos centralizou o tratamento nesse novo articulador territorial, fechando muitos hospícios e reduzindo leitos de hospícios.

No próximo item trataremos um breve histórico sobre os CAPS, já que um deles (O CAPS I do município de Poções – PB) se constitui como campo de pesquisa do presente estudo.

1.2 Breve Histórico Sobre os CAPSs

Segundo informações fornecidas pelo Portal do Ministério da Saúde brasileiro:

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/02, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto é, que garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desta Política (BRASIL, 2011b).

Contudo nosso foco principal de pesquisa dentro desse estudo visa investigar a forma de atendimento a usuários com deficiência dentro do CAPS I, uma vez que este serviço de saúde oferece tratamento específico a pessoas que sofrem de algum transtorno mental e não se encontra preparado para atender de forma adequada portadores de qualquer outro tipo de deficiência.

Os CAPS são, indiscutivelmente, de importância para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, uma vez que vieram como apoio às pessoas com transtorno mental e seus familiares. Com a criação do referido Centro, os profissionais adquiriam atribuições que antes seria inimagináveis: tornaram-se responsáveis pelo acompanhamento clínico, medicação, oficinas, apoio à família e pela inclusão social dos seus usuários.

Durante anos os profissionais em psiquiatria, como a sociedade, viviam concentrando a idéia de que a internação seria a melhor solução para as pessoas com transtornos mentais. Agora, depois de alguns anos da Reforma Psiquiátrica, com a implantação desse novo sistema, os profissionais dos CAPS vêm reagindo de maneira diferente, criando meios, cada vez mais eficazes, para quebrar a barreira criada pela sociedade em volta dessas pessoas.

O CAPS surge para acolher e ampliar os direitos dos sujeitos com transtornos mentais; por isso seus profissionais têm muito cuidado em evitar a perda do que já foi conquistado durante esse tempo de luta. Mesmo a “doença mental” sendo estudada desde os primórdios, o homem sempre tentou entender o que levava alguém a ter problemas mentais, pois as pessoas com transtornos mentais, de maneira geral, sempre foram taxadas de “loucos” pela comunidade, consideradas inúteis e um atraso para o processo de evolução da sociedade capitalista.

Também podemos dizer que o CAPS tornou-se um meio essencial para que a família tenha suporte suficiente para melhorar a qualidade de vida de seus integrantes com transtornos

mentais dentro do ambiente domiciliar, podendo esta recorrer em caso de necessidade para receber um apoio dentro das possibilidades do serviço. Mesmo contando com o número reduzido de profissionais, este se sobrecarrega com uma grande quantidade de usuários que procuram seus serviços, fazendo com que, às vezes, o trabalho se torne desgastante.

Os CAPS são instituições que visam à substituição dos hospitais psiquiátricos, antigos hospícios ou manicômios. São unidades de saúde locais/regionais que contam com uma população definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, por equipe multiprofissional, constituindo-se, também, em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental. A Equipe multiprofissional dos referidos Centros pode ser constituída de psiquiatras, neurologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais, músico-terapeutas, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, cuidadores, artesãos, educadores físicos, entre outros. A atenção dos CAPS deve incluir ações dirigidas aos familiares e comprometer-se com a construção de projetos de inserção social. Devem, ainda, trabalhar com a idéia de gerenciamento de casos, personalizando o projeto de cada paciente na unidade e fora dela e desenvolver atividades para a permanência diária no serviço, tendo como objetivo central alcançar o maior número de casos atendidos, melhorando a qualidade de vida do usuário, tornando-se, assim, referência para estes que antes eram escondidos.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), os CAPS podem se caracterizar como do tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infanto-juvenil (CAPSi).

- Os municípios com até 20.000 habitantes possuem apenas a rede básica com ações de saúde mental.
- Os municípios que possuem entre 20 a 70.000 habitantes já contam com o CAPS I.
- Os municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes são contemplados com os CAPS II e o CAPS AD.
- Os municípios que apresentam mais de 200.000 habitantes abrange os CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPSi.

Os citados Centros são espaços físicos públicos onde são ofertados aos seus usuários diversos serviços, visando oferecer, além da reinserção social e tratamento terapêutico, projetos e benefícios de proteção, referentes à autonomia, acolhida, convívio e vivência familiar e comunitária. Os CAPS têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território dando suporte e supervisão à atenção de saúde mental na rede

básica, PSF (Programa de Saúde da Família) e PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde). Sendo assim, regulamenta a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área, mantendo atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para saúde mental.

O presente objeto de estudo surgiu a partir das inquietações vividas cotidianamente no nosso campo de trabalho, localizado no CAPS I do município Pocinhos – PB. Inquietações essas emergidas a partir da dificuldade que encontramos em trabalhar com usuários com deficiência junto com os outros usuários com sofrimento psíquico, uma vez que o referido CAPS atende a toda essa demanda sem especificidade.

Estudar os desafios de se trabalhar com os usuários com deficiência inseridos com pacientes com transtornos mentais nos levará a contribuir para a transformação da representação da criança e do jovem sobre a deficiência perante a sociedade e nos ajudará a compreender melhor o trabalho voltado para a homogeneidade, levando em consideração a diversidade humana. Com efeito, o contato que passaremos a ter com outras formas de pensar e agir, nos coloca frente a mudanças e alterações no pensar da sociedade, implicando em modificações também na constituição do homem.

Diante deste nosso objeto de estudo, o próximo capítulo trará um pouco de reflexão sobre alguns pontos que envolvem a discussão em torno das pessoas com deficiência, bem como os tipos de deficiências e suas definições por alguns autores, a questão do emprego e da terminologia adequada a cada deficiência, a proposta atual da inclusão social e seus benefícios.

CAPÍTULO II - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: ALGUNS APONTAMENTOS

2.1 Os Tipos de Deficiência segundo a OMS

De acordo com Redford (1997), uma área que tem exigido um esforço concentrado de estudo e investigação na saúde é a do paciente que apresenta algum tipo de deficiência que, para este autor:

... é todo aquele que apresenta desvios de normalidade, de ordem física, mental, sensorial, de comportamento e crescimento tão acentuados a limitação físico-mental e social por eles apresentados neste contexto (...), além de utilizar algumas das tecnologias que são usadas em conjunto com os padrões de acessibilidade (REDFORD,1997, p. 12).

As deficiências não são novidades dos tempos modernos. Nos tempos bíblicos, as pessoas já conviviam com “coxos”, “cegos”, “surdos” ou com “deformações” físicas. Hoje, uma parcela considerável da nossa população sofre algum tipo de deficiência, física, sensorial ou mental. De acordo com a OMS (2000), as deficiências se dividem em: deficiência física, deficiência intelectual, deficiência auditiva, deficiência visual e deficiência múltipla.

2.1.1 Deficiência Física

A OMS (BRASIL, 1995) estima que, 10% da população de países desenvolvidos são constituídos de pessoas com algum tipo de deficiência. Para os países em vias de desenvolvimento estima-se de 12 a 15%. Destes, 20% seriam pessoas com deficiência física. “Considerando-se o total dos portadores de qualquer deficiência, apenas 2% deles recebem atendimento especializado, público ou privado. (BRASIL,1995)

Segundo Frontera; Dason, e Slovik (2001), a deficiência física refere-se ao comprometimento do aparelho locomotor que compreende o sistema ósteo-articular, o sistema muscular e o sistema nervoso. As doenças ou lesões que afetam quaisquer desses sistemas, isoladamente ou em conjunto, podem produzir quadros de limitações físicas de grau e gravidade variáveis. O(s) segmento(s) corporais afetados e o tipo de lesão ocorrida poderá causar uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, causando a disfunção ou interrupção dos movimentos de um ou mais membros: superiores, inferiores ou ambos e conforme o grau do comprometimento ou tipo de acometimento,

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

De acordo com o Ministério da Saúde - Coordenação de Atenção a Grupos Especiais (BRASIL 1995), a Identificação da deficiência física pode se dar a partir de:

- Observação quanto ao atraso no desenvolvimento neuropsicomotor do bebê (não firmar a cabeça, não sentar, não falar, no tempo esperado).
- Atenção para perda ou alterações dos movimentos, da força muscular ou da sensibilidade para membros superiores ou membros inferiores.
- Identificação de erros inatos do metabolismo.
- Identificação de doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas.
- Controle de gestação de alto-risco.
- A Identificação precoce pela família seguida de exame clínico especializado favorecem a prevenção primária e secundária e o agravamento do quadro de incapacidade.

2.1.2 Deficiência Intelectual

Segundo a AAMR (Associação Americana de Deficiência Mental) e DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), por deficiência intelectual entende-se o estado de redução notável do funcionamento intelectual significativamente inferior à média, associado a limitações pelo menos em dois aspectos do funcionamento adaptativo: comunicação, cuidados pessoais, competências domésticas, habilidades sociais, utilização dos recursos comunitários, autonomia, saúde e segurança, aptidões escolares, lazer e trabalho.

A Deficiência intelectual se manifesta antes dos dezoito anos e apresenta limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização dos recursos da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer;

h) trabalho;

Os indivíduos com deficiência intelectual não são afetados da mesma forma, assim, dependendo do grau de comprometimento. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em 1976, essas pessoas eram classificadas como “portadoras” de deficiência “mental” leve, moderada, severa e profunda. Contudo, atualmente, tende-se a não enquadrar previamente a pessoa com deficiência intelectual em uma categoria baseada em generalizações de comportamentos esperados para a faixa etária. O nível de desenvolvimento a ser alcançado pelo indivíduo irá depender não só do grau de comprometimento da deficiência, mas também da sua história de vida, particularmente, do apoio familiar e das oportunidades vivificadas.

As causas e os fatores de risco que podem levar à deficiência intelectual são diversos. De acordo com informações da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Salvador (2011), eles se classificam em:

A) Fatores de Risco e Causas Pré Natais: São aqueles que vão incidir desde a concepção até o início do trabalho de parto, e podem ser:

-Desnutrição materna.

-Má assistência à gestante.

-Doenças infecciosas: sífilis, rubéola, toxoplasmose, (medicamentos teratogênicos), poluição ambiental, tabagismo.

-Genéticos: alterações cromossômicas (numéricas ou estruturais), como: Síndrome de Down, Síndrome de Martin Bell; alterações gênicas, ex: erros inatos do metabolismo (fenilcetonúria), Síndrome de Williams, esclerose tuberosa, etc.

B) Fatores de Risco e Causas Perinatos: São os que vão incidir do início do trabalho de parto até o 30º dia de vida do bebê, e podem ser divididos em:

-Má assistência ao parto e traumas de parto.

-Hipóxia ou anóxia (oxigenação cerebral insuficiente).

-Prematuridade e baixo peso 9 PIG (Pequeno para idade Gestacional).

-Icterícia grave do recém nascido.

- Kernicterus (incompatibilidade RH/ABO).

C) Fatores de Risco e Causas Pós Natais: São os que vão incidir do 30º dia de vida até o final da adolescência e podem ser:

-Desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação global.

- Infecções: meningoencefalites, sarampo, etc.
- Intoxicações exógenas (envenenamento): remédios, inseticidas, produtos químicos (chumbo, mercúrio, etc).
- Acidentes: trânsito, afogamento, choque elétrico, asfixia, quedas, etc.
- Infestações: neurocisticercose (larva da Taenia Solium).

Para que se suspeite de deficiência intelectual é preciso que haja vários sinais. Um único aspecto não pode ser considerado como indicativo de qualquer deficiência. Dentre esses sinais estão: o atraso no desenvolvimento neuro-psicomotor (a criança demora em firmar a cabeça, sentar, andar, falar) e dificuldade no aprendizado (dificuldade de compreensão de normas e ordens, dificuldade no aprendizado escolar).

Sempre que possível o diagnóstico da deficiência intelectual deve ser feito por uma equipe multiprofissional, composta pelo menos de um assistente social, um médico e um psicólogo. Tais profissionais atuando em equipe têm condições de avaliar o indivíduo em sua totalidade, ou seja, o assistente social através do estudo e diagnóstico familiar analisará os aspectos sócios culturais; o médico através da anamnese acurada e exame físico analisará os aspectos biológicos e finalmente os psicológicos o nível de deficiência intelectual. Posteriormente, em reunião, todos os aspectos devem ser discutidos em conjunto pelos profissionais que atenderem o caso, para as conclusões finais e diagnósticas global, bem como para a definição das condutas a serem tomadas e encaminhamentos necessários, sendo então a família chamada para as orientações devolutivas e encaminhamentos adequados. Acreditamos que com essa sistemática de trabalho em equipe, é bem mais fácil a orientação da família que, após entender as potencialidades do filho e suas necessidades poderá participar e cooperar nos tratamentos propostos.

Algumas das formas de auxiliar alguém com deficiência intelectual são: Cumprimente-a normalmente. Geralmente, uma pessoa com esta deficiência é carinhosa, disposta e comunicativa. Expresse alegria ao encontrá-la, dê-lhe atenção e mantenha a conversa até onde for possível. Evite a superproteção, seja a pessoa uma criança, um jovem, adulto ou idoso. Ajude-a somente quando for necessário.

A deficiência intelectual não é uma doença. Pode ser consequência de alguma doença, por isso não utilize palavras pejorativas. Quando necessário, busque mais informações junto a associações ou entidades especializadas.

2.1.3 Deficiência Visual

A 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 (que compõem o grupo de visão subnormal ou baixa visão) e ausência total da resposta visual (cegueira). Os estudos desenvolvidos por Barraga (1976) apud [site;www.ies.portadoresdedeficiencia.vilabol.uol.com.br/brf](http://www.ies.portadoresdedeficiencia.vilabol.uol.com.br/brf) (acesso em 10/10/2011), distinguem três tipos de deficiência visual:

- Cegos: Que têm somente a percepção da luz ou que não têm nenhuma visão e precisam aprender através do método Braille e de meios de comunicação que não estejam relacionados com o uso da visão.
- Pessoas de visão parcial: Que têm limitações da visão à distância, mas são capazes de ver objetos e materiais quando estão a poucos centímetros ou no máximo a meio metro de distância.
- Pessoas de visão reduzida: Que podem ter seu problema corrigido por cirurgias ou pela utilização de lentes.

Há vários tipos de classificação de Deficiência Visual. De acordo com a intensidade ela pode ser visual leve, moderada, profunda, severa e perda total da visão. De acordo com comprometimento de campo visual, temos o comprometimento central, periférico e sem alteração. De acordo com a idade de início, a deficiência pode ser congênita ou adquirida. Se está associada a outro tipo, como surdez, por exemplo, a deficiência pode ser múltipla ou não.

As principais causas da cegueira e das outras deficiências visuais têm se relacionado a amplas categorias: Doenças infecciosas; Acidentes; Ferimentos; Envenenamentos; Tumores; Doenças gerais e influências pré-natais e hereditariedade. De maneira genérica, podemos considerar que nos países em desenvolvimento as principais causas são infecciosas, nutricionais, traumáticas e causadas por doenças como as cataratas. Nos países desenvolvidos são mais importantes as causas genéticas e degenerativas. As causas podem ser divididas também em: congênitas ou adquiridas: 1- Causas congênitas: amaurose congênita de Leber, malformações oculares, glaucoma congênito, catarata congênita. 2- Causas adquiridas: traumas oculares, catarata, degeneração senil de mácula, glaucoma, alterações retinianas relacionadas à hipertensão arterial ou diabetes.

Conforme informações contidas no [site:www.pedagogobrasil.com.br](http://www.pedagogobrasil.com.br) (acesso em 10/10/2011) os Fatores de Risco mais comum são:

- Histórico familiar de deficiência visual por doenças de caráter hereditário.
- Histórico pessoal de diabetes, hipertensão arterial e outras doenças sistêmicas que podem levar a comprometimento visual,
- Senilidade, por exemplo: catarata, degeneração senil de mácula.
- Não realização de cuidados pré-natais e prematuridade.
- Não utilização de óculos de proteção durante a realização de determinadas tarefas (por exemplo, durante o uso de solda elétrica).
- Não imunização contra rubéola da população feminina em idade reprodutiva, o que pode levar a uma maior chance de rubéola congênita e conseqüente acometimento visual.

Alguns sinais característicos da presença da deficiência visual na criança são desvio de um dos olhos, não seguimento visual de objetos, não reconhecimento visual de familiares, baixo aproveitamento escolar, atraso de desenvolvimento. No adulto, pode ser o borramento súbito ou paulatino da visão. Em ambos os casos, são vermelhidão, mancha branca nos olhos, dor, lacrimejamento, flashes, retração do campo de visão que pode provocar esbarrões e tropeços em móveis.

Em todos os casos, deve ser realizada avaliação oftalmológica para diagnóstico do processo e possíveis tratamentos, em caráter de urgência. O Diagnóstico deste tipo de deficiência é obtido através do exame realizado pelo oftalmologista que pode lançar mão de exames subsidiários. Nos casos em que a deficiência visual está caracterizada, deve ser realizada avaliação por oftalmologista especializado em baixa visão, que fará a indicação de auxílios ópticos especiais e orientará a sua adaptação.

2.1.4 Deficiência Auditiva

A deficiência auditiva pode ocorrer através dos seguintes tipos:

- Deficiência Auditiva Condutiva: Que se caracteriza como qualquer interferência na transmissão do som desde o conduto auditivo externo até a orelha interna (cóclea). A orelha interna tem capacidade de funcionamento normal, mas não é estimulada pela vibração sonora. Esta estimulação poderá ocorrer com o aumento da intensidade do estímulo sonoro. A grande

maioria das deficiências auditivas condutivas pode ser corrigida através de tratamento clínico ou cirúrgico.

- Deficiência Auditiva Sensório-Neural: Que ocorre quando há uma impossibilidade de recepção do som por lesão das células ciliadas da cóclea ou do nervo auditivo. Os limiares por condução óssea e por condução aérea, alterados, são aproximadamente iguais. A diferenciação entre as lesões das células ciliadas da cóclea e do nervo auditivo só pode ser feita através de métodos especiais de avaliação auditiva. Este tipo de deficiência auditiva é irreversível.

- Deficiência Auditiva Mista: Ocorre quando há uma alteração na condução do som até o órgão terminal sensorial associada à lesão do órgão sensorial ou do nervo auditivo. O audiograma mostra geralmente limiares de condução óssea abaixo dos níveis normais, embora com comprometimento menos intenso do que nos limiares de condução aérea.

- Deficiência Auditiva Central: Que não é, necessariamente, acompanhado de diminuição da sensibilidade auditiva, mas manifesta-se por diferentes graus de dificuldade na compreensão das informações sonoras. Decorre de alterações nos mecanismos de processamento da informação sonora no tronco cerebral (Sistema Nervoso Central).

Indivíduos com níveis de perda auditiva leve, moderada e severa são mais frequentemente chamados de deficientes auditivos, enquanto os indivíduos com níveis de perda auditiva profunda são chamados surdos.

2.1.5 Deficiência Múltipla

A Deficiência Múltipla refere-se a ocorrência de duas ou mais deficiências ao mesmo tempo numa mesma pessoa, a exemplo da Surdocegueira e da Múltipla Deficiência Sensorial.

A Surdocegueira é uma deficiência única que apresenta a perda da audição e visão de tal forma que a combinação das duas deficiências impossibilita o uso dos sentidos de distância, cria necessidades especiais de comunicação, causa extrema dificuldade na conquista de metas educacionais, vocacionais, recreativas, sociais, para acessar informações e compreender o mundo que o cerca.

A Múltipla Deficiência Sensorial é a deficiência auditiva ou a deficiência visual

associada a outras deficiências (mental e/ou física), como também a distúrbios (neurológico, emocional, linguagem e desenvolvimento global) que causam atraso no desenvolvimento educacional, vocacional, social e emocional, dificultando a sua auto-suficiência.

É muito difícil precisar números exatos estatísticos da deficiência múltipla. A razão principal é que a surdocegueira e a múltipla deficiência sensorial, em geral, ocorrem em conjunto com outras deficiências mascarando a deficiência sensorial.

Segundo o site: <http://www.deficientesemacao.com/deficiencia-multipla> (acesso em 11/10/2011), as causas mais comuns deste tipo de deficiência podem ser as Síndromes:

- Icterícia
- Otite média crônica
- Citomegalovirus
- Falta de oxigênio
- Sarampo
- Traumatismos (acidentes)
- Glaucoma
- Medicação teratogênica
- Retinose pigmentar
- Tumor cerebral
- Toxoplasmose
- Prematuridade
- Meningite
- Medicação ototóxica
- Hidro e microcefalia
- Fator rh
- Caxumba
- Rubéola materna
- Pierre Robin
- Charge
- Kearns-Lavre
- Alstrom
- Sífilis congênita
- West
- Bardet-Bredl's

- Lenox Gausteaux
- Goldenhar
- Hallgren
- Flynn-Aird
- Cockayne
- Amaurose de Leber
- Usher
- Catarata
- Casamentos consanguíneos

Sendo os principais Fatores de Risco:

- Epidemias de doenças como rubéola, sarampo, meningite
- Infecções hospitalares
- Falta de saneamento básico
- Doenças venéreas
- Gravidez de risco

Para a sua identificação são perceptíveis aspectos, do tipo:

- Pode apresentar movimentos estereotipados e repetitivos
- Não antecipa as atividades
- Não demonstra saber as funções dos objetos ou brinquedos, utilizando-os de maneira inadequada.
- Pode rir e chorar sem causa aparente
- Pode apresentar resistência ao contato físico
- Empurra o olho, provocando sensações
- Movimenta os dedos e as mãos em frente aos olhos
- Não se comunica de maneira convencional
- Pode apresentar distúrbio de sono
- Não explora o ambiente de maneira adequada
- Tropeça muito e bate nos móveis, objetos e etc
- Gosta de ficar em locais com luminosidade
- Pode não reagir a sons.

Para se ter um diagnóstico correto é necessário os seguintes exames:

- Exames laboratoriais
- Avaliações genéticas
- Exames médicos: (neurológico, visão, audição e físico)
- Diagnóstico diferencial.

2.1.6 Outros Casos

Além dos tipos de deficiência indicados pela OMS, também existem dentro do grupo de pessoas com necessidades especiais, as pessoas com transtornos globais do desenvolvimento (Ex: Autismo) e altas habilidades ou superdotação. Casos estes também atendidos no CAPS I de Pocinhos (PB).

Em relação ao Autismo, podemos dizer que até hoje a ciência não conseguiu definir com precisão a manifestação patológica, suas causas e tratamentos. O indivíduo autista vive em outra dimensão do psiquismo, diferente do das pessoas comuns. Não nutre ou manifesta afetos e, geralmente, é dotado de rebaixamento intelectual. Muitos executam movimentos automáticos, de balançar a cabeça, mover os membros ou pronunciar interminavelmente palavras ou frases aparentemente sem sentido - os estereótipos. O problema acomete mais a pessoas do sexo masculino. O diagnóstico preciso, quanto à sua intensidade, é prejudicado pelo fato de o autista não se comunicar, ou fazê-lo de modo restrito ou precário. Porém, para as escolas, o quadro diagnóstico é importante, na medida em que colabora para a elaboração de currículos adaptados ou flexibilizados para esses sujeitos. Recomenda-se para os mesmos a terapia laboral (trabalhos manuais de qualquer natureza) como recurso para que aprendam habilidades e se mantenham.

Já em relação à Superdotação, ao contrário das pessoas com necessidades especiais por deficiência, os denominados superdotados possuem uma capacidade intelectual (mensurável pelo teste de Q.I) muito acima da média. A legislação recomenda, nesses casos, cuidar para que haja "aceleração" de currículo e/ou que os sujeitos superdotados sejam encaminhados para serviços especiais de atendimento - praticamente inexistentes no Brasil. Em função disso - a falta de atendimento escolar qualificado e especializado - são, provavelmente, centenas de cérebros superdotados que se perdem no anonimato e no perigo das ruas - já que a superdotação, democraticamente, pode acontecer com filhos da classe média e com crianças vítimas da exclusão social.

Como vimos, os seres humanos não são fisicamente todos iguais – cada um de nós tem seu peso, sua altura, sua cor de pele etc. As pessoas com deficiência talvez sejam um pouco mais diferentes, já que podem possuir sinais ou sequelas mais notáveis. Mas, não podemos meramente transpor a realidade natural para a realidade social: esta é por nós construída.

Em todas as épocas e localidades, a pergunta que não quer calar-se tem sido esta, com alguma variação: “Qual é o termo correto - portador de deficiência, pessoa portadora de deficiência ou portador de necessidades especiais?” Responder esta pergunta tão simples é simplesmente trabalhoso, por incrível que possa parecer (SASSAKI, 2003, p.12-16).

Diante desse questionamento, apresentaremos no item que segue uma reflexão acerca da questão da terminologia, enfatizando as mudanças ocorridas no percurso histórico.

2.2 A Questão da Terminologia

Começemos por deixar bem claro que jamais houve ou haverá um único termo correto, válido definitivamente em todos os tempos e espaços, ou seja, latitudinal e longitudinalmente. A razão disto reside no fato de que a cada época são utilizados termos cujo significado seja compatível com os valores vigentes em cada sociedade enquanto esta evolui em seu relacionamento com as pessoas que possuem este ou aquele tipo de deficiência.

Percorrendo, mesmo que superficialmente, a trajetória dos termos utilizados ao longo da história da atenção às pessoas com deficiência no Brasil, verificamos que no começo da história, durante séculos, os mesmos se classificavam como: “os inválidos”, “os incapacitados”, “os incapazes”, “os defeituosos”, “os deficientes”, “os excepcionais e “pessoas deficientes”.

A partir de 1981, não mais se passou a utilizar a palavra “indivíduos” para se referir às pessoas com deficiência. Foi atribuído o valor “pessoas” àqueles que tinham deficiência, igualando-os em direitos e dignidade à maioria dos membros de qualquer sociedade ou país.

A Organização Mundial de Saúde lançou em 1980 a *Classificação Internacional de Impedimentos, Deficiências e Incapacidades* (OMS, 1980 apud SASSAKI, 2003), mostrando que estas três dimensões existem simultaneamente em cada pessoa com deficiência.

O termo “pessoas portadoras de deficiência”, utilizado somente em países de língua portuguesa, foi proposto para substituir o termo “pessoas deficientes”. De mais ou menos 1988 até mais ou menos 1993, pela lei do menor esforço, logo reduziram este termo para “portadores de deficiência”. O “portar uma deficiência” passou a ser um valor agregado à pessoa. A deficiência passou a ser um detalhe da pessoa. O termo foi adotado nas

Constituições Federal e Estaduais e em todas as leis e políticas pertinentes ao campo das deficiências. Conselhos, coordenadorias e associações passaram a incluir o termo em seus nomes oficiais.

Já o termo “pessoas com necessidades especiais” surgiu primeiramente para substituir “deficiência” por “necessidades especiais”. Daí a expressão “portadores de necessidades especiais”. Depois, esse termo passou a ter significado próprio sem substituir o nome “pessoas com deficiência”. De início, “necessidades especiais” representavam apenas um novo termo. O mesmo vem sendo utilizado desde a década de 1990.

Dos anos 2000 até hoje, “pessoas com deficiência” passa a ser o termo preferido por um número, cada vez maior de adeptos; boa parte dos quais é constituído pelas próprias pessoas com deficiência que, no maior evento (“Encontrão”) das organizações de pessoas com deficiência, realizado no Recife em 2000, conclamaram o público a adotar este termo. Elas esclareceram que não são “portadoras de deficiência” e que não querem ser chamadas com tal nome. No texto da Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com Deficiência o termo utilizado no “Encontrão” foi citado e aprovado pela Assembléia Geral da ONU em 06 de dezembro de 2006 (ONU, 2006) e promulgado posteriormente através de lei nacional em todos os países-membros.

A tendência é parar de dizer ou escrever a palavra “portadora” (como substantivo e como adjetivo). A condição de ter uma deficiência faz parte da pessoa e esta pessoa não porta sua deficiência. Ela tem uma deficiência. Tanto o verbo “portar” como o substantivo ou o adjetivo “portadora” não se aplicam a uma condição inata ou adquirida que faz parte da pessoa.

Após um longo período marcado por práticas sociais excludentes, as pessoas com deficiência vêm vivenciando o início de uma nova proposta de prática social que prevê a sua inclusão em todos os âmbitos comuns da sociedade: educação, esporte, lazer, saúde, mercado de trabalho, dentre outros. É sobre esta proposta que nos deteremos a seguir.

2.3 Inclusão: Uma Proposta Contemporânea Para as pessoas com Deficiência

A história revela para a humanidade o caminho da exclusão social e humana do homem. Se no passado, o indivíduo com algum comprometimento era banido da sociedade através da morte, hoje, este tipo de eliminação não é mais praticado. Porém, uma exclusão sutil acontece através das instituições, como cadeias, asilos e tantas outras que foram criadas com este objetivo: segregar o "diferente" da sociedade.

Conforme Sasaki (1997, p. 12), "A década de 60, por exemplo, testemunhou o boom de instituições especializadas, tais como: escolas especiais, centros de habilitação, centros de reabilitação, oficinas protegidas de trabalho, clubes sociais especiais, associações desportivas especiais". Criadas concebendo a idéia de proteger o diferente e, após, reintegrá-lo ao convívio social. Na realidade, estavam considerando muito mais a questão social do que seu desenvolvimento como um todo.

O próprio termo reintegração já traz implícita a idéia da desintegração: "Só é possível reintegrar alguém que foi desintegrado do contexto social e está sendo novamente integrado" (MARQUES apud MANTOAN, 1997, p. 20).

Foi pelas lutas pelos direitos das pessoas com deficiência, na década de 1980, que a prática da integração social surge e se torna mais presente. Porém, foram os novos conhecimentos avançados da comunidade científica, que perceberam a integração insuficiente para o contexto, considerando que esta população não participava de maneira plena e igual aos demais.

Considerando que a diferença é inerente ao ser humano, e reconhecendo a diversidade como algo natural, em que cada ser pode usar de seus direitos coletivos na sociedade, um novo conceito surge, denominado Inclusão. "Conceitua-se a inclusão social como o processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade" (SASSAKI, 1997, p. 41). Assim, a pessoa com deficiência deve encontrar, na sociedade, caminho propício para o seu desenvolvimento através de sua educação e qualificação para o trabalho. Estando ele já inserido no processo, a sociedade se adapta às suas limitações.

A pessoa com alguma deficiência convive socialmente com sua família. Porém, este convívio não se estende à escola, ao clube, à Igreja e às outras áreas da sociedade porque é colocada como um ser diferente (MADER apud MANTOAN, 1997, p.47).

No Brasil, de acordo com o Censo Demográfico de 2000 (BRASIL, 2000), há 14,5% de pessoas com deficiência, sendo a população brasileira mais de 174 milhões de habitantes. Em 2000, a relação numérica com os dados obtidos, determinou 24,5 milhões de deficientes. De cada 100 brasileiros, no mínimo 14 apresentam alguma limitação física ou sensorial. O IBGE realiza a cada dez anos um Censo Demográfico, com o objetivo de conhecer as características do povo brasileiro. Mas no caso do Censo 2000, particularmente, uma novidade foi acrescentada na pesquisa: foi a primeira vez na história do censo que se pesquisou sobre pessoas com deficiência.

A inclusão vem ocorrendo por força de legislações em diversas áreas, como é o caso da educação, em que os alunos com deficiência vêm tendo o direito de estudar em salas regulares de ensino e, no contra-turno, freqüentarem as Salas de Recursos Multifuncionais para receberem o Atendimento Educacional Especializado (AEE). Na área da saúde, as pessoas com deficiência vêm recebendo atendimentos em vários programas e serviços, como é o caso dos CAPS.

Diante desta realidade, o presente estudo visa, justamente, analisar os desafios de se trabalhar com esta demanda dentro deste referido Centro, uma vez que a sua especialidade maior é o atendimento aos usuários com transtornos mentais. A descrição de todos os passos desta pesquisa está exposta no capítulo seguinte.

CAPITULO III - A METODOLOGIA DA PESQUISA

3.1 TIPOS DE ESTUDO

O presente trabalho foi realizado mediante uma pesquisa de campo no CAPS I de Pocinhos-PB. O tipo de investigação desenvolvida foi de cunho exploratório, que segundo Gil (2002), “tem como objetivo proporcionar maior afinidade com o problema com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de idéias ou a descoberta de intuições” (p. 41). O objeto do presente estudo direciona a opção teórico-metodológica para o campo das abordagens qualitativas:

Entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas, tanto no seu advento como na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 1994b, p.10).

As abordagens qualitativas não se preocupam em estabelecer leis para generalizações. Os dados desse tipo de pesquisa objetivam a compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social:

Os métodos qualitativos enfatizam as particularidades de um fenômeno em termos de seu significado para o grupo pesquisado. (...) Os dados qualitativos consistem em descrições detalhadas de situações com o objetivo de compreender os indivíduos em seus próprios termos (...) obrigando o pesquisador a ter flexibilidade e criatividade no momento de coletá-los e analisá-los (GOLDENBERG, 1998, p.49-53).

Assim, os estudos que empregam uma metodologia qualitativa procuram descrever os fenômenos sociais em sua complexidade, enfatizando as subjetividades, os interesses, os conflitos e as contradições dos mesmos.

3.2 Locais da Pesquisa

A pesquisa de campo foi realizada no CAPS I Dr. Josivan Estevão da Silva localizado no município de Pocinhos (PB). O Centro presta um serviço de atendimento em regime de atenção diária, gerenciando projetos terapêuticos através de cuidado clínico personalizado com o objetivo de promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que

envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Desenvolve ações básicas continuadas voltadas aos usuários e familiares em situação de estigmatização social.

Criado em 16 de setembro de 2009, tem como foco de ação a saúde mental, tendo como objetivo principal oferecer à população um serviço de referência para tratamento de pessoas que sofrem de transtornos mentais (psicoses, neuroses e demais quadros), cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência no âmbito do cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de qualidade de vida, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, objetivando a substituição do modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários.

As atividades desenvolvidas no referido CAPS I são organizadas, propostas e operacionalizadas por uma equipe composta por profissionais de nível superior, profissionais administrativos e profissionais de serviços gerais. A equipe multiprofissional é composta por Psiquiatra, Psicólogos, Psicopedagogo, Assistentes Sociais, Enfermeira, Técnico de Enfermagem e Artesã. Os usuários são atendidos em regime aberto, frequentando o serviço apenas durante o dia, em horários estabelecidos de acordo com as suas necessidades. A equipe também estende a sua intervenção às famílias e à vizinhança quando necessário, podendo, ainda, surgir no seu processo de trabalho projetos específicos.

Faz parte da dinâmica do CAPS I a realização regular de assembleias, atividades em grupo, oficinas terapêuticas, sala de espera, reuniões de equipe e outros projetos que nascerão da construção coletiva em harmonia com a cultura local. Semanalmente é realizada uma reunião geral da equipe para se discutir os estudos de casos (parte fundamental na dinâmica do serviço). Especificamente, no CAPSI de Pocinhos (PB) são realizadas as seguintes modalidades de oficinas terapêuticas, referenciadas pelas necessidades e potencialidades desenvolvidas na dinâmica do serviço: oficinas e grupos terapêuticos, oficina de auto cuidado, oficina de adorno e beleza, oficina terapêutica de eventos, oficina de jogos lúdicos, oficinas de artes manuais, oficina terapêutica de vídeo, oficina de costura, oficina de tapete, oficina de colagem, desenho e pintura e oficina de EVA.

O CAPS I de Pocinhos (PB), dispõe de atendimento psiquiátrico e psicológico à família e individual; terapia ocupacional; atividades educativas nos departamentos físicos; bem como atividades extras fora do espaço físico funcional do setor de serviço, como: atividades sociais, passeios e outras formas de promoção da inclusão social dos pacientes. O atendimento engloba todas as faixas etárias e tem horário de funcionamento das 08:00 às 16:00 horas, funcionando em horário corrido visando uma melhor assistência à população de

nossa comunidade. Assiste atualmente a 572 usuários e desde a sua abertura e funcionamento começou a distribuir medicamentos no local com o objetivo de facilitar e dar mais comodidade ao paciente e a seus familiares, evitando, assim, o deslocamento até aos postos de saúde ou à Secretaria Municipal de Saúde para obter a medicação necessária ao seu tratamento.

Um dos maiores objetivos do citado CAPS é evitar internações desnecessárias, bem como promover a re-inserção social, isto é, a inclusão destas pessoas à sociedade. Isto se torna possível pela terapia ocupacional, onde eles aprendem e realizam trabalhos de artesanato e muitos outros, além das reuniões familiares, que ocorrem uma vez por semana, onde os responsáveis pelos deficientes assistidos aprendem a lidar com o problema, a conviver com a situação, a entender a pessoa que sofre deste tipo de distúrbio e a não punir o paciente.

3.3 Os Instrumentos de Coleta e de Análise de Dados

A coleta de dados foi realizada no CAPS I do município de Pocinhos / PB, no período de abril a maio de 2011. Muitos foram os fatores que facilitaram a execução da pesquisa neste espaço de tempo, como a nossa carga horária de 40 horas dedicada semanalmente como funcionária do Centro, além do acesso e entrosamento com seus profissionais, sujeitos da pesquisa, conquistados ao longo da nossa experiência profissional neste serviço.

Especialmente, realizamos a entrevista semi-estruturada, a qual se utilizou de um roteiro de entrevista com questões abertas (APÊNDICE I), as quais foram acrescidas e reformuladas no decorrer da entrevista, permitindo aos sujeitos se expressarem livremente, sem tempo preestabelecido e explorando as questões norteadoras do instrumento. Conforme Triviños (1987):

Entrevista semi-estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, junto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (p. 174).

No momento da entrevista também foi aplicado o formulário para a coleta dos dados secundários dos sujeitos (APÊNDICE II), com questões fechadas que dizem respeito ao perfil socioeconômico e profissional dos sujeitos. De forma paralela à coleta dos dados,

também realizou-se a busca bibliográfica a luz de teóricos que abordam a temática da saúde mental em questão, para auxiliar na pesquisa.

Os dados foram agrupados e analisados a luz das teorias estudadas, estabelecendo articulações entre as informações coletadas pela pesquisadora, através das entrevistas, e o referencial teórico do estudo, respondendo assim às questões da investigação com base em nossos objetivos.

3.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

De acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde n° 196/96 (BRASIL,1996), que prevê a execução de pesquisas com seres humanos, antes da sua execução a presente pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética da UEPB. Assim, durante a coleta de dados, foram evidenciados os aspectos éticos da pesquisa, buscando o comprometimento com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos, enfatizando o sigilo perante as questões apresentadas. As garantias da pesquisa foram expressas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (ANEXO I) apresentado a cada sujeito participante do estudo.

CAPITULO IV - A ANÁLISE DO DOS DADOS DA PESQUISA

4.1 Análise dos Dados Secundários

Fizeram parte deste estudo 11 profissionais do CAPS I de Pocinhos (PB). Esta amostra contou com a participação daqueles que se dispuseram a participar da pesquisa. Inicialmente os participantes responderam a um formulário para a coleta dos dados secundários. Nesse primeiro instrumento foram abordados aspectos do tipo: gênero, idade, residência, grau de escolaridade, função, renda mensal, tempo de trabalho no CAPS e capacitação na área de saúde mensal. As Tabelas abaixo traçam o perfil dos sujeitos participantes deste estudo.

TABELA I
CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS POR GÊNERO, IDADE E RESIDÊNCIA

GENERO	IDADE	RESIDÊNCIA
09 – São do sexo feminino	01 – Possui entre 18 a 30 anos	06 – Residem na cidade de Pocinhos/PB
02 – São do sexo masculino	06 – Possuem entre 31 a 40 anos	05 – Não residem na cidade de Pocinhos/PB
----	02- Possuem entre 41 a 50 anos	----
---	02 – possuem acima de 50 anos	---

Os dados da TABELA I evidenciam que a maioria dos entrevistados pertence ao sexo feminino, estão compreendidos na faixa etária entre 31 a 40 anos e possuem residência na cidade de Pocinhos (PB).

TABELA II
CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS POR GRAU DE
ESCOLARIDADE, FUNÇÃO, RENDA MENSAL, TEMPO DE TRABALHO NO CAPS
E CAPACITAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL

GRAU DE ESCOLARIDADE	FUNÇÃO	RENDA MENSAL	TEMPO DE TRABALHO NO CAPS	CAPACITAÇÃO NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL
08 - São do nível superior	01 Psiquiatra 02 Psicólogos 02 Assistentes Sociais 01 Enfermeira 01 Farmacêutica 01 Coordenadora	05 - Possuem de 01 a 02 salários mínimos	10 - Possuem mais de 01 ano	06 - Possuem capacitação na área
03 - São do nível médio	1. Técnica de Enfermagem 1. Artesão 1. Cuidador	03 - Possuem de 03 a 04 salários mínimos	01 - Possui menos de 01 ano	04 - Não Possuem capacitação na área
-	-	02 - Possuem de 04 a 05 salários mínimos	-	-
-	-	01 - Possui mais de 05 salários mínimos	-	-

Os dados apresentados na TABELA II mostram a maior concentração de entrevistados com escolaridade de nível superior, graduação em diversas áreas, apresentam renda mensal de 01 a 02 salários mínimos e realizarão capacitação na área de saúde mental.

4.2 Análise das Entrevista

No segundo momento da coleta de dados, foi realizada a entrevista com um bloco de perguntas que procuraram conhecer os seguintes aspectos:

- (1) Visão do profissional de saúde mental sobre a prática da inserção e inclusão social da pessoa com deficiência na sociedade
- (2) Preparação e capacitação profissional
- (3) Impacto da inserção de pessoas com deficiência dentro do serviço CAPS
- (4) Condições institucionais
- (5) Benefícios e riscos
- (6) Recursos utilizados
- (7) Dificuldades e facilidades
- (8) Principais desafios

As respostas foram agrupadas de acordo com os aspectos elencados acima e analisadas qualitativamente, objetivando, portanto, a comparação dos resultados obtidos com as bibliografias estudadas.

Com relação à visão dos entrevistados sobre a prática da inserção e inclusão social da pessoa com deficiência na sociedade, os mesmos abordam a temática enfatizando que a inclusão é muito importante, uma vez que valoriza o cidadão com seus direitos e deveres. Mas ao mesmo tempo, afirmam que essa prática não vem sendo posta em prática de forma correta e, na maioria das vezes, não sai do papel, sendo projetos, infelizmente, engavetados e de difícil acesso a maioria da população brasileira.

Quanto à preparação e capacitação dos mesmos para atender à pessoa com deficiência no CAPS-I que é específico para transtorno mental severo, grave e persistente, a maioria dos sujeitos afirmou que não estão aptos a trabalhar com essa clientela uma vez que não houve preparação e capacitação dos profissionais deste centro para tal atendimento. Assim colocou que todos eles deveriam passar por uma formação ou treinamento prévio bem como está sequencialmente participando de cursos de atualizações e preparação. Ainda sobre este aspecto, outro entrevistado relatou que como cada ramo da medicina tem suas especificidades,

Os usuários com quadro psiquiátrico tem dificuldades e necessidades próprias e nem sempre compatíveis com pacientes com deficiências físicas e neurológicas.

No tocante ao impacto da inserção da pessoa com deficiência dentro do serviço, Os profissionais responderam de uma forma geral, que o CAPS não é local apropriado para atender ao público com deficiência. Vejam este ponto de vista na fala abaixo:

Acredito que o CAPS não seja o local adequado para tratamento desse tipo de paciente. O benefício é que será realizado um acompanhamento, mas há riscos em que podemos analisar considerado onde até que ponto um local elaborado para tratar saúde mental irá ser benéfico e eficaz para pacientes com deficiência, já que são necessidades diferentes.(Entrevistado X1)

Porém, ao mesmo tempo, veem a necessidade de acolhimento deste tipo de paciente por falta de instituições que possam prestar este serviço.

Em referencia as condições institucionais do CAPSI, lócus da pesquisa, para receber os usuários com deficiência, os sujeitos alegaram condições físicas e estruturais inadequadas. A fala abaixo ilustra este pensamento dos entrevistados

Este espaço onde estamos trabalhando não têm condições físicas nem estruturais para receber os deficientes, pois talvez a interação social seja benéfica, mas em contra partida os usuários com déficit cognitivo em diferentes graus exige acompanhamento interdisciplinar planejado para cada caso, ou seja, o tratamento do quadro neurológico nem sempre obedece aos mesmos parâmetros do quadro psiquiátrico.(Entrevistado X2).

Porém, segundo informações fornecidas pela referente instituição a mesma está em fase de mudança, pois a Secretaria Municipal de Saúde está preparando uma instalação mais ampla e arejada para transferência dessa instituição, e providenciando a construção de uma unidade da APAE, esta sim apta ao acolhimento e tratamento adequados às pessoas com deficiência.

Quanto aos benefícios e riscos em se atender a pessoa com deficiência no CAPS-I junto ao usuário com transtorno mental, a maioria dos entrevistados responderam que os benefícios são: interação entre pacientes, proporcionando uma socialização; viabilização da tentativa de acabar com estereótipos e rótulos negativos que a própria sociedade impõe a essas pessoas e a busca de dignidade e respeito para com os mesmos. Já para eles os riscos que ocorrem são para os usuários com déficit cognitivos em diferentes graus, os quais necessitam e, nem sempre dispõem, de terapia interdisciplinar prolongada para cada grau, pois o tratamento do quadro neurológico nem sempre obedece aos mesmos parâmetros do quadro psiquiátrico.

Em referência aos recursos utilizados nos serviços no CAPS I desenvolvidos com os

usuários com deficiência, grande parte dos entrevistados colocou que o CAPS I de Pocinhos (PB) oferece, além da farmacoterapia e/ou terapia medicamentosa, a farmacologia e orientação farmacêutica, quando necessário; sugestões terapêuticas; psicoterapia; oficinas e atividades de socialização; o lazer e a ludoterapia.

Quando questionados sobre as dificuldades e facilidades de se trabalhar com pessoas com deficiência dentro do CAPS I, a maior concentração de entrevistados enfatizou as dificuldades existentes, vejamos algumas falas :

Como o CAPS foi criado para trabalhar com transtorno mental a maior dificuldade é receber esse usuário com deficiência que deveria estar em outra instituição. A facilidade não existe, o que existe na verdade é a disposição dos funcionários em poder ajudar e não deixar os mesmo “a solta” sem atendimento.(Entrevistado 1)

No atual momento não vejo nenhuma facilidade, percebo muitas dificuldades, principalmente a falta de capacitação dos profissionais que trabalham na rede.(Entrevistado 2)

Não vejo facilidades, apenas vejo dificuldades, pois trabalhar dentro do serviço CAPS requer de você muita atenção e cuidados, pois estamos lidando com pessoas com transtorno mental grave, severo e persistente e não temos material nem capacitação adequada para lidar com aquele paciente que muitas vezes é excluído de uma sociedade sendo julgado e condenado de forma errada e discriminatória.(Entrevistado 3)

È um pouco difícil falar de facilidades, mas acho que é o próprio trabalho individual de cada profissional, desde que feito com dedicação, carinho. Pois com certeza terá frutos importantes como confiança, e a participação do paciente dentro de suas limitações de acordo com o grau de sua deficiência, a falta de interesse da família em participar de forma positiva no tratamento, muitas vezes só procuram o serviço quando não acha alternativa, ou acham que não suportam mais a responsabilidade de lidar com essas pessoas, e em outros casos começam o trabalho com entusiasmo mas não ferem resultados imediatos daí se desestimulam e até desistem de procurar o serviço para auxílio de seus parentes.Outra dificuldade importante é o fato de a sociedade agir de forma preconceituosa com essas pessoas e seus familiares,etc.(Entrevistado 5)

Como vimos, no geral, os profissionais não vêem facilidades, pois é difícil falar, uma vez que o Serviço compõe-se de tratamento a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes. Mas, com o próprio trabalho individual e, também, coletivo de cada profissional, o atendimento a esses usuários pode ser realizado, desde que seja feito com dedicação; pois esses usuários já têm suas limitações e não podem ser, ainda mais, excluídos.

Por último, quando questionamos quais são os maiores desafios de se trabalhar com pessoas com deficiência dentro do CAPS I junto aos usuários com transtornos mentais, grande parte dos entrevistados apontou a falta de preparação e capacitação dos profissionais. Observamos algumas dessas falas:

Vemos como desafios nossos a falta de ambiente amplo, sala de recursos para o tratamento de cada paciente, área de lazer e muitas outras coisas que nos faltam além de uma preparação e capacitação profissional da equipe por completa.(Entrevistado x1)

Além da falta de capacitação dos profissionais, vemos também a ausência da família junto ao tratamento do seu paciente.(Entrevistado x2)

A maior dificuldade é a falta de preparação dos profissionais para determinado serviço, além da não realização de um trabalho voltado para as reais necessidades desses usuários. .(Entrevistado x3)

A ausência de capacitação dos profissionais da rede de saúde mental bem como a escassez de equipe multiprofissional e de recursos financeiros. .(Entrevistado x4)

Alem da falta de cursos e de capacitação para toda equipe também a falta de segurança dentro do serviço, por falta de profissionais nessa área. .(Entrevistado x5)

Falta de capacitação, falta de interação da equipe multiprofissional, bem como a efetiva participação dos familiares dos pacientes. .(Entrevistado x6)

Como vimos o objetivo principal deste estudo foi analisar o atendimento ofertado pelos profissionais do CAPS I de Pocinhos (PB) junto aos usuários com deficiência que estão inseridos neste Centro; assim como conhecer saídas para melhorar o referido atendimento à esta demanda. Em resumo, diante das respostas obtidas, observamos indícios de que o impacto da junção dos usuários com deficiência com aqueles que apresentam transtornos mentais, não implicaram em grandes problemas com o lado cognitivo e emocional destes últimos. Em termos de satisfação da população estudada, percebemos que os profissionais se sentem preocupados. Assim, recomendamos a preparação e capacitação dos mesmos para lidar com essa demanda, inclusive com uma maior variedade de tipos de deficiência, tais como a falta de visão, o surdo e, também, a deficiência motora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo científico permitiu apreender que as mudanças ocorridas na realidade social, política, econômica e cultural que impulsionaram a Reforma Psiquiátrica no Brasil não se deram ao acaso, e sim por um movimento de revolução e transformação que trouxe repercussões na vida da pessoa com transtorno mental, de sua família e da sociedade.

O presente estudo realizou uma análise dos desafios de se trabalhar com pessoas com deficiência nos CAPS, procurando investigar quais os desafios a serem enfrentados pela equipe multiprofissional desse Centro no seu cotidiano institucional em relação a essa demanda de usuários.

Através da análise das entrevistas realizadas, observamos em vários momentos que o discurso médico que reitera as representações que os sujeitos constroem. Quando perguntados sobre qual o problema e o perigo principal que a pessoa com deficiência corre ao lado do usuário com transtorno mental, as respostas mais frequentes foram: que as pessoas com transtornos mentais são nervosas, doentes, têm problemas, distúrbios mentais e depressão muito forte. Outros alegaram que os CAPS são para os esquizofrênicos, e não para os “deficientes”.

Para os profissionais do serviço estudado, o relacionamento entre a pessoa com transtorno mental e aquela que apresenta deficiência revela, cada vez mais, o cuidado e a precaução para que estes últimos não sofram agressões físicas e verbais, as quais, segundo eles, estão diminuindo no decorrer do tratamento. Referem-se, principalmente, aos usuários como crianças com deficiência que precisam de cuidados na instituição por não haver outro setor que possam ser encaminhados, sendo esta a razão de não poderem abandoná-los.

A maior preocupação dos profissionais do CAPS I estudado é, até que ponto, a pessoa com deficiência que busca o Centro está se tratando ou está absorvendo, cada vez mais, aquelas cenas de crises psicóticas, que por sua vez podem trazer ainda mais problemas a sua saúde. Assim, todos os entrevistados se mostraram otimistas em relação ao tratamento do usuário psicótico e, ao mesmo tempo, pessimistas em relação ao tratamento do usuário não psicótico que é o caso dos usuários com deficiência.

Um aspecto que nos chamou à atenção foi o fato de os discursos transitarem entre várias alternativas e, algumas vezes, até mesmo se contradizer. Isso merece uma reflexão mais aprofundada e, no momento, leva-nos a refletir sobre as dificuldades que os profissionais enfrentam por aceitar ter um paciente considerado “louco” ao lado do paciente considerado normal.

REFERÊNCIAS

- ALVES, C. F de O. et.al. Uma Breve História da Reforma Psiquiátrica. In: **Neurobiológica**, 72 (1), jan/mar, 2009. Disponível em: <http://www.neurobiologia.org/ex 2009>. Acesso em 26/10/2010
- AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. In: **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, vol.1, n.1, jan-abril, 2009.
- _____, Paulo (org.). **Loucos Pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.
- APAE de Salvador. **Dados da Deficiência** – Causas e fatores de risco. Site www.apaesalvador.org.br. Acesso em 10/10/2011.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução/CNS/196/1996**. Brasília, 1996.
- _____. IBGE. **Censo Demográfico de 2000**. Disponível em: <http://gonzaguinha.ibge.gov.br/2000>
- _____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental de 2003**. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental Passo à Passo**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=24355&janela=1. Acesso em: 03/04/2011a.
- _____. Ministério da Saúde. **Portal do Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em: 17/05/2011b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **Coordenação de Atenção a Grupos Especiais**, 1995. <http://www.entreamigos.com.br/>
- FRONTERA, W. R.; DASON, D.M; SLOVIK D. M. **Exercício Físico e Reabilitação**. Trad. Maria da Graça Figueró da Silva e Jussara Burnier. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
- GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOLDENBERG, M. **A Arte de Pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. 2 ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.
- GONCALVES, Alda Martins; SENA, Roseni Rosângela de. A Reforma Psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. In: **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. 2001, vol.9, n.2, p. 48-55.

LOVISI, Giovanni Marcos. **Avaliação de Distúrbios Mentais em Moradores de Albergues Públicos das Cidades do Rio de Janeiro e de Niterói.** [Tese de Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 167 p

MACHADO, Roberto et al. **Danação da Norma:** a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal. 1978.

MANTOAN, Maria Teresa Eglér. **A Integração de Pessoas com Deficiência:** contribuições para uma reflexão sobre o tema. São Paulo: Memnon. Editora SENAC, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social:** Teoria, métodos e criatividade. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994a.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994b.

ONU. **Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com Deficiência.** Aprovada pela Assembléia Geral da ONU em 6 de dezembro de 2006.

REDFORD, J. B. Aparelhos de auxílio para idosos. In: CALKINS, E. et al. **Gerontologia Prática.** Ed. Devinter, cap. 20, 1997. p. 197-209

RIBAS, João B. Cintra. **O Que são Pessoas Deficientes.** Coleção Primeiros Passos/ 89. 6ª edição. São Paulo: Brasiliense, 1998.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: Uma visão histórica. In: BEZERRA JUNIOR, B. **Cidadania e Loucura** – Políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1987. p.1-73

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Vida Independente:** história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR, 2003. p. 12-16

_____. **Inclusão:** construindo uma sociedade para todos. 3. ed. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

Site: <http://www.ies.portadoresdedeficiencia.vilabol.uol.com.br/Def>. Acesso em: 10/10/2011.

Site: <http://www.pedagogobrasil.com.br>. Acesso em: 10/10/2011.

Site: <http://www.deficientesemacao.com/deficiencia-multipla>. Informações Básicas sobre Surdocegueira e Múltipla Deficiência.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais.** São Paulo: Atlas, 1987.

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa, **UMA ANÁLISE DO ATENDIMENTO DO CAPS I DE POCINHOS (PB) AOS USUÁRIOS COM DEFICIENCIA INSERIDOS NESTE CENTRO JUNTO AOS USUARIOS COM TRANSTORNO MENTAL**

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

- O trabalho **UMA ANÁLISE DO ATENDIMENTO DO CAPS I DE POCINHOS (PB) AOS USUÁRIOS COM DEFICIENCIA INSERIDOS NESTE CENTRO JUNTO AOS USUARIOS COM TRANSTORNO MENTAL**, terá como objetivo geral: Investigar os desafios e dificuldades a serem enfrentados pela equipe multiprofissional do CAPS, referente à demanda dos usuários com necessidades especiais.
- Ao voluntário só caberá a autorização para realização de observações e entrevistas e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.
- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 87414317.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Campina Grande, de de 2011

APÊNDICES

APÊNDICE I



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Atualmente há uma discussão na sociedade sobre a inclusão da pessoa com deficiência na sociedade. Qual é a sua visão como profissional de saúde sobre essa prática?
2. No geral os profissionais dos CAPS estão aptos a trabalhar com essa nova realidade que surge dentro do referido serviço de saúde, uma vez que o mesmo trata de pessoas com sofrimentos psíquicos mentais?
3. E você se considera preparado para lidar com a inserção da pessoa com deficiência dentro do CAPS? Por quê?
4. O seu CAPS está com condições para receber este tipo de usuário, inserindo-o nos serviços institucionais juntamente aos portadores de sofrimento psíquico? Quais os benefícios e os riscos desse trabalho em conjunto?
5. De que forma você realiza o trabalho com esse usuário com deficiência dentro do CAPS? (Que recursos utiliza? Faz uso de materiais alternativos que possam ajudar no tratamento dos usuários com deficiência dentro dos CAPS?)
6. Quais os serviços que o seu CAPS tem desenvolvido com os usuários com deficiência?
7. Quais as principais facilidades e dificuldades do profissional do CAPS no processo de inclusão da pessoa com deficiência neste tipo de serviço?
8. Aponte os principais desafios para se trabalhar com pessoas com deficiência dentro dos CAPS?

APÊNDICE II



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA – UEPB
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL**

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS SECUNDÁRIOS

DATA DO PREENCHIMENTO: ____/____/____
ENTREVISTADO (A) Nº: _____

1. Sexo: () Masculino () Feminino

2. Idade: () 18 a 30 () 31 a 40 () 41 a 50 () Acima de 50

3. Reside em Pocinhos/PB? () Sim () Não

4. Função que exerce no CAPS da referida pesquisa:
() Assistente Social () Enfermeiro () Médico () Psicólogo () Técnico de enfermagem
() Cuidador () Artesão () Bioquímica () Coordenadora
() outros
5. Grau de escolaridade _____

6. Tem curso de Pós-graduação? () Sim () Não Qual? _____

7. Renda mensal: () 1 a 2 SM () 3 a 4 SM () 4 a 5 SM () Mais de 5 SM

8. Há quanto tempo atua na saúde mental: () Menos de um ano () A mais de 1 ano

9. Fez alguma capacitação na área de saúde Mental? () Sim () Não