



CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE MENTAL

EVELYN BRAGA SOARES

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL NA CRIANÇA E MEDICALIZAÇÃO: Um olhar sobre
o acolhimento na Rede de Atenção Básica à Saúde.

INTELLECTUAL DISABILITY IN CHILDREN AND MEDICALIZATION: A look at
the reception in the Health of Primary Care.

Salvador

2014.2

Evelyn Braga Soares

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL NA CRIANÇA E MEDICALIZAÇÃO: Um olhar sobre o acolhimento na Rede de Atenção Básica à Saúde.

INTELLECTUAL DISABILITY IN CHILDREN AND MEDICALIZATION: A look at the reception in the Health of Primary Care.

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Pós-graduação da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito final para a obtenção do título de Especialista em Atenção Básica à Saúde Mental.

Orientadora: Prof.º Ms. Ludmilla Fonsêca.

Salvador

2014.2

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL NA CRIANÇA E MEDICALIZAÇÃO: UM OLHAR SOBRE O ACOLHIMENTO NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.

Autora: Evelyn Braga Soares.¹
Orientadora: Ludmilla Fonsêca.²

RESUMO: Este artigo trata da Deficiência Intelectual (DI) na criança e refere-se aos desafios encontrados na medicalização e dificuldade de acesso à Atenção Básica de Saúde. Seu objetivo geral é investigar como a Rede de Atenção Básica à Saúde acolhe as crianças com DI e objetivos específicos são pesquisar o contexto histórico da deficiência intelectual (DI) no mundo e analisar a presença da medicalização na vida das crianças com DI. A deficiência intelectual (DI), pode ser causada por múltiplos fatores orgânicos, compromete a cognição e o contexto social em que a criança está inserida. Para minimizar os prejuízos e trabalhar as potencialidades, é necessário recorrer a tratamento com equipe multidisciplinar, contudo, o acesso aos serviços de saúde possui obstáculos. A metodologia utilizada foi qualitativa, através da revisão de artigos, livros, teses e dissertações, pesquisados em bancos de dados Científicos como BVS-PSI, PEPSIC, LILACS, CAPES, SCIELO, SIBI (USP), LUMEN (PUC-SP), DBD (PUC-RIO). Conclui-se que, a dificuldade nos acolhimentos na Atenção Básica à Saúde e nos encaminhamentos aos serviços especializados, pode ocorrer, por diversos fatores como a falta de articulação da Rede de Saúde; dificuldade no atendimento, escassez de recursos específicos para o tratamento e pelo alto fluxo de atendimentos.

Palavras-Chave: Deficiência Intelectual . Medicalização . Atenção Básica à Saúde . Saúde Mental.

INTELLECTUAL DISABILITY IN CHILDREN AND MEDICALIZATION: A LOOK AT THE RECEPTION IN THE HEALTH OF PRIMARY CARE.

ABSTRACT: This paper deals with Intellectual Disability (DI) in children and refers to challenges found in the medicalization and difficult access to primary health care. Its general objective is to investigate how the Care Network Primary Care receives children with DI and objectives specific goals are search forthe historical context of intellectual disability in the world and analyze the presence of the medicalization of life of children with DI. Intellectual disability can be caused by multiple organic factors, commits cognition and the social context in which the child is inserted. To minimize the damage and work potential, it is necessary to resort to treatment with a multidisciplinary team; however, access to health services has obstacles. The methodology was qualitative, through review articles, books, theses and dissertations, researched in scientific databases such as BVS-PSI, PEPSIC, LILACS, CAPES, SCIELO SIBI (USP), LUMEN (PUC-SP), DBD (PUC-Rio). In conclusion, the difficulty in receive in primary health care and referrals to specialized services, can occurfor various factors such asthe lack of articulation Health Network; difficulty in attendance, lack of resources specific to the treatment and the high flowof services.

Keywords: Intellectual Disability . medicalization . PrimaryCare . MentalHealth.

¹ Psicóloga e concluinte da Especialização em Atenção Básica à Saúde Mental - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Contato: evellynbsoares@hotmail.com.

² Psicóloga, Mestre em Educação e Contemporaneidade, Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Psicologia, Diversidade e Saúde - Escola Bahiana de Medicina. Contato: ludmillapsicologia@gmail.com.

1. LETRAS INTRODUTÓRIAS SOBRE A SAÚDE MENTAL

O presente artigo trata da Deficiência Intelectual (DI) na criança e refere-se ainda aos desafios encontrados na medicalização e no acesso dessas crianças aos serviços básicos de saúde. Dessa forma, o objetivo geral deste trabalho é investigar como as crianças com deficiência intelectual (DI) são acolhidas nos serviços de Atenção Básica à Saúde, em vista de todos os entraves enfrentados durante o processo de busca pelo atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, os objetivos específicos são pesquisar o contexto histórico da deficiência intelectual (DI) no mundo e analisar a presença da medicalização na vida das crianças com deficiência intelectual (DI). Para isso, é necessário conhecer a Saúde Mental e sua história no Brasil e no mundo, até os dias atuais, bem como todos os desafios enfrentados e os ganhos obtidos através das mobilizações sociais.

Dessa forma, a Saúde Mental possui um conceito muito amplo, pois não se trata apenas da ausência de psicopatologias, mas de todo um equilíbrio e habilidade do indivíduo para gerenciar as contingências presentes em sua vida. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), não existe uma definição oficial para o termo, mas o bem-estar biopsicossocial é fator característico da saúde mental.

Em relação ao bem-estar físico, mental e social e, levando em consideração as políticas de saúde mental, “que definem uma visão de futuro e colaboram no estabelecimento de um modelo para a ação” (MATEUS, 2013p. 108), pode-se considerar alguns mecanismos já existentes na saúde pública brasileira, como estratégias para manutenção da saúde mental são eles: a saúde mental na atenção básica- porta de entrada aos serviços de saúde - a rede de matriciamento, que oferece a equipe de saúde primária o suporte necessário ao atendimento integral da pessoa com transtorno mental e, sobretudo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que são a grande aposta das políticas em saúde mental, por serem os principais métodos substitutivos ao modelo hospitalocêntrico³.

Com base nisso, é importante ressaltar que todos os ganhos citados, além de outros existentes são frutos de muitas lutas e mobilização social, em busca da humanização e

³O modelo hospitalocêntrico em saúde mental era centrado no cuidado à saúde em hospitais psiquiátricos, asilos ou manicômios, para tratar a doença já instalada, através da internação. (MESQUITA; Novellino e Cavalcanti, 2010).

desinstitucionalização da loucura, que foram idealizados por anos e continuam ganhando novas formas de acordo com o mundo contemporâneo.

Desse modo, os CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário dos Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um espaço de referência às pessoas que sofrem com transtornos mentais. Além disso, assumem um papel estratégico na organização de rede comunitária de cuidados, fazem o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental, através do desenvolvimento de projetos terapêuticos e comunitários, realizando a dispensa de medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e oferecendo retaguarda para o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e as equipes de Saúde da Família. (NEVES, 2012).

Nota-se que, não tem como pensar nos transtornos mentais e seus tratamentos na sociedade contemporânea, sem pensar na história da loucura. Quanto a isso, Foucault (1972), afirma que demorou muito para a sociedade ocidental tratá-la como doença mental. Antes disso, na idade média era vista, pelo viés religioso (dominante nesta época) como possessão demoníaca, existindo na história, poucas intervenções da ciência para desmistificar o fenômeno.

Ainda conforme Foucault (1972), já em meados do século XVII, a loucura passa a ter um status de exclusão, pois todas as pessoas consideradas pela sociedade moralista da época, como tendo a moral alterada eram asilados, não como forma de tratamento, mas em um ato de higienização social. Além dos loucos, os desempregados, os moradores de ruas, criminosos, libertinos, entre outros, todos juntos, se tornavam reclusos.

Levando em consideração o fato de que os loucos eram agrupados com outros grupos que representavam perigo ou vergonha à sociedade e sem perspectiva de tratamento, passavam também a adquirir aproximação com culpas morais; estigma que os acompanham até os dias atuais e que teve origem na associação equivocada a comportamentos considerados inadequados à época.

Na obra “Os anormais” Foucault (1975), afirma que, a partir do século XIX, o espaço destinado aos loucos passa a ser um ambiente extremamente coercitivo, onde não existia expectativa de tratamento ou cura, mas repressão moral em forma de punições físicas. Este modelo de tratamento ganha espaço e aprimora as suas técnicas punitivas conforme as transformações sociais e tecnológicas.

Porém, as criações de novas estratégias para internação e normatização do sujeito se mantêm nas instituições de tratamento. Essa compreensão de normatização, conforme Ferro (2009), ainda presente nos dias atuais, retira do sujeito sua autonomia e poder de decisão sobre sua vida e processo terapêutico, destituindo-o assim, de sua cidadania, opiniões e potencialidades de vida. Ainda conforme Ferro (2009), a partir das décadas de 60 e 70, deste século, começam a surgir, em cenário mundial, um processo político-social complexo em prol de melhorias e novas possibilidades para atenção em saúde mental.

No cenário mundial, mais especificamente na Itália, Franco Baságli, psiquiatra defensor da humanização no atendimento em saúde mental, assume a direção do hospital psiquiátrico de Gorizia, em 1961. Em vista disso, Baságli assumiu uma posição crítica em relação ao modelo existente da psiquiatria clássica e hospitalar e promoveu o aperfeiçoamento das estruturas do hospital, bem como das técnicas utilizadas pela equipe de saúde. Além disso, defendia o retorno dos pacientes com transtorno mental ao convívio familiar. (MESQUITA; NOVELLINO E CAVALCANTI, 2010).

Através de sua postura, ao repensar o modelo hospitalocêntrico e as técnicas utilizadas no atendimento aos pacientes, Franco Baságli conseguiu influenciar, entre outros países, o Brasil, através das diversas discussões que surgiram pelos trabalhadores da saúde mental, a respeito da humanização do atendimento e da reinserção social do paciente com transtorno mental.

Assim, o processo de reforma psiquiátrica no Brasil tem início no final da década de setenta, tendo como bandeira, a luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos. Para isso, os protagonistas desse processo foram os próprios trabalhadores de saúde mental, que juntaram forças com os usuários e familiares, estruturando-se um movimento social a favor da desinstitucionalização e da criação de métodos substitutivos para os cuidados em saúde mental.

Anos depois, em 1990, o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas⁴, que propõe a reorganização da atenção psiquiátrica, e, em abril de 2001 foi aprovada a Lei Federal n° 10.216 que dispõe sobre os Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e redirecionou o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. (NEVES, 2012).

⁴Documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Pan-americana da Saúde. (JORGE E FRANÇA, 2001).

Através dessa lei, a Política de Saúde Mental se originou, com o objetivo de assegurar à pessoa com transtorno mental o cuidado através de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, bem como ao convívio familiar e social, modificando a direção do modelo assistencial, que outrora se pautava na internação e isolamento da pessoa com transtorno mental.

Assim, a Política de Saúde Mental no Brasil promove a redução planejada de leitos psiquiátricos de longa permanência e estimula que, quando necessárias, as internações psiquiátricas ocorram por um curto período em hospitais gerais. Ademais, tal política intenciona a construção de uma rede de dispositivos diferenciados que possibilitem à pessoa com transtorno mental, atendimento em seu território, promovendo a desinstitucionalização do tratamento, em especial, dos pacientes que foram hospitalizados por muito tempo e, também ações que permitam a reabilitação psicossocial desse indivíduo, através da inclusão pelo trabalho, esporte e lazer. (NEVES, 2012).

Sendo assim, ainda conforme Neves (2012) o objetivo das Políticas Públicas de Saúde Mental é a criação de estratégias que contribuam na melhoria dos atendimentos dos serviços e benefícios dos usuários, para lhes garantir os direitos sociais. Além disso, tais políticas devem fomentar discussões a respeito do tema, bem como viabilizar o estudo de demandas, através de pesquisas epidemiológicas para promover discussão e informação à população. Nessa perspectiva se encontram as Conferências de Saúde Mental que têm como objetivo discutir os temas relevantes à saúde mental, por exemplo, inserção social, educação, medicalização, construção de novos CAPS, Residências terapêuticas, entre outras necessidades de cada comunidade.

Com isso, os serviços de saúde mental existentes hoje, em quase todas as cidades brasileiras se pautam na desinstitucionalização e das pessoas com transtornos mentais graves e cronicamente internados. Para isso, serviços prestados pela Atenção Básica, CAPS e/ou Residências Terapêuticas tornam-se essenciais no processo de reinserção social desse indivíduo e de restituição de sua autonomia. Porém, nem sempre a Atenção Básica está preparada para atender essas demandas

Entretanto, apesar de todos os ganhos obtidos através das lutas sociais, dos avanços nos cuidados em saúde mental e das Políticas Públicas de Saúde Mental - que permitem que as pessoas com transtorno mental vivam em liberdade - ainda há um longo caminho a

percorrer para assegurar todos os direitos e cuidados a essas pessoas; afinal, o estigma em torno da loucura, associado às culpas morais e exclusão social, persiste até os dias atuais.

2. O CONCEITO DE CRIANÇA NA HISTÓRIA E SUA INTERFACE COM A DEFICIÊNCIA E A SAÚDE.

O conceito de infância, enquanto construção social é um fenômeno relativamente novo. De acordo com Nascimento, Braucher e Oliveira (2008), de certo modo, demorou muito até que as ciências sociais e humanas se debruçassem sobre esta temática. De acordo com os autores supracitados, através da análise histórica das produções existentes sobre a criança, percebe-se que, somente a partir do século XIX, surgiu no cenário mundial, a preocupação com a mesma.

Quanto a isso, Ariès (1981), afirma que na sociedade medieval, o sentimento de infância não existia, o que não significa que as crianças fossem negligenciadas, mas sim, que a consciência da particularidade infantil, em relação ao jovem adulto não existia. Por esse motivo, assim que a criança adquiria autonomia que lhe permitia não necessitar integralmente de sua mãe, se misturava aos adultos, não se diferenciando mais destes.

Tendo em vista que a capacidade da criança se comportar sozinha, sem necessitar dos cuidados integrais da mãe e/ou ama era decisivo para que passasse a existir enquanto indivíduo, é pertinente pensar sobre as crianças que, de certo modo, sempre necessitariam de cuidados e jamais teriam autonomia total para gerenciarem as próprias vidas: as crianças deficientes.

De acordo com (SOUSA, 2011), registros históricos sugerem que, no período medieval, locais como a Grécia, que venerava a beleza física, as pessoas com deficiências eram exterminadas ou escondidas, pois eram representantes da fragilidade, que refletia na imagem da nação, conhecida por seu vigor físico, essencial para expandir seus domínios, através de guerras e batalhas com outros povos.

Em relação à medicina grega, as primeiras considerações voltadas às pessoas com deficiência intelectual foram feitas através de observações dos indivíduos com condutas consideradas fora do padrão normal da sociedade. Concernente a isso, a origem das moléstias mentais foi atribuída à alma do Ser humano. (SOUSA, 2011).

Sobre a deficiência intelectual nas crianças, pouco se sabe a respeito, mas de acordo com Pessotti (2006), na idade média, as crianças que possuíam alguma deficiência eram vistas como demoníacas; seres sem alma e sub-humanas. A partir do Cristianismo medieval, tais crianças ganham espaço para a redenção divina, mas com várias restrições, pois ainda eram consideradas representantes do mal, por não possuírem razão e o intelecto, essenciais à condição humana, o que as fazia permanecer à margem da sociedade, dando origem a um longo percurso histórico de discriminação. (MURILLIO, 2010).

Quanto a isso, nota-se a aproximação da deficiência intelectual às questões místicas, a partir do momento que são entendidas como “doenças da alma”, ou seja, enquanto pessoas que necessitavam de salvação, ou ainda consideradas monstros pela outra parte da sociedade. Além disso é possível perceber que a deficiência intelectual aparece no percurso histórico atrelada à loucura (a confusão permanece até hoje) e também às questões morais, onde por muito tempo foram indivíduos considerados perigosos ao meio social, por serem associados às pessoas agressivas e de caráter duvidoso, como criminosos.

Tendo em vista o desconhecimento sobre a infância, sobre o desenvolvimento infantil e o interesse em buscar respostas, aliados aos avanços científicos, em meados do século XIX, surgem as primeiras teorias científicas sobre o desenvolvimento infantil, que pode ser definida como “um conjunto organizado de ideias que visa explicar o desenvolvimento e fazer previsões sobre ele” (KAIL, 2003, p. 26).

De acordo com Kail (2003), em meio a diversas outras teorias, surge a perspectiva biológica que dá destaque às bases biológicas, afirmando que o desenvolvimento intelectual, físico e motor, ocorre de acordo com a genética. Os genes, por sua vez, moldam o desenvolvimento da criança, que nasce dotada de atributos e potencialidades inatas e adquirem outras através do ambiente em que estão inseridos.

Nessa perspectiva, há pelo menos oitenta anos, teóricos do desenvolvimento humano têm pesquisado, no curso de seus trabalhos, alguns processos básicos como hereditariedade, maturação e aprendizagem, como processos-chave para o desenvolvimento humano saudável. Em relação à hereditariedade é sabido que há influência interna, através do conjunto de características e tendências herdadas pelos pais, que vão além das características físicas, até os padrões de temperamento, que podem ser, em parte, herdados. Além desses fatores, já

estudados, é difícil prever outras características como sendo restritamente de ordem genética e hereditária.

Quanto à maturação, definida por Bee (2007, p.16) como: “os padrões de mudança sequencial, geneticamente programados em características físicas, tipo de corpo, padrões hormonais ou coordenação”, que se iniciam desde a concepção e estendem até a morte e são compartilhadas por todos os membros da espécie, já é comprovado que tais mudanças citadas, ocorrem de forma involuntária, não dependendo de treinamento ou prática, constitui-se assim, a informação hereditária. Contudo, tal processo também sofre influências ambientais de igual importância para o desenvolvimento do indivíduo, questões como desnutrição, doenças adquiridas e estilos de vida, afetam diretamente o desenvolvimento biológico. Conclui-se, com isso, que o desenvolvimento humano é inato e adquirido.

Sobre a aprendizagem, o inato e o adquirido reaparecem e ganham destaque por tamanha importância neste processo fundamental, através da qual as experiências individuais influenciam a criança, tanto na construção de sua subjetividade, quanto na realização das tarefas cotidianas. Assim, a parte inata, contribui com os reflexos, inicialmente e todo o aparato biológico, que são determinantes para a sobrevivência da criança e que possibilita adquirirem novas experiências, que as farão enriquecerem seus repertórios comportamentais e desenvolverem as potencialidades pré-existentes.

Pensando em tudo o que foi dito sobre o percurso histórico da criança, desde a sua quase insignificância perante à sociedade, até se tornarem alvos de investigações e estudos acerca de sua complexidade e desenvolvimento, percebe-se que muito se percorreu até chegar na realidade existente hoje, que já sofreu grandes avanços.

Além de todas as contribuições que o passado traz para se pensar acerca da infância e de seu desenvolvimento, principalmente as informações que remetem ao tratamento dado frente aos problemas de desenvolvimento infantil, no passado, em muitos momentos históricos, através da exclusão e do desconhecimento, verifica-se a importância de investigar sobre tais problemas no que concerne à atualidade. Através disso, se faz necessário pensar de que forma o cenário da antiguidade contribuiu para o contexto atual, quer nos desafios, quer nos avanços.

Ao considerar a importância do desenvolvimento infantil ser pensado em sua integralidade, essa pesquisa, devido à restrição de tempo, existente para a sua construção, fará apenas um recorte dos problemas de desenvolvimento: a deficiência intelectual (DI) e sua interface com a saúde mental. Além disso, é essencial pensar na saúde mental no âmbito da

saúde pública enquanto direito de todos e em vista das necessidades socioeconômicas da população geral, como aporte para o estudo e acolhimento das crianças com deficiências.

Assim, é importante compreender o que caracteriza a deficiência intelectual (DI), que é definida como um quadro psicopatológico que se refere de maneira especial às funções cognitivas. Pereira (2012), afirma o seguinte:

O que caracteriza a deficiência intelectual são defasagens e alterações nas estruturas mentais para o conhecimento. No entanto, o fato de a criança ter uma deficiência intelectual não diz respeito ao modo como sua estruturação subjetiva está se processando, o que remete a possibilidade desta criança se constituir como um sujeito possuidor de desejos, vontades e sonhos. Porém, o que determina as diferentes estruturas são as experiências e formas de relações que a mesma estabelece, a partir do lugar que ocupa em sua cultura de origem. (p.02).

Entretanto, a designação do termo deficiência intelectual (DI) cheia de novas possibilidades de pensamento sobre o tema, é relativamente nova e veio para substituir a designação “deficiência mental ou retardo mental”, que traziam consigo a conotação negativa de “incapacidade e limitações significativas tanto no funcionamento intelectual, quanto no comportamento adaptativo e se origina principalmente antes dos dezoito anos de idade”, compreendidas como sinônimo de fracasso (PEREIRA, 2012 p.03).

A terminologia deficiência intelectual (DI) surgida nos primeiros anos do século XXI, vem aos poucos se instalando e sendo o foco de reflexões e discussões políticas e sociais, em documentos legais em âmbito internacional e nacional e no meio acadêmico- científico. (SOUSA, 2011).

Porém, o termo deficiência mental, apesar de sua forma valorativa, ainda consta na legislação brasileira que trata de pessoas com deficiências relacionadas à cognição, ao intelecto e à adaptação social. Está presente na Constituição Federal Brasileira a Lei nº 7.853 de 24 de outubro de 1989 que dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Corde; institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Esta Lei, estabelece os direitos básicos das pessoas com deficiência, são eles: o direito de ir e vir; o direito à educação; o direito à saúde e ao trabalho.

Ao analisar os direitos assegurados aos deficientes, respaldados pela Lei nº7.853/89 na Constituição Federal, é possível notar que os direitos previstos são iguais aos de todos os cidadãos, constando apenas algumas especificidades. Em relação à saúde, os órgãos responsáveis por esta, devem dispensar tratamento prioritário e adequado aos portadores de deficiência (Art.16, inciso III, do Decreto Federal nº 3.298/99), inclusive, através da criação de redes de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados. (BRASÍLIA, 2009).

Contudo, a realidade é bastante problemática. A dificuldade de acesso aos serviços é ainda maior para as pessoas com deficiência, pois os mesmos enfrentam desafios desde o momento em que saem de casa, na dificuldade para acessar o transporte, nos olhares que as cercam e, em muitos casos, a falta de preparo técnico dos próprios profissionais de saúde para atendê-los. Na deficiência intelectual (DI) não é diferente, a falta de informação faz com que a sociedade os taxem de loucos ou incapazes e, nos serviços de Atenção Básica à Saúde, muitas vezes são encaminhados para o psiquiatra, neurologista ou para o CAPS⁵.

Conforme Othero e Dalmaso (2010), há uma negação da dignidade das pessoas diferentes, onde se cria estereótipos que associam a diferença a valores negativos. Com isso, é erguida a segregação social e simbólica, o que dificulta a construção de processos sociais mais inclusivos. Deste modo, os profissionais de saúde também são parte do meio sociocultural, que ainda segrega as pessoas com deficiência e, assim, as práticas em saúde são construídas a partir da relação sócio-histórica-cultural sobre a questão da deficiência, o que torna ainda mais desafiador o caminho a ser percorrido para a desconstrução desses estigmas.

No que se refere a deficiência intelectual, os desafios da segregação social que ocorrem em todas as deficiências se juntam às barreiras físicas, afinal, é muito complicado criar estratégias que abarquem todos os indivíduos com essa condição, pois esta deficiência se apresenta de forma particular em cada pessoa, não podendo generalizar um grau de comprometimento, visto que podem haver prejuízos em diversas áreas e em graus variados.

Em um estudo sobre as pessoas com deficiência na Atenção Básica, realizado pela Faculdade de Medicina de São Paulo, em 2009, Othero e Dalmaso verificam que com relação à saúde da pessoa com deficiência, a questão do acesso aos serviços foi identificada como principal necessidade dessa população. Em muitas instalações há a necessidade de

⁵ Centro de Atenção Psicossocial – Dispositivos de tratamento para pessoas com transtornos mentais substitutivos ao modelo hospitalocêntrico.

alterações na estrutura física e arquitetônica dos serviços e dos seus arredores para garantir a acessibilidade, além do mais, os limites entre a Atenção Básica e os serviços especializados se tornam evidentes à medida emergem situações de tensão devido à falta de integração entre a Rede de saúde existente, tudo isso dificulta a acessibilidade.

Ao ser comparada com as deficiências físicas, onde é possível criar dispositivos que facilitem a acessibilidade e tratamento de um grupo de pessoas com a mesma condição, por exemplo: rampas para os cadeirantes; recursos em braile para os deficientes visuais; libras para os deficientes auditivos, entre outros; a deficiência intelectual se torna ainda mais desafiadora, quando se pensa na escolha das estratégias, pois devem ser pensadas de forma específica para cada pessoa.

Dessa forma, a criança com deficiência intelectual (DI), que apresenta dificuldades de aprendizagem e/ou de concentração, em sua maioria, causadas por algum nível de atraso no desenvolvimento cognitivo, acabam sendo medicalizadas, não apenas no sentido de serem encaminhadas para receberem medicação, mas rotuladas e consideradas fora do padrão de normalidade, com isso, os profissionais banalizam e simplificam questões muito mais complexas, que necessitam serem pensadas no contexto em que a criança está inserida.

Além do mais, é importante lembrar que o desenvolvimento da criança possui instâncias inatas, onde nesses casos (DI), podem existir prejuízos, mas também dispõem das experiências adquiridas, que resultam da sua exposição ao meio em que vivem. É claro que uma criança que possui algum nível de comprometimento cognitivo sofrerá influências na percepção e apreensão das contingências que lhe são apresentadas, mas isso não implica em impossibilidade, mas paciência e manejo dos responsáveis, educadores e equipe multidisciplinar, para que dentro do seu tempo e possibilidade possa ser estimuladas para desenvolver o máximo de suas potencialidades.

Ademais, o fato de a criança ter uma deficiência intelectual (DI) não determina o modo como sua subjetividade se estabelece. Isso depende das experiências e formas de relações que a mesma constitui no mundo, a partir do lugar que ocupa na família, no social e em sua cultura de origem e dará a esta criança a possibilidade de ser um sujeito possuidor de desejos, vontades e sonhos. (PEREIRA, 2012).

Dentre estas experiências, a escola e a família merecem destaque, já que organizam os primeiros laços da criança com a sociedade. Com base nisso, é importante refletir sobre os

desafios encontrados por essas crianças em uma escola da rede pública de ensino, onde muitos professores não dispõem de instrumentos técnicos adequados para ensinar crianças que possuem dificuldades de aprendizagem e se deparam com muitos obstáculos para tentarem tal feito. Somando-se a isso, há a escassez de recursos lúdicos e específicos para estas crianças. Enfim, a fragilidade da comunidade escolar, acompanhada pelo preconceito da população são acrescidos aos demais desafios enfrentados pelos responsáveis para manterem esta criança na escola.

Ao refletir sobre essas dificuldades de aprendizagem, Cabral e Sawaya (2001) discutem toda a complexidade existente nesse ambiente e convidam os leitores a pensarem acerca das variáveis existentes no processo de aprendizagem. Alguns fatores que se destacam nesse processo são: a relação da escola com a sociedade e sua clientela, relação professor-aluno, utilização de materiais inadequados para as demandas, etc. Todavia, quando se trata da deficiência intelectual (DI), a reflexão se torna ainda mais complexa, pois, além do entrelaçamento de todos os fatores citados, ainda há as limitações impostas pelos prejuízos cognitivos de cada criança, o que expande ainda mais a questão da dificuldade de aprendizagem.

Desse modo, quando se pensa na questão da deficiência intelectual (DI), as dificuldades encontradas nesse processo de ensino/aprendizagem, corroboram o discurso de rotulação e necessidade de ajustamento da criança fora dos padrões, pois se na escola não há estrutura para lidar com a situação e a família tem dificuldade para solucionar o impasse, surge a possibilidade de medicalizar como tentativa de resolver o problema.

É importante esclarecer que a medicalização está além do uso de medicações. É muito mais complexo, pois o indivíduo passa a ser medicalizado por inteiro. Rotulado socialmente, deixa de ser um indivíduo com determinada patologia, para se tornar um indivíduo patológico, pois a patologia passa a ser o foco da vida do sujeito. De acordo com Moysés e Collares, (1994):

O termo medicalização refere-se ao processo de transformar questões não-médicas, eminentemente de origem social e política, em questões médicas, isto é, tentar encontrar no campo médico as causas e soluções para problemas dessa natureza. A medicalização ocorre segundo uma concepção de ciência médica que discute o processo saúde-doença como centrado no indivíduo, privilegiando a abordagem biológica, organicista. (p.25).

Dessa forma, com a medicalização, as questões que também são de ordem social e coletiva, são abreviadas às questões individuais de cada indivíduo, não levando em consideração a importância que o contexto sociocultural tem na vida das pessoas. Assim, a vida dos indivíduos passa a ser entendida a partir de suas características individuais, como se a política, educação, trabalho, cultura, entre tantos outros fatores, em nada influenciasse o processo de saúde/doença.

Por ser um tema tão relevante para a sociedade, as Políticas Públicas de Saúde pregam a necessidade de evitar que práticas levem a medicalização e psiquiatrização de situações individuais e sociais (NEVES 2012). Porém, a realidade da saúde pública brasileira, muitas vezes, engessa o profissional e o impede de seguir as propostas que estão no papel. Por exemplo, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) lotada de usuários buscando atendimento, muitas vezes com escassez de materiais para atendimento, profissionais insuficientes e falta de articulação com a Rede de Saúde, que podem comprometer a qualidade do atendimento prestado ao indivíduo.

Como resultado da medicalização, há uma sobrecarga de encaminhamentos dessas crianças para os serviços especializados de saúde, como se a responsabilidade pelo aprendizado fosse apenas da criança, resultado de sua “deficiência”; isentando a escola e a família das responsabilidades cabíveis a cada um. Porém, em razão da falta de articulação dos serviços e da ausência de comunicação intersetorial entre eles (educação-saúde), muitas vezes o encaminhamento se encerra em si, sem de fato ser realizado o acompanhamento necessário para a criança, além de a criança acabar se tornando o “problema” da família, escola e dos serviços de saúde.

3. METODOLOGIA

De acordo com Godoy (1995), a pesquisa qualitativa tem um papel de destaque entre as diversas possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas complexas relações sociais, constituídas em diversos contextos. Nesta perspectiva, um fenômeno pode ser compreendido mais adequadamente, no contexto ambiental em que está presente e do qual faz parte, devendo ser analisado de forma integral. Dessa forma, uma pesquisa qualitativa, com estudo de caso ou pesquisa de campo seriam igualmente adequadas

para a investigação do objeto de estudo, contudo, a restrição de tempo para a realização da mesma, não permitiu sua realização em campo.

Ademais o método qualitativo não se baseia em um critério numérico para definir sua representatividade e se preocupa em responder questões particulares, que não podem ser analisadas apenas através dos números (MINAYO, 2004). Sendo assim, a presente pesquisa utilizou o método qualitativo em sua construção, por ser sua intenção investigar a qualidade do acolhimento da Rede de Atenção Básica à Saúde às crianças com deficiência intelectual (DI), dados estes, que não podem ser problematizados somente através de dados estatísticos e necessitam de reflexão sobre diversas variáveis para a construção de um olhar crítico.

Para isso, foi realizada uma revisão de literatura em bancos de dados virtuais como: SCIELO; PEPsic; LILACS; CAPES; SIBI (USP), LUMEN (PUC-SP), DBD (PUC-Rio), onde foram selecionados artigos científicos, teses e dissertações produzidos entre os anos 2004 até 2014, além de livros científicos, documentos e cartilhas disponibilizadas pelos Ministério da Saúde Ministério da Educação. As palavras-chaves utilizadas foram: Deficiência Intelectual; Medicalização, Atenção Básica à Saúde e Saúde Mental. Além do material científico selecionado através das pesquisas, foram utilizados outros recursos como vídeos, filmes, textos e livros não científicos sobre o tema, apenas como gatilho para a reflexão e construção de um olhar crítico mais próximo da concepção popular, que serviram de contraponto e também complementação às informações científicas.

4. CONCLUSÃO

A Saúde Mental no Brasil, apesar dos avanços alcançados e da existência de Políticas Públicas que assegurem o direito das pessoas com transtornos mentais, ainda há a necessidade de muitas reformulações. Pois, apesar de existirem dispositivos pensados como métodos substitutos eficazes ao modelo hospitalocêntrico, há muita dificuldade de comunicação entre a Rede de Saúde como um todo, o que dificulta a prática da intersetorialidade, essencial para a resolubilidade dos serviços e para encaminhamentos adequados. No caso da deficiência intelectual, é notória a importância de diálogo entre a escola e os serviços de saúde, até porque precisa haver uma continuidade do serviço prestado pela equipe de saúde e um acompanhamento da escola que o encaminhou.

Porém, na prática isso acaba não acontecendo. E isso acontece por diversas razões, falta de informação sobre o assunto; ausência de comunicação entre os serviços; preconceito, ausência de recursos específicos; entre tantos outros motivos, que interferem a funcionalidade de ambos os serviços. Ao se tratar da Deficiência Intelectual (DI), há muitas questões envolvidas, entre elas o preconceito da sociedade, que sempre existiu e permanece até hoje com todas as pessoas que fazem uso dos serviços de saúde mental, tenham elas transtornos mentais graves ou seja apenas uma criança encaminhada por dificuldade de aprendizagem, o preconceito existe e prejudica o progresso.

Assim, apesar da importância do biológico na caracterização do indivíduo enquanto humano; a humanidade não depende apenas disso para se constituir, pois para ser considerado humano, o sujeito precisa se desenvolver no contexto sociocultural, que está em constante processo de construção há muito tempo e assim, continua o seu curso. Ou seja, o biológico sozinho não dá conta da constituição do homem, que necessita de influências externas para seu desenvolvimento integral.

Nota-se, que quando o biológico é entendido como o único protagonista do problema apresentado, surge, atrelada também às questões socioculturais, a rotulação do sujeito, já existente na deficiência intelectual por todos os estigmas historicamente construídos e reforçados pela falta de informação existente ainda hoje, a medicalização amplia ainda mais esta rotulação, pois entende-se que a questão da criança é puramente biológica, a sua dificuldade advém somente do prejuízo cognitivo e ela necessita de medicação para se enquadrar ao padrão da normalidade ou amenizar os comportamentos-problema.

Assim, as crianças com deficiência intelectual (DI) acabam sendo taxadas de “coitadinhas”, incapazes, limitadas e ainda podem se tornar criança - problema para a escola, família, serviços de saúde e comunidade. Com isso, o discurso que entrelaça os problemas neurológicos com o não aprender e ao desajuste às normas da escola, aparecem de forma cada vez mais frequentes no cotidiano das escolas e dos serviços de saúde, para os quais se encaminham grandes contingentes de alunos com queixas escolares.

Entretanto, é importante refletir que a criança com deficiência intelectual (DI) também possui subjetividade, sendo capaz de desejar, sentir e sonhar como todas as outras crianças. As pessoas que convivem com ela, o contexto sociocultural e principalmente a escola são personagens ativos em sua vida e em sua aprendizagem, assim como qualquer outra criança.

Logo, é necessário que se mude o olhar medicalizante, que rotula e incapacita essa criança, o problema não é biológico porque muitas outras questões estão envolvidas no processo. Medicação não é a solução; Pode ser necessária, em vista dos comprometimentos presentes na deficiência intelectual, porém sem o comprometimento e participação de todos os autores envolvidos, não haverá o progresso desejado.

Ao refletir sobre essas questões, é importante considerar que a medicalização, tão crescente na sociedade contemporânea, não está presente somente nas escolas e nos serviços de saúde. A medicalização das questões sociais e individuais, que outrora, seriam solucionadas através de outras alternativas, está se tornando cada vez mais comum, inclusive dentro das casas, no discurso das pessoas. Isso só reforça e evidencia os rótulos que são criados em um ambiente e acabam sendo perpetrados em outros.

Com isso, é importante repensar as práticas cotidianas que vão se integrando a normalidade e não contribuem para o desenvolvimento dessas crianças, pelo contrário, os limita e os reduz aos papéis que possuem em seus rótulos. Apesar dos problemas biológicos dessas crianças, a subjetividade existe e precisa ser respeitada, ela deve ser incentivada a evoluir e isso pode ser iniciado em casa, tendo como ponto de partida a valorização de suas qualidades e a desconstrução dos papéis depreciativos que possam existir em suas vidas.

Por fim, a criança com deficiência intelectual (DI) necessita ser estimulada como qualquer outra, mas seu desenvolvimento ocorrerá em seu tempo e dentro de suas possibilidades; para isso, são necessários recursos específicos que facilitem a aprendizagem dessa criança, muitas vezes indisponíveis nas redes públicas de ensino, mas esse desafio, como os diversos outros podem ser minimizados se houver comunicação entre a escola, serviço de saúde e família; cada um assumindo o papel que lhe cabe e retirando da criança o peso de ser a única responsável por um problema, que muitas vezes, ela nem mesmo reconhece.

REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. Porto Alegre: Artmed, 1996.

BRASIL. **Lei n°7.853 de 24 de outubro de 1989**. Publicada no Diário Oficial da União em 4 de abril de 2004.

CABRAL, E; SAWAYA, S. M. **Concepções e atuação profissional diante das queixas escolares: os psicólogos nos serviços públicos de saúde**. Estudos de Psicologia, v. 6, n. 2, p. 143-155, 2001.

FERRO, Luís Felipe. **Trabalho territorial em hospitais psiquiátricos: construindo no presente um futuro sem manicômios**. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 29, n. 4, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 8 jul. 2014.

FOUCAULT, M. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____. **Os Anormais** (1975 d). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GODOY, A. S. **Pesquisa Qualitativa: tipos fundamentais**. Rev. de Adm. de Empresas - São Paulo V. 35, n. 3, p. 20-29- Mai/ Jun, 1995. Disponível em: <http://www.producao.ufrgs.br/arquivos/disciplinas/392_pesquisa_qualitativa_godoy2.pdf> Acesso em 16 de nov. 2014.

JORGE, M. R; FRANCA, J.M.F. **A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil**. Rev. Bras. Psiquiatria. [online]. 2001, vol.23, n.1, pp. 3-6.

KAIL, R. V. **A Criança**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

Legislação brasileira sobre pessoas portadoras de deficiência. – 5. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2009.415 p. – (Série Legislação; n. 21).

MATEUS, M. D (Org). **Políticas de saúde mental**: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013.400p.

MESQUITA, J. F. de; NOVELLINO, M.S.F; CAVALCANTI, M.T. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da Saúde Mental**. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, n ° 17, 2010, Caxambu- MG. Congresso de Encontros Populacionais. Caxambu, 2010, p 1-9.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 23 ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MOYSÉS, M. A.A; COLLARES, C. A. L. **A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico (a patologização da educação)**. Série Ideias, São Paulo, n. 23, p. 25-31, 1994. Disponível em <http://www.crmariocovas.sp.gov.br/amb_a.php?t=008>. Acesso em: 10 nov de 2014.

MURILLIO, P.C. **O patológico e o anormal no olhar de Michel Foucault: um estudo sobre a construção da identidade da criança com paralisia cerebral**. Rev. Kínesis, Marília, v. II, n.04, p.159-174, Dez. 2010.

NASCIMENTO, C. T. do; BRANCHER, V. R.; OLIVEIRA, V. F. de. **A construção social do conceito de infância**: algumas interlocuções históricas e sociológicas. Revista Olhar do Professor, Universidade Estadual de Ponta Grossa, p. 01-16, 2007.

NEVES, A.V.de M. **Políticas Públicas de Saúde para Concursos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 264 p.

OTHERO, M.B. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência: necessidades sob a perspectiva dos SUS**. 2010. 331f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo- USP. São Paulo, 2010.

OTHERO, Marília Bense; DALMASO, Ana Sílvia Whitaker. **Pessoas com deficiência na atenção primária**: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 13, n. 28, Mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832009000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 jul. 2014.

PEREIRA, J. E. **A infância e a deficiência intelectual: algumas reflexões**. In: ANPED-SUL, n° 9, 2012, Caxias do Sul- RS. Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul. Caxias do Sul, 2012.

PESSOTTI, Isaias. **Sobre a teoria da loucura no século XX**. Temas psicol., Ribeirão Preto, v.14, n.2, dez. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X2006000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 05 jul. 2014.

SOUSA, C.H.G. **Pessoa com deficiência intelectual: desafios para inclusão nas empresas de grande porte do Pólo Industrial de Manaus/AM /-2011**.140f. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro- PUC RIO. Rio de Janeiro, 2011.