

NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FRENTE À PACIENTES COM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL: REVISÃO DE LITERATURA

Lídia Santos Sousa; Maria Helena de Sousa Medeiros; Laiani Passos Cordeiro; Clésia Oliveira
Pachú

Universidade Estadual da Paraíba; SOUSASLIDIA@GMAIL.COM

Resumo: A Deficiência Intelectual é definida pela OMS como uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, que é especialmente caracterizado pelo comprometimento de habilidades manifestadas durante o período de desenvolvimento, que contribuem para o nível global de inteligência, isto é, cognitivas, de linguagem, motoras e habilidades sociais. Justifica-se que a necessidade de conhecer e avaliar o nível de qualificação dos profissionais de saúde na prestação de serviço a este público específico é indiscutível. Assim, através desta pesquisa objetivou-se identificar os níveis de qualificação de profissionais de saúde que lidam com indivíduos portadores de DI e também observar que medidas precisam ser tomadas para o aprimoramento de práticas já empregadas. Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, desenvolvida através de um estudo descritivo, de caráter exploratório, realizado mediante revisão bibliográfica integrativa, utilizando o banco de dados online: BVS e outros (revistas e sites) no período de 2011 a 2016. Observou-se que a saúde mental se consolidou como política pública fazendo com que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pudesse tornar substituta de hospitais psiquiátricos, pois a deficiência é enfatizada como condição e deve ser abordada considerando a verificação de apoios necessários e de transformações em seu entorno. Com o presente estudo, foi possível concluir que apesar da frequência do atendimento psiquiátrico em muitos serviços, nota-se que há um despreparo da equipe de saúde para intervir aos pacientes psiquiátricos, como também, a falta de leitos adequados para atender as necessidades dos mesmos.

Palavras-chave: Deficiência intelectual, profissional de saúde, qualificação.

INTRODUÇÃO

O termo retardo mental tem se tornado obsoleto na esfera científica, sendo substituído por Deficiência Intelectual (DI). DI se aplica, portanto, aos mesmos indivíduos antes diagnosticados com retardo mental. A DI é definida, pela Organização Mundial da

Saúde, OMS (1992), como uma condição de desenvolvimento interrompido ou incompleto da mente, que é especialmente caracterizado pelo comprometimento de habilidades manifestadas durante o período de desenvolvimento, que contribuem para o nível global de inteligência, isto é, cognitivas, de linguagem, motoras e habilidades sociais. E

(83) 3322.3222

contato@conbracis.com.br

www.conbracis.com.br

para a American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), como limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, expressas em habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas. Essa deficiência origina-se antes dos 18 anos de idade.

Pesquisas recentes revelaram que a prevalência é maior no sexo masculino, sejam crianças, adolescentes ou adultos. Essas taxas são duas vezes maiores em países de baixa e média renda e menores em áreas urbanas do que rurais. No que tange a sua etiologia, podemos atribuir inúmeras causas. Sejam estas orgânicas, genéticas e socioculturais, que afetem o desenvolvimento e a função cerebral do ser, e que foram adquiridas nos períodos pré-natal, no caso de distúrbios cromossômicos, síndromes e outras condições genéticas e ambientais adversas; perinatal, quando há complicações na gravidez, doenças na mãe, trauma de nascimento; ou pós-natal, com o acometimento de infecções cerebrais, traumas cranianos e outros fatores. Não obstante, em cerca de dois terços dos casos leves e um terço dos casos graves, as causas não são encontradas, o que reforça a necessidade de mais pesquisas sobre o tema. As principais manifestações clínicas são atraso de desenvolvimento na função intelectual e déficits na função adaptativa social e de Quociente de Inteligência (QI). E, é subdividido em quatro níveis de gravidade: profundo, onde os indivíduos não podem cuidar de si mesmos e não têm linguagem, apresentam capacidade limitada e pouco compreendida de expressar emoções, além de convulsões, deficiências físicas e expectativa de vida reduzida; grave, com a manifestação de um desenvolvimento atrasado, dificuldade de pronunciar palavras e tem um vocabulário muito limitado, e, podem ganhar habilidades básicas de auto-ajuda com prática e tempo; moderado, podem realizar com supervisão

trabalhos não qualificados ou semiquualificados e são capazes de cuidar de si mesmos e comunicar-se; leve, embora apresentem atraso de desenvolvimento, são capazes de se comunicar e aprender habilidades básicas, como leitura, informática no grau 3 ao 6, trabalho doméstico, cuidar de si e fazer trabalho não qualificado ou semiquualificado.

Indicadores epidemiológicos revelam dados significativos acerca da Deficiência Intelectual, ao passo disto justifica-se que a necessidade de conhecer e avaliar o nível de qualificação dos profissionais de saúde na prestação de serviço a este público específico é indiscutível. Visto que, estas informações representam importantes subsídios para a implementação e o monitoramento de políticas de saúde pública, pois permitem o desenvolvimento de ações planejamento e qualificação dos serviços e de seus profissionais.

Este artigo apresenta uma revisão bibliográfica sobre o nível de qualificação dos serviços de saúde frente à pacientes com deficiência intelectual. A pesquisa buscou publicações que contemplassem a temática referida, com o fim de analisar os dados disponíveis em publicações sobre o assunto. O artigo tem o objetivo de buscar identificar os níveis de qualificação destes profissionais de saúde que lidam com indivíduos portadores de DI e também observar que medidas precisam ser tomadas para o aprimoramento de práticas já empregadas. Este trabalho está dividido em quatro seções, sendo a primeira esta introdução. A segunda apresenta a descrição da metodologia adotada nesta revisão de literatura e, na terceira, os resultados e discussões obtidos na busca dos artigos relacionados ao tema. E, por fim, uma conclusão com as considerações finais deste estudo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, desenvolvida através de um estudo descritivo, de caráter exploratório, realizado mediante revisão bibliográfica integrativa. Foi constituída de seis etapas. Na primeira etapa, foi identificado o tema e selecionada a questão de pesquisa. A identificação das fontes ocorreu por meio de consulta às bases de dados online: BVS e outros (revistas e sites) no período de 2011 a 2016. Na segunda etapa, foram estabelecidos os critérios para inclusão e exclusão de busca na literatura, portanto foram incluídos neste estudo os trabalhos publicados em língua portuguesa, com grande relevância clínica e científica; foram excluídos artigos que abordavam DI sob outras perspectivas e os textos repetidos nas bases de dados além de anais e resumos de dissertações e teses. Na terceira etapa, foram definidas as informações a serem extraídas dos estudos selecionados, ou seja, a categorização destes, utilizou-se para tal os seguintes descritores: deficiência intelectual, serviços de saúde, profissional de saúde e qualificação profissional. Na quarta etapa, foram avaliados os estudos incluídos nesta revisão, onde foi feita análise e seleção dos trabalhos mais relevantes, e consideraram-se as informações contidas nos textos, a significância estatística, a consistência e os dados apresentados pelos autores. Inicialmente realizou-se uma análise de títulos e resumos com o propósito de obter artigos potencialmente relevantes para a revisão. Assim, foram triados 37 artigos relevantes, dentre os quais apenas 12 apresentavam evidências científicas que demonstram o nível de qualificação dos profissionais de saúde frente à pacientes com deficiência intelectual. Ressalta-se também o acréscimo de uma referência de livro. Na quinta etapa os resultados foram interpretados

e por fim, na sexta etapa, realizada a síntese do conhecimento que resultou na presente revisão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar de os campos da Deficiência Intelectual e Saúde Mental compartilharem a mesma origem histórica – ambos situados na luta pela defesa dos direitos dirigidos a populações com histórico de institucionalização –, acabaram por seguir rumos próprios.

A saúde mental constituiu-se mundialmente como campo de saberes e práticas sobre os preceitos da desinstitucionalização e superação de um modelo de assistência centrado em hospitais psiquiátricos. Sua consolidação ocorreu por meio do estabelecimento de políticas públicas de saúde baseadas em importantes reformulações conceituais, clínicas, legais e ético-políticas que reorientaram os objetivos do tratamento e a composição de uma rede de serviços necessários às novas concepções. No Brasil, a saúde mental consolidou-se como política pública de Estado, viabilizada mediante aparato legal que orienta a reorganização de uma rede de serviços sensíveis a sua demanda clínica, ampliada para perspectivas de desenvolvimento de ações de âmbito comunitário e social. A instituição recente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a normatizou e explicitou os componentes e pontos de atenção necessários para a ampliação do acesso e a qualificação da atenção psicossocial, dentre os quais estão os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os centros de convivência e cultura e os leitos de saúde mental em hospital geral. É explícita na política vigente a recusa dos hospitais psiquiátricos como ponto de atenção da RAPS, o que reconhecemos como mais um passo na transição do modelo de atenção em

saúde mental. (Amarante ,P.; Torre, E.H.G., 2011)

Por outro lado, o campo político e teórico constitutivo da deficiência intelectual origina-se a partir dos anos 2000, com recentes reformulações conceituais, incluindo a sua própria nomenclatura. Esse termo tem sido preferencialmente utilizado por se referir especificamente ao funcionamento do intelecto, diferenciando-se dos quadros de transtornos mentais. Desse modo, a deficiência é enfatizada como condição e deve ser abordada considerando a verificação de apoios necessários e de transformações em seu entorno, por exemplo, pessoas com dificuldades em operações matemáticas poderem utilizar calculadora. Esse cenário garante a inclusão social das pessoas com Deficiência Intelectual. A definição de Deficiência Intelectual utilizada atualmente é proposta pela American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, caracterizada por “limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, como expresso nas habilidades práticas, sociais e conceituais, originando-se antes dos 18 anos”. A noção de incapacidade também tem sido amplamente reconhecida, o que ganha perspectiva na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), instrumento complementar à Classificação Internacional de Doenças (CID-10) que, para além da perspectiva médica, inclui a societária e ambiental. O campo conceitual e assistencial da deficiência intelectual tem origem nos movimentos sociais de luta das pessoas com deficiência, legitimada pela Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência – Nova York, EUA, 2007, promulgada no Brasil com equivalência de emenda constitucional, que estabelece que: “pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em

interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas”. A grande vulnerabilidade da população com deficiência intelectual em termos de violação de direitos, privação de serviços mínimos de apoio e propensão à institucionalização é especialmente preocupante pela escassez de informações sobre dados epidemiológicos e de publicações que orientem diretrizes e políticas públicas.

Os dados existentes são fragmentados na maioria dos países, principalmente entre os de média e baixa renda, onde, paradoxalmente, há maior prevalência de deficiência intelectual. Somente a partir dos processos de desinstitucionalização, com o fechamento de hospitais psiquiátricos em vários países do mundo, se efetivou o redirecionamento da assistência, tanto para serviços de base comunitária em saúde mental como também da criação de instituições sociais de apoio às pessoas com deficiência intelectual. Especificamente no campo da saúde, iniquidades podem ser observadas entre pessoas com deficiência intelectual quando comparadas à população geral. Além da maior predisposição ao desenvolvimento de outros problemas, como paralisia cerebral, epilepsia, alterações da comunicação, visão e audição, e transtornos mentais, pessoas com deficiência intelectual enfrentam importantes obstáculos para o cuidado de sua saúde, intensificados pela dificuldade de acesso aos serviços, constituindo uma “cascata de disparidades”, conforme denominado por Krahn (2011). Por outro lado, no que concerne ao cenário da saúde mental, estima-se que mais de um terço das pessoas com deficiência intelectual têm associados diagnósticos de transtornos mentais, prevalência que vem justificando o debate internacional sobre o tema. No Brasil, apesar dos importantes avanços na reorientação do modelo de atenção em saúde mental, a

assistência às pessoas com deficiência intelectual não se fez igualmente pauta no campo das políticas públicas de saúde. (SURJUS, L.T.L.S; CAMPOS, R.T.O., 2014).

A área da DI torna-se então com a luta das pessoas com deficiência, um esforço para superação do modelo médico e na busca pela operacionalização de um modelo biopsicossocial, que venha a considerar as pessoas com deficiência dotadas de capacidades e incapacidades e da necessidade da provisão de apoios que garantam sua participação social. Tal prerrogativa é legitimada pela Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, conforme afirmam Resende & Vital (2008), na Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada - Secretaria Especial dos Direitos Humanos. No Brasil há poucas instituições pertencentes ao poder público responsáveis pela assistência a pacientes com DI, a grande maioria desses serviços é prestado por instituições de caráter filantrópico. O estudo de Surjus e Campos (2014), evidenciou isto através de um mapeamento das instituições, explicitando uma oferta de serviços composta em sua totalidade por instituições de caráter filantrópico e pouco variada. Dos 43 serviços identificados em 28 cidades, 25 são Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE); duas outras associações semelhantes, mas referentes ao Autismo e Síndrome de Down; seis são escolas especializadas; uma desenvolve exclusivamente ações para inclusão no mercado formal de trabalho. As demais se referem à acolhimento institucional ou instituições de longa permanência, como no caso da única instituição pública presente no presente mapeamento. Ou seja, neste estudo não foi encontrado serviços públicos competentes para essa área.

Este é mais um reflexo da falta de preparo na formação dos profissionais de saúde para lidar com estes pacientes, como afirma o estudo ... revelando que no caso específico das pessoas com deficiência sensorial, a comunicação é, muitas vezes, limitada pelas diferenças de uso dos meios verbal e não verbal, das características corporais, entre outros aspectos. Para os acadêmicos de enfermagem envolvidos no estudo, sem nenhuma formação e/ou capacitação prévia, essas dificuldades também estão presentes e são expressas em diversos momentos. Estes dados corroboram a literatura quando se afirma que o estudante de enfermagem, em virtude da falta de formação adequada, possui dificuldades ou até mesmo evita estabelecer um contato mais próximo com clientes com deficiência, transferindo a outra pessoa, geralmente, esta responsabilidade. O estímulo ao desenvolvimento de disciplinas, atividades e capacitações referentes à temática em discussão nas instituições de ensino superior, especialmente, as universidades públicas, cada dia mais tem sido abordado e implementado. No caso da área da saúde, esta iniciativa da enfermagem é pioneira e fruto de mais de 15 anos de trabalhos de pesquisa e extensão com as pessoas com deficiência. A pesquisa de MARTA, S.N., 2011 mostra que na prática se verifica uma grande falta de assistência a essa população, independentemente do seu grau de comprometimento. Isso pode ser justificado, em parte, pela ausência e/ou deficiência de formação nos cursos de graduação, de tal forma que os profissionais não se sentem preparados e seguros o suficiente para realizar essas abordagens.

Tomaz, R.V.V; Rosa, T.L.; Van, D.B.M.; Gusmão, D. (2015), observaram que as políticas de saúde para pessoas com DI no Brasil são discutidas em artigos que incluem os demais países da América Latina ou que

abordam a questão em países de rendimento baixo e médio. Quando retratam exclusivamente o contexto brasileiro, os textos não focam unicamente DI, abordando também outras deficiências (físicas, visuais e auditivas), ou ainda, discutem políticas de saúde mental. Dois artigos retratam a atenção aos defeitos congênitos e doenças genéticas no Brasil, considerando que DI é frequentemente associada a essas condições. Há ainda um artigo que explora as tradições culturais nos discursos de médicos, acerca de crianças com doenças genéticas associadas a malformações congênitas e DI, por meio de pesquisa qualitativa. Três publicações estabelecem paralelo entre pobreza, violência e deficiência. Vemos portanto que há uma necessidade iminente de mais estudos acerca desta temática para uma melhor caracterização do perfil destes profissionais bem como a viabilização de medidas de aprimoramento em seus processos de trabalho.

CONCLUSÃO

Profissionais de saúde têm pouco preparo para lidar com pacientes psiquiátricos, e em se tratando de pacientes com DI esta situação não é diferente. A falta de preparo está ligada, entre outros fatores, à formação profissional pouco adequada. Sabe-se que, no pronto atendimento e em serviços de saúde que não são unicamente dedicados ao tratamento da saúde mental, a presença de paciente psiquiátrico é rotina, embora grande parte dos profissionais admitam, ainda, que não estão preparados para lidar com paciente psiquiátrico. Apesar da frequência do atendimento psiquiátrico em muitos serviços, não existem acomodações adequadas para os usuários em crise. Eles são colocados muitas vezes em salas pequenas e pouco ventiladas,

mesmo com a existência de vagas em leitos mais próximos ao posto de enfermagem. Além disso, apesar do atendimento inicial ser igual aos demais pacientes, há uma exclusão e um tom de preconceito e estigma por parte dos profissionais. Como sugestão de melhora, indicamos que os serviços de saúde deveriam ter lugar adequado, atendimento e protocolo para pacientes psiquiátricos. Cabe evidenciar, contudo, esforços recentes na organização do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir do estabelecimento de Redes de Atenção, normatizadas pelo decreto presidencial 7508 de 2012, e reafirmadas no Plano Nacional de Saúde (2011 a 2014), que traz como desafio a ampliação do acesso e da qualidade da atenção em todo o SUS. Também parece historicamente oportuna a proposição, dentre as redes priorizadas em sua implantação, a presença da Rede de Atenção Psicossocial e de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Reafirmamos, portanto, a necessidade de abertura de pontos de diálogo entre gestores e profissionais das Redes em questão, sensibilizando-as para a construção de qualificação do acesso e da atenção às pessoas com DI, como também de ações preventivas. Silenciar essa problematização pode significar a ampliação da histórica segregação como resposta primeira aos cenários de desassistência e negligência.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Grupo de Estudos e Pesquisas em Saúde/Doença e Direitos Sociais (GEPsADDS), Programa de Prevenção Álcool, Tabaco e Outras Drogas (PEPAD) e Núcleo de Educação e Atenção em Saúde (NEAS).

REFERÊNCIAS

1. KE, X., LIU, J. Deficiência Intelectual. In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. (edição em Português; Dias Silva F, ed). Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2015.
2. AMARANTE, P., TORRE, E.H.G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. Saude Debate. 2001;25:26-34.
3. KRAHN, G.L., HAMMOND, L. A cascade of disparities: health and healthcare Access for people with intellectual disabilities. Ment Retard Dev Disabil Res Rev.2006;12(1):7082.DOI:10.1002/mrdd.20098
4. SURJUS, L. T. L. S; CAMPOS, R. T. O. Interface entre Deficiência Intelectual e Saúde Mental: revisão hermenêutica. Rev Saúde Pública 2014;48(3):532-540
5. SURJUS, L. T. L. S; CAMPOS, R. T. O. Deficiência Intelectual e Saúde Mental: Quando a Fronteira Vira Território. Rev. Polis e Psique, 2013; 3(2):82-96
6. PERES, A.S; PERES, S. H. C.S; SILVA, R.H.A. Atendimento a pacientes especiais: reflexão sobre o aspectos éticos e legais . Rev. Fac. Odontol. Lins, Piracicaba, 17 (1): 49-53, 2005
7. REBOUÇAS, C. B. A.; CEZARIO, G..K; OLIVEIRA, M.P.; PAGLIUCA, L.M.F. Pessoa com deficiência física e sensorial: percepção de alunos da graduação em enfermagem. Ver. Acta Paul Enferm 2011;24(1):80-6.
8. MARTA, S.N. Programa de assistência odontológica ao paciente especial: uma experiência de 13 anos. RGO.Revista Gaúcha de Odontologia (Online); ISSN 1981-8637. 2011.
9. TOMAZ, R.V.V; ROSA, T.L.; Van, D.B..M.; Gusmão, D. Políticas públicas de saúde para deficientes intelectuais no Brasil: uma revisão integrativa. 4561 Ciênc. saúde colet. vol. 21n.1 2015
10. ALMEIDA, M.A. Apresentação e análise das definições de deficiência mental propostas pela AAMR – Associação Americana de Retardo Mental de 1908 a 2002. Revista de Educação PUC- Campinas, Campinas, n.16, p 33-38, junho 2012.
11. COSTA, G.M.; PESSÔA, C.K.L; SOARES, C.A.; ROCHA, S.A.M. A importância da família nas práticas de cuidado no campo da Saúde Mental. Cadernos ESP, Ceará. 8(1): 41-57, jan./jun. 2014
12. OLIVEIRA, H.N., MACHADO, C.J., GUIMARÃES, M.D.C. Violência verbal contra indivíduos com transtorno mental no Brasil:

prevalência e fatores associados. J
Bras Psiquiatr. 2013;62(2):160-3