

# Saúde Mental

## A - Saúde Mental: transtornos atingem cerca de 23 milhões de brasileiros

Allan Walbert\* - Portal EBC15.05.2013 - 07h11 | Atualizado em 15.05.2013 - 08h34

“As doenças e transtornos mentais afetam mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com o órgão da Organização das Nações Unidas (ONU), entre 75% e 85% das pessoas que sofrem desses males não têm acesso a tratamento adequado. No Brasil, a estimativa é de que 23 milhões de pessoas passem por tais problemas, sendo ao menos 5 milhões em níveis de moderado a grave.” Continua...

Leia relatório completo com gráficos em:

(Fonte: <http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2013/05/saude-mental-em-numeros-cerca-de-23-milhoes-de-brasileiros-passam-por>, data de acesso 10/12/2014)

## B - Saúde Mental da Mulher: transtornos psiquiátricos relacionados ao ciclo reprodutivo

### Resumo

“A saúde mental, antes focada principalmente na patologia psiquiátrica, tem como objeto de estudo todo o contexto biopsicossocial no qual o sujeito está inserido. Além disso, mais recentemente, tem surgido maior interesse na investigação das possíveis diferenças entre gêneros. Sobre a mente feminina, é imprescindível que os profissionais da saúde tenham a atenção e o conhecimento necessários sobre os transtornos psíquicos associados ao ciclo reprodutivo, devido tamanha repercussão que causam não somente à paciente.

Diversas questões ainda estão em aberto no que se refere a um tema tão amplo quanto à saúde mental da mulher. Neste artigo traremos um breve panorama histórico, atualidades e perspectivas.”

### Introdução

“A partir da menarca até após a menopausa, algumas mulheres sofrem de transtornos específicos, incluindo transtorno disfórico pré-menstrual, depressão perinatal e perimenopáusicas, blues e psicose puerperal, assim como transtornos do humor e de ansiedade associados à infertilidade e gestações abortadas, além de maior incidência de transtornos ansiosos, alimentares, doenças auto-imunes e quadros álgicos (1,2). Não somente o dobro de mulheres sofre de depressão em comparação aos homens, mas também possuem índice maior de comorbidades, tanto físicas quanto mentais (1,3). As mulheres

estão mais expostas a fatores estressores como violências, abuso e estupro, a partir de uma idade precoce, porém nem todas as mulheres que se deparam com tais situações desenvolvem transtornos (4). Desta forma, a interação entre vulnerabilidade genética, fatores ambientais, fisiológicos e psicossociais, funcionamento neurotransmissor e neuroendócrino, além da própria resiliência, desempenham um importante papel em suas patogêneses (4,5,6,7). Entendendo melhor como se dá a relação de equilíbrio entre estes eventos, futuramente poderemos talvez apontar o caminho para tratamentos específicos por gênero, tanto para mulheres quanto para homens com transtornos mental (4,8).”  
Continua...

Artigo de atualização: por Joel Rennó jr1, Renata Demarque2, Hewdy Ribeiro Lobo2, Juliana Pires Cavalsan2 e Antonio Geraldo da Silva

Leia trabalho de pesquisa completo com quadros e gráficos na Fonte:

(Fonte: [http://www.abp.org.br/download/revista\\_debates\\_nov\\_dez\\_2012.pdf](http://www.abp.org.br/download/revista_debates_nov_dez_2012.pdf), data de acesso 10/12/2014)

## 1 - Como reintegrar doentes mentais o mercado de trabalho

Por Susan Misicka - 27. AGOSTO 2014 - 11:00

*A volta ao trabalho dá mais estrutura ao dia a dia. (Keystone)*

*“Após ter passado por um período de depressão e adição, Peter(\*)\* conseguiu um emprego estável. Para pessoas como Peter, encontrar trabalho, ou mantê-lo, pode ser uma situação vantajosa para ambos empregado e empregador. Enquanto a Suíça se sai bem em relação a outros países nesse sentido, a OCDE diz que há espaço para melhorias.*

"Três ou quatro anos atrás, eu não tinha nenhuma perspectiva. Estou muito melhor agora", diz Peter, que já lutou contra o vício e a depressão. Agora ele trabalha na recepção de uma casa de repouso, quatro dias por semana.

Magro e de fala mansa, com 27 anos de idade, Peter encontrou o trabalho através do [Job Coach Placement \(JCP\)](#), um programa de emprego apoiado pelo serviço psiquiátrico da Universidade de Berna.

"O objetivo é reintegrar as pessoas no mercado de trabalho, passo-a-passo", diz a 'job coach' Caroline Wyss para [swissinfo.ch](#). Algumas estão se recuperando de uma síndrome de burnout ou de uma depressão; outras sofrem de doenças como esquizofrenia ou transtorno bipolar.

"Quando elas nos procuram, em primeiro lugar analisamos a situação, a experiência de trabalho delas e seus pontos fortes", explica Wyss. Peter, por exemplo, tinha uma formação de 'mediamatician', alguém com uma ampla gama de habilidades - administração, informática, multimídia e marketing.

Porém, seus problemas o impediram de seguir uma carreira. Ele chegou a realizar alguns trabalhos ocasionais, mas nada firme, e acabou tendo que ser amparado pelo seguro desemprego e invalidez.

## Situação suíça

Em todo o mundo, uma em cada cinco pessoas sofre de um problema mental em algum momento da vida - o que pode ter um efeito devastador sobre suas perspectivas de carreira.

"Cerca de uma em cada três pessoas que recebem prestações do seguro desemprego, invalidez ou da assistência social, na Suíça, sofre de um transtorno mental", revela um relatório da OCDE publicado no início deste ano. "A taxa de desemprego das pessoas com doença mental é mais do que o dobro da taxa geral", continua o estudo.

O risco delas caírem na pobreza é menos dramático em comparação com outros países da OCDE, já que a Suíça é mais generosa nas indenizações por doença, invalidez e desemprego. E com mais psiquiatras per capita do que qualquer outro país pesquisado, o país oferece uma ampla gama de clínicas e opções de tratamento.

"Isso é uma coisa incrível aqui na Suíça. Temos diversas instituições com um trabalho muito pouco qualificado. Porém, muitas pessoas com problemas de saúde mental são bem inteligentes e qualificadas", diz o psiquiatra Niklas Baer, coautor do estudo da OCDE. Baer é o chefe do departamento de reabilitação dos serviços psiquiátricos públicos do cantão de Basileia.

De acordo com Baer, o apoio ao emprego que enquadra novamente as pessoas em trabalhos "normais" faz mais sentido, já que as pessoas são capazes de procurar um trabalho mais adequado a suas qualificações. É o caso de programas como o JCP, mas a oferta varia dependendo do cantão.

## Ponto crucial

Para Peter, deixar o seu vício em drogas e desistir do álcool foi um ponto crucial. Ele passou alguns testes de aptidão administrados pelas autoridades do seguro de invalidez. Em seguida, um assistente social o encaminhou para o programa JCP.

O programa JCP tem três fases, com a primeira parte focada em encontrar um emprego e se acostumar novamente com o ritmo de estrutura de trabalho diário. Esta fase - que dura seis meses - é financiada pelo seguro de invalidez.

"Meu conselheiro do JCP me ajudou a encontrar um estágio bem rápido. Ele também me ajudou a preparar meu novo currículo, porque era aí que eu realmente tinha problemas. Eu não conseguia escrever as cartas de candidatura", disse Peter. Após o estágio em uma instituição cultural, foi-lhe oferecido um emprego temporário na casa de repouso.

O empregador paga um salário de incentivo, que pode ser melhorado com outros auxílios. Se tudo correr bem, a pessoa pode conseguir uma posição permanente com um salário mensal - como no caso de Peter.”

### **Um empregador fala**

*Por Susan Misicka*

*"Nós somos uma instituição social e eu acho que faz parte da nossa missão dar uma chance às pessoas que passaram por um momento não tão fácil na vida"*

## **Estigma**

“Em alguns países, já existem há décadas programas de apoio ao emprego. Quando eles começaram a aparecer na Suíça, na década de 1990, causaram sensação.

"Foi realmente uma revolução. As pessoas tinham a ideia de que se você tivesse um transtorno mental, você não podia trabalhar, pois você não era estável nem confiável. O estigma ainda é predominante, mas acho que isso está mudando agora", diz o psiquiatra Baer.

Para Wyss, convencer os empregadores a contratar alguém com um problema de saúde mental pode ser difícil, apesar do fato do investimento inicial ser mínimo.

"A coisa mais frustrante é quando dizem coisas como, 'Não precisamos de ninguém assim'", conta Wyss, que acrescenta: "Eu gostaria que as pessoas tivessem um mínimo de compreensão. Isso poderia acontecer comigo ou com qualquer outra pessoa".

"O empregador tem que ter um pouco de paciência", admite a conselheira. "Talvez a pessoa não possa trabalhar em tempo integral, ou não atinja 100% dos resultados".

## **Trabalhar bem**

De acordo com Baer, o trabalho é a coisa "mais importante" para a saúde mental. "Não é só pelo dinheiro, mas pelo sentimento de identidade social, estrutura e sentir-se útil".

Baer disse que embora a reintegração seja uma questão importante, não é a única coisa que deve ser considerada pela sociedade.

"Muitos beneficiários realmente gostariam de trabalhar, mas não devemos colocar toda a energia nisso. Manter o trabalho e intervir cedo também é muito importante. Devemos fazer muito mais. A maioria das pessoas com problemas de saúde mental ainda estão trabalhando, e precisamos intervir muito mais cedo", disse para [swissinfo.ch](http://swissinfo.ch).

O relatório da OCDE recomenda que "os empregadores devem ter mais responsabilidade para lidar com problemas de saúde mental no local de trabalho e trabalhar

em conjunto com os planos de saúde" e observa que o acompanhamento poderia reduzir o absentismo.

### **E o que dizer da tensão sentida no trabalho?**

"Os psiquiatras não se concentram o suficiente sobre os problemas relacionados com o trabalho de seus pacientes. Eles devem se concentrar mais no trabalho e não apenas vê-lo como estressante, mas como algo bom para a saúde mental", disse Baer. "Eu acho que nesse ponto os psiquiatras podem melhorar e fazer a diferença".

Graças ao apoio do seu empregador, Peter pode lidar com sua carga de trabalho sem ficar estressado. Ele recomenda que as pessoas que lutam para lidar com problemas psiquiátricos no trabalho: "definem metas pequenas, você não pode simplesmente mudar de um dia para o outro. Você tem que ser paciente e apenas dar um tempo".

(\*) **Codínome: Peter**

#### ***Errando o alvo***

*230 mil pessoas na Suíça recebiam pensões de invalidez - integral ou parcial - em 2013. Destas, 102 mil eram portadoras de doença mental.*

*Entre 2012 e 2018, o governo suíço pretende reduzir o número de pensões de invalidez integrais em 12.500. Mas, como a própria Secretaria Federal de Segurança Social admitiu em 18 de agosto de 2014, ele não está no caminho certo para alcançar este objetivo.*

*Nos dois primeiros anos do período de reforma, o objetivo era cortar 4.364 pensões, mas os administradores de seguros só conseguiram cortar 2.776. Finalmente, o objetivo é fazer com que 17 mil pessoas com deficiência voltem ao trabalho no início de 2018.*

Por Susan Misicka, [swissinfo.ch](http://www.swissinfo.ch) - Adaptação: Fernando Hirschy

**Até agora, há um comentário a este artigo.**

Glaucia 28/Ago/2014 2:54

*"Sou acadêmica de Psicologia. Fiquei muito contente em ler este artigo. Tenho aprendido com meus mestres que é possível sim, fazer um trabalho de apoio aos portadores de doença mental dando condições para serem úteis a eles mesmos e aos outros. O "trabalhar" é terapêutico e pode alegrar a vida!!!"*

(Fonte: <http://www.swissinfo.ch/por/como-reintegrar-doentes-mentais-ao-mercado-de-trabalho/40571336>, data de acesso 10/12/2014)

## **2 - Retardo Mental**

Retardo mental é um estado de desenvolvimento incompleto ou inibido do intelecto, que envolve prejuízo de aptidões e faculdades que determinam a inteligência, como as funções cognitivas, lingüísticas, motoras e sociais. Sua característica essencial é o

funcionamento intelectual inferior à média, acompanhado de limitações nas habilidades de comunicação, sociais e acadêmicas, nos cuidados consigo mesmo, na vida doméstica, no uso de recursos comunitários, na auto-suficiência, no trabalho, no lazer, na saúde e na segurança. A disfunção, que sempre se manifesta antes dos 18 anos, pode ocorrer de forma isolada ou acompanhar distúrbios mentais e físicos.

## Prevalência

A taxa de prevalência na população varia de 1% a 3%, mas esse percentual é incerto, já que há uma grande variação entre os métodos usados nas pesquisas de estimativa. A ocorrência é mais comum nos países em desenvolvimento, onde é maior a incidência de lesões e anóxia (falta de oxigenação) no recém-nascido e de infecções cerebrais na primeira infância. O retardo mental também é mais freqüente no sexo masculino, na proporção de 1,5 caso para 1.

Alguns portadores de retardo mental são passivos e dependentes, enquanto outros podem ser agressivos e impulsivos. A falta de habilidades de comunicação pode predispor ao comportamento agressivo, para substituir a linguagem. A adaptação do paciente ao retardamento (funcionamento adaptativo) pode ser influenciada por vários fatores, entre eles educação, motivação, traços de personalidade, oportunidades sociais e vocacionais, transtornos mentais e condições médicas gerais. Os problemas de adaptação tendem a melhorar com esforços terapêuticos, enquanto que o QI cognitivo costuma permanecer estável.

A disfunção é classificada de acordo com o quociente de inteligência (QI) do portador, calculado por meio de testes de inteligência padronizados. Normalmente, quando a pontuação é de aproximadamente 70 ou menos, o desempenho é considerado abaixo da média. O diagnóstico de retardo mental é feito quando o indivíduo atinge uma faixa que varia de 70 a 75 para baixo, caso ele também apresente déficit significativo no comportamento de adaptação social. O distúrbio é considerado brando quando o QI varia de 50 a 69; moderado, de 35 a 49; grave, de 20 a 34; e profundo quando está abaixo de 20.

## Grau leve

Cerca de 85% dos portadores de retardo mental apresentam a forma leve do distúrbio. Nesse caso, a idade mental varia de 9 a 11 anos. Esses indivíduos apresentam dificuldades de aprendizado e têm prejuízo mínimo nas áreas sensório-motoras. Frequentemente não se distinguem das crianças sem retardo na primeira infância. No fim da adolescência, podem atingir habilidades acadêmicas equivalentes às da sexta série escolar.

Na fase adulta, esses pacientes conseguem integrar-se social e profissionalmente, adquirindo condições para um custeio mínimo das próprias despesas, mas podem precisar de supervisão, orientação e assistência, especialmente quando sob estresse social ou

econômico. Com apoio adequado, podem viver de modo independente ou em contextos supervisionados.

### **Grau moderado**

O retardo mental moderado afeta aproximadamente 10% dos portadores do distúrbio. Os adultos adquirem um desempenho equivalente ao de uma criança na faixa dos 6 aos 8 anos e precisam de assistência para viver e trabalhar em comunidade. Geralmente esses indivíduos apresentam atrasos acentuados do desenvolvimento na infância, mas podem adquirir habilidades de comunicação nesse período. Além disso, podem desenvolver capacidade adequada de comunicação e aprendizado escolar e algum grau de independência quanto aos cuidados pessoais.

Beneficiam-se de treinamento profissional e, com moderada supervisão, podem manter práticas sociais e ocupacionais. No entanto, dificilmente progredirão além do nível de segunda série. Durante a adolescência, a dificuldade no reconhecimento de convenções sociais pode interferir no relacionamento com seus pares.

### **Grau severo**

Estima-se que essa forma de retardo mental atinja de 3% a 4% dos indivíduos afetados pela disfunção. A idade mental, nesse caso, equivale à de uma criança de 3 a 5 anos. Esses pacientes têm necessidade de assistência contínua. Durante os primeiros anos da infância, não desenvolvem a fala, que pode ser desenvolvida no período escolar, bem como os cuidados elementares com a higiene.

O aprendizado escolar tem benefício limitado, limitando-se à familiaridade com o alfabeto e à contagem simples. No entanto, esses pacientes podem reconhecer visualmente algumas palavras mais importantes. Na idade adulta, são capazes de executar tarefas simples, sob supervisão. A maioria adapta-se bem à vida em comunidade, a menos que tenham uma deficiência associada que exija cuidados especializados.

### **Grau profundo**

Esta é a forma mais rara do distúrbio, que afeta de 1% a 2% dos portadores. A idade mental desses indivíduos é inferior a 3 anos. Apresentam limitações graves quanto aos cuidados pessoais, continência, comunicação e mobilidade. A maioria dos pacientes nessa condição tem uma disfunção neurológica identificada como responsável pelo retardo mental.

Durante os primeiros anos da infância, apresentam prejuízos consideráveis no funcionamento sensorio-motor. O desenvolvimento motor e as habilidades de higiene e comunicação podem melhorar com treinamento apropriado. Alguns desses indivíduos conseguem executar tarefas simples, em contextos abrigados e estritamente supervisionados.

## Fatores predisponentes

Vários fatores podem levar ao retardo mental. Em 30% a 40% dos casos, é impossível identificar a origem do distúrbio; em outros 30%, as causas estão relacionadas a problemas no desenvolvimento do feto, como desnutrição materna, infecções da mãe (sífilis, rubéola e toxoplasmose, por exemplo), uso de drogas pela gestante e doenças genéticas; aproximadamente 10% das ocorrências estão associadas a incidentes no parto ou no primeiro mês de vida do bebê – oxigenação cerebral insuficiente, prematuridade e icterícia grave, entre outros; em cerca de 5% dos casos, o retardamento irá se manifestar do 30º dia de vida até o fim da adolescência, devido a desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação global, infecções (meningoencefalites, sarampo etc), intoxicações por remédios, inseticidas ou produtos químicos, acidentes (trânsito, afogamento, choque elétrico, asfixia, quedas etc). A carência de iodo, que afeta o funcionamento da glândula tireóide, também é uma causa comum do retardo mental.

Fatores ambientais e transtornos mentais são responsáveis por aproximadamente 15-20% dos casos. Um exemplo são crianças criadas em um ambiente sem estímulos, o que prejudica o desenvolvimento mental.

Vários problemas genéticos causam retardo mental, sendo que a síndrome de Down é o mais freqüente. De cada 500 crianças que nascem, uma é portadora do distúrbio. A incidência aumenta com a gravidez em idade avançada.

Outras síndromes que provocam o retardamento são: do x frágil (segunda causa mais comum), de Angelman, de Prader-Willi, de Rubinstein-Taybi, de Kallman, de Rett, de Willians, de Turne (ausência do cromossomo do pai), de Smith-Magenis, de Lesch-Nyhan, de Klinelfelter (presença de um cromossomo sexual a mais), velocardiofacial e cri du chat, a esclerose tuberosa e a distrofia muscular de Duchene.

## Tratamento

Normalmente, os portadores de retardo mental são levados ao psiquiatra quando apresentam irritabilidade, comportamento social inadequado, hiperatividade ou agressividade. O tratamento medicamentoso visa a controlar os sintomas e o surgimento de outras doenças associadas ao retardamento. Em certos casos, é recomendável a associação à psicoterapia individual, terapia familiar ou social.

As perspectivas futuras com relação ao retardo mental dizem respeito à identificação do mecanismo genético que orienta o desenvolvimento do sistema neurobiológico. A compreensão desse funcionamento permitirá o melhor entendimento sobre a origem das disfunções cognitivas.

**Ênio Roberto de Andrade é diretor do Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.**

Contato: enio.r.andrade@uol.com.br

Para saber mais:

<http://www.psiqweb.med.br>

(Fonte: <http://www.neurociencias.org.br/pt/550/retardo-mental/>)

### 3 - Transtornos Mentais em Idosos

“A velhice é um período normal do ciclo vital caracterizado por algumas mudanças físicas, mentais e psicológicas. É importante fazer essa consideração pois algumas alterações nesses aspectos não caracterizam necessariamente uma doença. Em contrapartida, há alguns transtornos que são mais comuns em idosos como transtornos depressivos, transtornos cognitivos, fobias e transtornos por uso de álcool. Além disso, os idosos apresentam risco de suicídio e risco de desenvolver sintomas psiquiátricos induzidos por medicamentos.

Muitos transtornos mentais em idosos podem ser evitados, aliviados ou mesmo revertidos. Conseqüentemente, uma avaliação médica se faz necessária para o esclarecimento do quadro apresentado pelo idoso.

Diversos fatores psicossociais de risco também predis põem os idosos a transtornos mentais.

Esses fatores de risco incluem: perda de papéis sociais; perda da autonomia; morte de amigos e parentes; saúde em declínio; isolamento social; restrições financeiras; redução do funcionamento cognitivo (capacidade de compreender e pensar de uma forma lógica, com prejuízo na memória).

Transtornos psiquiátricos mais comuns em idosos: demência; demência tipo alzheimer; demência vascular; esquizofrenia; transtornos depressivos; transtorno bipolar (do humor); transtorno delirante; transtornos de ansiedade; transtornos somatoformes; transtornos por uso de álcool e outras substâncias.

#### Demência

Demência é um comprometimento cognitivo geralmente progressivo e irreversível. As funções mentais anteriormente adquiridas são gradualmente perdidas. Com o aumento da idade a demência torna-se mais freqüente. Acomete 5 a 15% das pessoas com mais de 65 anos e aumenta para 20% nas pessoas com mais de 80 anos.

Os fatores de risco conhecidos para a demência são: Idade avançada História de demência na família Sexo feminino

Os sintomas incluem alterações na memória, na linguagem, na capacidade de orientar-se. Há perturbações comportamentais como agitação, inquietação, andar a esmo, raiva, violência, gritos, desinibição sexual e social, impulsividade, alterações do sono, pensamento ilógico e alucinações.

As causas de demência incluem lesões e tumores cerebrais, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), álcool, medicamentos, infecções, doenças pulmonares crônicas e doenças inflamatórias. Na maioria das vezes as demências são causadas por doenças degenerativas primárias do sistema nervoso central (SNC) e por doença vascular. Cerca de 10 a 15% dos pacientes com sintomas de demência apresentam condições tratáveis como doenças sistêmicas (doenças cardíacas, renais, endócrinas), deficiências vitamínicas, uso de medicamentos e outras doenças psiquiátricas (depressão).

As demências são classificadas em vários tipos de acordo com o quadro clínico, entretanto as mais comuns são demência tipo Alzheimer e demência vascular.

### **Demência tipo Alzheimer**

De todos os pacientes com demência, 50 a 60% têm demência tipo Alzheimer, o tipo mais comum de demência. É mais freqüente em mulheres que em homens. É caracterizada por um início gradual e pelo declínio progressivo das funções cognitivas. A memória é a função cognitiva mais afetada, mas a linguagem e noção de orientação do indivíduo também são afetadas. Inicialmente, a pessoa pode apresentar uma incapacidade para aprender e evocar novas informações.

As alterações do comportamento envolvem depressão, obsessão (pensamento, sentimento, idéia ou sensação intrusiva e persistente) e desconfianças, surtos de raiva com risco de atos violentos. A desorientação leva a pessoa a andar sem rumo podendo ser encontrada longe de casa em uma condição de total confusão. Aparecem também alterações neurológicas como problemas na marcha, na fala, no desempenhar uma função motora e na compreensão do que lhe é falado.

O diagnóstico é de exclusão, isto é, só pode ser feito quando não se encontra nenhuma outra causa. A rigor, tal diagnóstico só é realizado pós-mortem, através de biópsia cerebral, na qual aparecem alguns sinais característicos e exclusivos da doença. A história do paciente e exame clínico, além das técnicas de imagem cerebral como tomografia computadorizada e ressonância magnética podem ser úteis no diagnóstico clínico.

O diagnóstico é feito com base na história do paciente e do exame clínico. As técnicas de imagem cerebral como tomografia computadorizada e ressonância magnética podem ser úteis.

O tratamento é paliativo e as medicações podem ser úteis para o manejo da agitação e das perturbações comportamentais. Não há prevenção ou cura conhecidas.

### **Demência vascular**

É o segundo tipo mais comum de demência. Apresenta as mesmas características da demência tipo Alzheimer mas com um início abrupto e um curso gradualmente

deteriorante. Pode ser prevenida através da redução de fatores de risco como hipertensão, diabete, tabagismo e arritmias. O diagnóstico pode ser confirmado por técnicas de imagem cerebral e fluxo sanguíneo cerebral.

### **Esquizofrenia (esquizofrenia e outras psicoses)**

Essa doença começa no final da adolescência ou idade adulta jovem e persiste por toda a vida. Cerca de 20% das pessoas com esquizofrenia não apresentam sintomas ativos aos 65 anos; 80% mostram graus variados de comprometimento. A doença torna-se menos acentuada à medida que o paciente envelhece.

Os sintomas incluem retraimento social, comportamento excêntrico, pensamento ilógico, alucinações e afeto rígido. Os idosos com esquizofrenia respondem bem ao tratamento com drogas antipsicóticas que devem ser administradas pelo médico com cautela.

### **Transtornos depressivos**

A idade avançada não é um fator de risco para o desenvolvimento de depressão, mas ser viúvo ou viúva e ter uma doença crônica estão associados com vulnerabilidade aos transtornos depressivos. A depressão que inicia nessa faixa etária é caracterizada por vários episódios repetidos.

Os sintomas incluem redução da energia e concentração, problemas com o sono especialmente despertar precoce pela manhã e múltiplos despertares, diminuição do apetite, perda de peso e queixas somáticas (como dores pelo corpo). Um aspecto importante no quadro de pessoas idosas é a ênfase aumentada sobre as queixas somáticas.

Pode haver dificuldades de memória em idosos deprimidos que é chamado de síndrome demencial da depressão que pode ser confundida com a verdadeira demência. Além disso, a depressão pode estar associada com uma doença física e com uso de medicamentos.

### **Transtorno bipolar (transtornos do humor)**

Os sintomas da mania em idosos são semelhantes àqueles de adultos mais jovens e incluem euforia, humor expansivo e irritável, necessidade de sono diminuída, fácil distração, impulsividade e, freqüentemente, consumo excessivo de álcool. Pode haver um comportamento hostil e desconfiado. Quando um primeiro episódio de comportamento maníaco ocorre após os 65 anos, deve-se alertar para uma causa orgânica associada. O tratamento deve ser feito com medicação cuidadosamente controlada pelo médico.

## Transtorno delirante

A idade de início ocorre por volta da meia-idade mas pode ocorrer em idosos. Os sintomas são alterações do pensamento mais comumente de natureza persecutória (os pacientes crêem que estão sendo espionados, seguidos, envenenados ou de algum modo assediados). Podem tornar-se violentos contra seus supostos perseguidores, trancarem-se em seus aposentos e viverem em reclusão. A natureza dos pensamentos pode ser em relação ao corpo, como acreditar ter uma doença fatal (hipocondria).

Ocorre sob estresse físico ou psicológico em indivíduos vulneráveis e pode ser precipitado pela morte do cônjuge, perda do emprego, aposentadoria, isolamento social, circunstâncias financeiras adversas, doenças médicas que debilitam ou por cirurgia, comprometimento visual e surdez.

As alterações do pensamento podem acompanhar outras doenças psiquiátricas que devem ser descartadas como demência tipo Alzheimer, transtornos por uso de álcool, esquizofrenia, transtornos depressivos e transtorno bipolar. Além disso, podem ser secundárias ao uso de medicamentos ou sinais precoces de um tumor cerebral.

## Transtornos de ansiedade

Incluem transtornos de pânico, fobias, TOC, ansiedade generalizada, de estresse agudo e de estresse pós-traumático. Desses, os mais comuns são as fobias.

Os transtornos de ansiedade começam no início ou no período intermediário da idade adulta, mas alguns aparecem pela primeira vez após os 60 anos.

As características são as mesmas das descritas em transtornos de ansiedade em outras faixas etárias.

Em idosos a fragilidade do sistema nervoso autônomo pode explicar o desenvolvimento de ansiedade após um estressor importante. O transtorno de estresse pós-traumático freqüentemente é mais severo nos idosos que em indivíduos mais jovens em vista da debilidade física concomitante nos idosos.

As obsessões (pensamento, sentimento, idéia ou sensação intrusiva e persistente) e compulsões (comportamento consciente e repetitivo como contar, verificar ou evitar ou um pensamento que serve para anular uma obsessão) podem aparecer pela primeira vez em idosos, embora geralmente seja possível encontrar esses sintomas em pessoas que eram mais organizadas, perfeccionistas, pontuais e parcimoniosas. Tornam-se excessivos em seu desejo por organização, rituais e necessidade excessiva de manter rotinas. Podem ter compulsões para verificar as coisas repetidamente, tornando-se geralmente inflexíveis e rígidos.

## Transtornos somatoformes

São um grupo de transtornos que incluem sintomas físicos (por exemplo dores, náuseas e tonturas) para os quais não pode ser encontrada uma explicação médica adequada e que são suficientemente sérios para causarem um sofrimento emocional ou prejuízo significativo à capacidade do paciente para funcionar em papéis sociais e ocupacionais. Nesses transtornos, os fatores psicológicos são grandes contribuidores para o início, a severidade e a duração dos sintomas. Não são resultado de simulação consciente.

A hipocondria é comum em pacientes com mais de 60 anos, embora o seja mais freqüente entre 40 e 50 anos. Exames físicos repetidos são úteis para garantirem aos pacientes que eles não têm uma doença fatal. A queixa é real, a dor é verdadeira e percebida como tal pelo paciente. Ao tratamento, deve-se dar um enfoque psicológico ou farmacológico.

## Transtornos por uso de álcool e outras substâncias

Os pacientes idosos podem iniciar um quadro de dependência à uma droga ou um remédio, devido à automedicação. Por exemplo, um senhor que torna um hábito beber uma dose de álcool todos os dias para relaxar, ou então uma senhora que ao passar por uma situação de maior ansiedade, como a perda ou morte de algum conhecido ou familiar, inicia o uso de medicamentos sedativos a fim de não se sentir tão mal.

A dependência de álcool, geralmente, apresenta uma história de consumo excessivo que começou na idade adulta e frequentemente está associada a uma doença médica, principalmente doença hepática. Além disso, a dependência ao álcool está claramente associada a uma maior incidência de quadros demenciais.

A dependência de substâncias como hipnóticos, ansiolíticos e narcóticos é comum. Os pacientes idosos podem abusar de ansiolíticos para o alívio da ansiedade crônica ou para garantirem uma noite de sono. A apresentação clínica é variada e inclui quedas, confusão mental, fraca higiene pessoal, depressão e desnutrição.

Uma particularidade de tais dependências nesses pacientes é que tanto os medicamentos sedativos quanto o álcool estão relacionados com maior número de quedas e fraturas, o que reduz significativamente a expectativa de vida do idoso após o incidente.”

### COLABORADORAS

**Dra. Alice Sibile Koch**

**Dra. Dayane Diomário da Rosa**

Leia Mais: [Transtornos Mentais Em Idosos | ABC da Saúde](http://www.abcdasaude.com.br/psiquiatria/transtornos-mentais-em-idosos#ixzz3LXt1FXsD)  
<http://www.abcdasaude.com.br/psiquiatria/transtornos-mentais-em-idosos#ixzz3LXt1FXsD>

(c) Copyright 2001-2014 - ABC da Saúde Informações Médicas Ltda

(Fonte: <http://www.abcdasaude.com.br/psiquiatria/transtornos-mentais-em-idosos~>, data de acesso 10/12/2014)

## 4 - Inclusão escolar da criança e do adolescente com deficiência intelectual: sob a visão social

(\*)Luciana de Oliveira

Bacharel em Serviço Social. Assessora dos Projetos Sociais da APAE Betim.

(\*\*) Lúcio Mauro dos Reis

Professor da UNIPAC Betim. Psicólogo- Analista de Pesquisa e Projetos do Instituto

(\*\*\*)Ester Assumpção. Mestre em Educação pela UEMG. Especialista em Psicopedagogia.

Av. Arthur Trindade, 128 B. N. Sra de Fátima Betim/MG

31 8685 7517

ludeoliveira2005@yahoo.com.br

### 1 Introdução

“A inclusão escolar propõe um olhar específico, não somente para aquele com deficiência, mas para cada aluno. Posto que, a inclusão promove a diversidade das diferenças e a igualdade de tratamento reforça os direitos do aluno cidadão. Desta forma, os alunos com deficiência podem frequentar as salas de aula em comum com os demais alunos. Cabe a escola se adaptar para atendê-los de forma eficiente, independente do seu grau de comprometimento. A construção dessa reforma educacional inclui a participação de todos: alunos com ou sem deficiência e toda a comunidade escolar, efetivando o conceito de educação inclusiva e reforçando o direito de cidadania. Defende Sánchez (2005), “não basta que os alunos com necessidades especiais estejam integrados às escolas comuns, eles devem participar da vida escolar e social dessa comunidade escolar”. A inclusão é um processo, portanto, um conjunto de ações construídas coletivamente.

Segundo Neri (2003), a palavra inclusão na educação tem dois significados distintos. Um é a igualdade de oportunidades no aprendizado e a outra é o conceito de educação inclusiva. O autor explica que o primeiro significado se refere “ao acesso físico à escola, desenvolvimento de atividades educacionais que estimulem as aptidões culturais, artísticas e laborais das pessoas com deficiência”. E ressalta que neste espaço, a educação especial também atende. No entanto, o conceito de Educação Inclusiva remete à “criação de uma escola onde pessoas com e sem deficiência possam conviver e estudar em ambientes onde os indivíduos aprendam a lidar com a diversidade e com a diferença”.

É fato que a sociedade passa a ser inclusiva com a efetivação da inclusão escolar, como explana Sasaki (2005), em seu livro “Inclusão: Construindo Uma Sociedade Para Todos”. Uma sociedade que se promova mais humana em detrimento da luta de classes e interesses antagônicos, conceitos de Marx, que ainda imperam a composição do sistema capitalista brasileiro. Inclusão escolar e social propõe uma sociedade igualitária, citada na

Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), em seu artigo 1º “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade”.

A inclusão escolar pode obter resultados positivos até mesmo no enfrentamento da desigualdade social, tão combatida e ainda persistente no Brasil. Sendo assim, poderá amenizar os conflitos sociais oriundos da construção de valores como discriminação, preconceito e intolerância social. Portanto, a inclusão social corrobora também para a emancipação de valores morais.

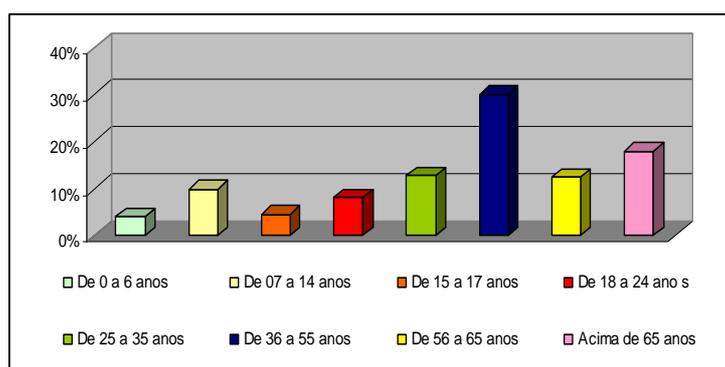
Uma forma de solucionar a dificuldade que as escolas estavam encontrando foi à criação do atendimento educacional especializado dentro nas escolas. Segundo o MEC, o atendimento educacional especializado é uma nova interpretação da educação especial, que antes substituía o ensino comum para alunos com deficiência. O Atendimento Educacional Especializado é direcionado e busca potencializar as habilidades e capacidades do aluno deficiente, considerando suas limitações. Esse atendimento passou a complementar a formação desse aluno, sendo em contra turno das aulas na escola comum, garantindo o direito da pessoa com deficiência em freqüentar a escola comum.

Para entender melhor o que acontece na sociedade em relação à pessoa com deficiência intelectual, buscou-se saber na escola como se inicia este processo, considerando o conceito de Saretto (2008), o qual fala da escola como um local privilegiado e muitas vezes único. É nesse espaço, onde de fato, os sujeitos de sua própria educação, quaisquer que sejam as suas limitações, podem fazer a experiência fundamental e absolutamente necessária para o exercício da cidadania, em toda a sua plenitude. E nesse sentido buscou-se refletir sobre as possibilidades para a efetivação da inclusão escolar e social da criança com deficiência intelectual.

## **2 Contexto e Metodologia**

Segundo Mantoan (2007), a pessoa com deficiência intelectual é quem mais sofre com o preconceito da sociedade no país. Conforme o Instituto Ester Assumpção, Mapa de Betim - Perfil da Pessoa com Deficiência - 2005, em Betim a deficiência intelectual é a segunda maior prevalência de deficiência. Neste sentido é salutar o enfrentamento a esta discriminação. Entre essa população aproximadamente 15% estão na faixa etária de 07 à 17 anos. Constituindo a faixa escolar do 1º ano do 1º ciclo ao 3º ano do ensino médio. Como mostra o GRAF. 1 abaixo.

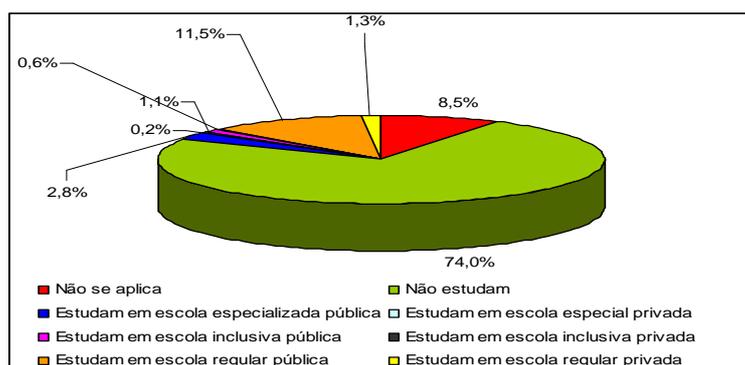
## GRÁFICO 1: Pessoas com deficiência por faixa de idade escolar



Fonte: Instituto Ester Assumpção, Mapa de Betim - Perfil da Pessoa com Deficiência, 2005.

Dentre as pessoas em qualquer faixa escolar apenas 11,5% estudam em escola regular pública em Betim, e 74% não estudam em escola alguma (GRAF.2). Esses dados vêm alarmar o poder público para a necessidade de uma política pública no município que atenda a este público específico. Cabe a esse indicador, uma pesquisa para desvendar os motivos que levam a este percentual discrepante e intimidante.

## GRÁFICO 2: Pessoas com deficiência que estudam atualmente

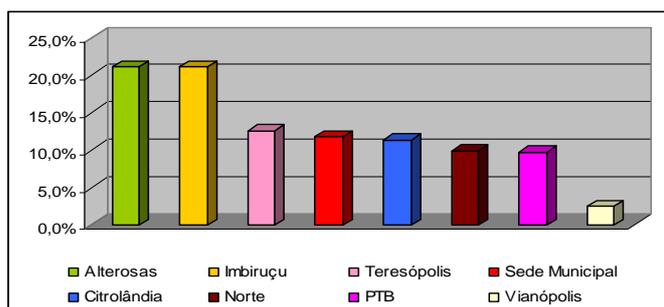


Fonte: Instituto Ester Assumpção, Mapa de Betim - Perfil da Pessoa com Deficiência, 2005

Na pesquisa realizada foi verificado se a inclusão escolar de crianças e adolescentes com deficiência intelectual possibilita avanços na sua vida social, sob a hipótese de que a convivência coletiva com seus pares iria promover seu reconhecimento como cidadão.

O gráfico abaixo apresenta a distribuição de pessoas com deficiência no Município, sendo que as regiões Alterosas e Imbiruçu concorrem com o mesmo percentual (21,1%) de pessoas com deficiência. Desta forma, a região definida para realizar a pesquisa foi a Alterosas.

### GRÁFICO 3: Pessoas com deficiência por região administrativa de Betim



Fonte: Instituto Ester Assumpção, Mapa de Betim - Perfil da Pessoa com Deficiência, 2005

Essa pesquisa foi realizada por meio de entrevistas semi-estruturadas, constituídas de questões abertas, favorecendo o aprofundamento das respostas e a observação do contexto em que estão inseridos os entrevistados. O foco foi alunos com deficiência intelectual matriculados em duas escolas públicas no município de Betim, sendo uma da rede municipal de ensino e outra da rede estadual. Na tabela 1, segue a distribuição dos alunos por idade.

TABELA 1

Distribuição de alunos por idade

Aluno	Idade	Sexo	Período escolar
Aluno 1	12	Feminino	1º ano do 2º ciclo
Aluno 2	12	Feminino	2º ano do 2º ciclo
Aluno 3	12	Masculino	2º ano do 2º ciclo
Aluno 4	14	Masculino	2º ano do 2º ciclo
Aluno 5	17	Masculino	1º ano do ensino médio
Aluno 6	17	Masculino	1º ano do ensino médio

Notas gerais: coleta de dados

As entrevistas foram multiplicadas a três sujeitos de pesquisa por aluno: o próprio aluno com deficiência intelectual, um professor e o responsável pelo aluno. As escolas foram contatadas e por meio destas, as famílias. As entrevistas foram realizadas em locais escolhidos pelos entrevistados, prevalecendo seus domicílios. E a todos eles foram apresentados termos de consentimento da entrevista, os quais foram assinados pelos mesmos. A pesquisa foi desenvolvida durante o 2º semestre de 2009, a partir de agosto, com leituras e revisão literária, e somente em outubro, as entrevistas foram iniciadas e finalizadas em novembro, assim como toda a pesquisa. A metodologia principal utilizada na análise das entrevistas foi qualitativa. Buscou-se com esta pesquisa: a) identificar o nível de inclusão escolar nas escolas por meio do conhecimento e intimidade dos professores com o tema inclusão e expectativas para o aluno com deficiência intelectual; b) Conhecer a participação do aluno com deficiência intelectual na comunidade escolar; c) Verificar a

contribuição da família para a autonomia e independência da pessoa com deficiência intelectual; d) refletir sobre as possibilidades de inclusão social para esse público.

### 3 Análise dos Dados

#### Breve histórico dos alunos

ALUNO 1 - Chegou à escola aos 7 anos e também estudava na APAE no contraturno. Saiu nesse ano (2009), a mãe dizia que estava regredindo comportamentalmente e quando mudou para a APAE Rural ficou com medo devido ao espaço ser muito aberto. Quando estava na APAE, sabia reconhecer e juntar letras, e hoje não sabe mais. Tem bom relacionamento com os alunos que são muito carinhosos com ela. Ela grita muito na escola e quando percebe que a professora lhe dá pouca atenção, falta as aulas (SIC).

ALUNO 2 - Chegou a escola aos 7 anos, hoje (2009) está com 12 e ainda não interage com outros alunos, fica o tempo todo junto da prima que estuda na mesma sala. É muito tímida e a família não permite que se relacione com outras pessoas da escola ou da rua. Fala trocando palavras. Gosta de brincar (sozinha) de dar aulas (SIC).

ALUNO 3 - Muito agitado, se relaciona com alguns alunos através de brincadeiras, inclusive na sala de aula, dispersando a atenção dos alunos. Porém, tem dificuldade de se relacionar de outras formas. Anda muito na sala de aula. Não consegue quietar e atrapalha a turma. Não gosta quando precisa faltar de aula. Participa do PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil e gosta muito (SIC).

ALUNO 4 - Chegou à escola com 7 anos, não teve dificuldades para interação com os alunos nem professores, faz amizades com facilidade. Aos 10 anos passou a estudar também na APAE, e saiu no 2º semestre de 2009, porque se sentia cansado. Participa bem das aulas na parte oral e de Ensino Religioso, mas apresenta dificuldades em Português e Matemática (SIC).

ALUNO 5 - Muito agitado, chegou à escola encaminhado por outra escola comum, ao concluir a 9ª série. Implica com os alunos e interfere nas aulas. É lento. Fica fora da sala. Não acompanha a turma. As avaliações eram feitas na biblioteca para não atrapalhar outros alunos. Escreve bem (letra bonita), apesar de muitos erros de ortografia, lê perfeitamente. Apresenta dificuldades em matemática, disciplina mais cobrada pelo pai. Tem ansiedade para trabalhar. Faz bicos como ajudante de pedreiro (SIC).

ALUNO 6 - Aluno pacato. Não enturmava, não respondia aos estímulos do professor. Mas também não causava transtorno. Não consegue se expressar, não comenta o que entende. Mas sempre tentava fazer as atividades, mesmo que errado (SIC).

## Análise e respostas

O Quadro 1 a seguir apresenta as respostas dos pais em relação a resultados da inclusão escolar do filho (Respostas de perguntas elaboradas improvisadamente).

### QUADRO 1

#### Respostas dos pais

%	Respostas
100%	Não passaram por dificuldades para efetivação da matrícula.
100%	Os filhos conquistaram boa auto-estima, gostam de se arrumar e de se olhar no espelho.

O Quadro 2 a seguir apresenta as respostas dos professores em relação à inclusão de alunos com deficiência em sua sala de aula (Respostas de perguntas elaboradas improvisadamente).

### QUADRO 2

#### Respostas dos professores

%	Respostas
100%	Já receberam mais de 10 alunos com deficiência até os dias atuais (2009).
100%	Não se sentem preparados profissionalmente para receberem alunos com deficiência.
100%	Não demonstraram rejeição aos alunos com deficiência.
100%	Os alunos estão na escola apenas para socialização e que não há desenvolvimento cognitivo ou pedagógico desses alunos.
100%	A inclusão só funciona na Lei, porque na prática é diferente.
83,3%	É necessário profissionais qualificados na escola para suporte ao professor (pedagogo com especialização em educação inclusiva, estagiários capacitados).
66,6%	É importante o atendimento especializado ao aluno. Desta forma o aluno teria mais possibilidades de desenvolvimento.
50%	A família não reconhece a deficiência do filho e a necessidade de acompanhamento profissional.

## Respostas direcionadas:

Apresenta-se a seguir tabelas e gráficos para ilustrar as respostas coletadas conforme os pontos abordados nas entrevistas.

**TABELA 2**

## Entrevista com Professores

<b>Categorias</b>	<b>Respostas</b>	<b>%</b>
Resultados proporcionados pela escola na vida social do aluno deficiente	O resultado é positivo sob o aspecto social (são beneficiados pelo relacionamento, mas não é o suficiente para resolver o problema).	100%
Avaliação sobre a participação dos pais na vida escolar dos filhos	A participação dos pais é regular e alguns têm dificuldades (de entendimento) para acompanhar os filhos.  A participação dos pais é boa, participam de reuniões e fazem perguntas.	50%  50%

**TABELA 3**

## Entrevista com Pais

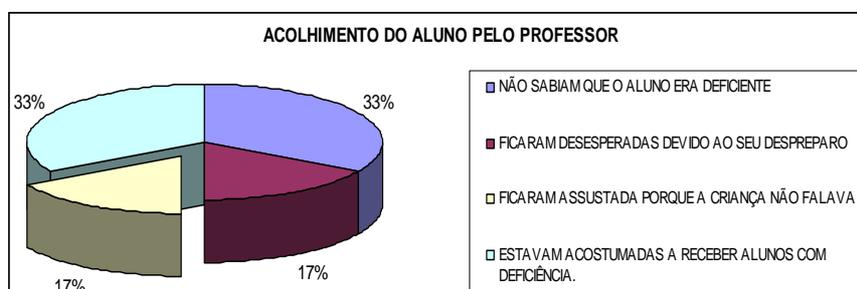
<b>Categorias</b>	<b>Respostas</b>	<b>%</b>
Resultados proporcionados pela escola na vida social do aluno deficiente	Resultados positivos.	66,6%
	Resultados insignificantes.	16,6%
	Não souberam responder.	16,6%
Ciclo de amizades dos filhos	Na rua onde mora e na igreja.	50%
	Entre os familiares.	33,3%
	Na escola.	16,65%
Rotina dos filhos	Vão para a escola e ficam em casa.	66,6%
	Vão para a escola e fazem bico (trabalho informal).	16,6%
	Vão para a escola e para o PETI.	16,6%
Avaliação dos pais sobre a escola referente o desenvolvimento social do filho	Podéria ser melhor	66,6%
	Regular.	16,6%
	Bom.	16,6%
Lazer em família	Visitam familiares.	16,6%
	Frequentam Igreja.	16,6%
	Frequentam Igreja e visitam familiares.	16,6%
	Frequentam Igreja e parques.	16,6%
	Frequentam Igreja e Shopping.	16,6%

**TABELA 4**

Entrevista aos Alunos

<b>Categorias</b>	<b>Respostas</b>	<b>%</b>
Interesse pela escola	Gostam da escola	16,6%
	Gostam do(a)s professor(a)(s).	66,6%
	Gostam dos colegas.	16,6%
Amizades na escola	Têm muitos amigos na escola.	33,3%
	Têm apenas um amigo na escola.	33,3%
	Não têm amigos na escola	33,3%
Lazer preferido	Jogar futebol com os amigos.	33,3%
	Assistir televisão.	16,6%
	Ouvir música.	16,6%
	Frequentar Igreja.	16,6%
	Desenhar.	16,6%

**GRÁFICOS:**



**GRÁFICO 4 - Acolhimento do aluno pelo professor**



## GRÁFICO 5 – Participação do aluno em eventos na escola



## GRÁFICO 6 – Perspectivas de Futuro para o aluno na visão do professor



## GRÁFICO 7 – Perspectivas de Futuro para o aluno na visão dos pais

### Discussão dos dados

Muitos estudiosos debatem sobre a necessidade de começar a inclusão de alguma forma, sendo preciso resgatar a cidadania destas pessoas que ficaram anos à margem da sociedade. As diversas Declarações, Leis e Políticas Públicas embasam a prática da inclusão. Porém, esta, de fato ainda não acontece necessariamente nas escolas. O que existe é a boa vontade de alguns professores, que mesmo cansados e atrelados com seu excesso de trabalho se propõem a ver o aluno deficiente como cidadão dotado de direitos. No entanto, as escolas não têm recursos pedagógicos suficientes e nem apoio governamental para capacitação destes profissionais. A frustração do professor é visível. Os alunos percebem esta dificuldade do professor e não associam a escola com o valor educacional. Apesar de também não perceberem o valor adquirido como preparação para a vida. Segue depoimentos de professores:

*“Se agente só incluir o aluno na escola, estaremos fazendo outro tipo de exclusão. Não dá para entender a proposta da inclusão. Você exclui duplamente: 1º) O professor, porque não dá conta. Fico frustrada. Às vezes dou atividades sem saber se é o correto. 2º) O aluno, porque exclui a possibilidade de estar no ensino especializado e aprender o que precisa” (depoimento de uma*

*professora do 1º ano do 2º ciclo). “A escola fez de tudo, mas tem que ter a interação da família. Gostaria que houvesse outra maneira de ajudar mais os alunos. A família não deve nunca desistir de buscar atividades para ‘prender’ o tempo e amenizar a ansiedade dele” (depoimento de uma professora do 1º ano do ensino médio).*

No quesito socialização, observou-se que todos os alunos com deficiência, com exceção de uma aluna, se interagem com os demais alunos. No intervalo de aula conversam, brincam e até paqueram. E no quesito contribuição do professor em relação à inclusão do aluno, constatou-se que os professores em sua maioria apresentam total desconhecimento e desatualização sobre o tema inclusão escolar e práticas pedagógicas alternativas. Apesar de não haver apoio governamental, a informação atualmente é acessível àquele que por ela buscar.

Uma professora cita que uma aluna, de 12 anos, com deficiência intelectual, quando sente que a professora está dando menos atenção a ela, passa a faltar às aulas. Não seria essa atitude da menina uma forma de alerta para a exclusão que sente? Ser ignorada na sala de aula? Nesse caso, um dos pesquisadores, presenciou uma cena que ilustrou exatamente essa ação da professora em relação à aluna supracitada.

O Plano Nacional de Educação – PNE, Lei nº 10.172/2001, destaca que “O grande avanço que a década da educação deveria produzir seria a construção de uma escola inclusiva que garanta o atendimento à diversidade humana”. As escolas cumprem a Lei, aceitam a matrícula dos alunos, porém, não conseguem oferecer ao aluno com deficiência intelectual o que ele foi buscar como primazia, o aprendizado educacional. Portanto, o aluno continua em um mundo segregado, pois o seu universo é diferente dos demais alunos da mesma classe. Com base na pesquisa realizada foi constante a reclamação dos professores pela falta dos estagiários que ainda não receberam no ano de 2009. Contudo, a preocupação desses professores não é exatamente com o aprendizado do aluno deficiente, mas sim em ter mais tranquilidade para cumprir a ementa exigida pela escola dentro do prazo previsto sem que sejam “atropelados” pelos inconstantes do aluno com deficiência intelectual.

Um fator curioso observado foi que todos os alunos pesquisados estão incluídos nas escolas comuns desde o início de sua idade escolar. Mesmo aqueles que passaram por experiência na APAE, estas foram concomitantes. E ainda sim, as escolas não se lapidaram à educação inclusiva. Ou seja, se a ressalva dos professores é de que não estão preparados, ou que foram “pegos” de surpresa, mesmo já trabalhando com alunos com deficiência há pelo menos seis anos, conforme foi comprovado durante esta pesquisa, parece estranho não terem adquirido experiência e conteúdo para trabalharem com esses alunos. A repetição desses fatos vêm refletir diretamente no desenvolvimento social dos alunos com deficiência intelectual. Sendo que, se não aprendem a ler e escrever, o que é o básico para qualquer pessoa, provavelmente terão dificuldades em se capacitarem para o mercado de trabalho e

principalmente para concorrerem neste mercado, resultando em mais uma exclusão e desigualdade social persistente.

Nas entrevistas realizadas, principalmente com os estudantes com deficiência intelectual, percebeu-se que eles estão conformados com o lugar que lhes foi reservados. E não contam com estímulos para a compreensão de suas possibilidades. Não têm expectativas de sua participação política, principalmente na defesa de seus direitos, reforçando as palavras de Sattoreto, a escola é um lugar privilegiado que pode (*grifo nosso*) possibilitar experiências enriquecedoras de cidadania. É frustrante reconhecer que esse equipamento social transformador está sendo pouco valorizado para promoção dos alunos com deficiência intelectual.

Os professores entrevistados apresentaram desconhecimento sobre o processo de inclusão escolar, apesar de trabalharem há anos com crianças e adolescentes com deficiência. Reclamam da capacitação não existente. Não despertam interesses em pesquisas de práticas pedagógicas por conta própria e não cobram da coordenação pedagógica recursos para trabalharem em sala com este aluno.

Os pais por sua vez, ao matricularem seus filhos na escola, entregam o “problema” à escola e acreditam que esta é quem tem a responsabilidade de preparar seu filho para a vida. Ao perceberem que a escola não tem a mínima condição para tal, se revoltam, contudo nada fazem. O discurso dos pais é de que o governo deveria oferecer um recurso educacional apropriado dentro da escola para que os alunos pudessem aprender. O fato é que esses pais, em sua maioria, não têm formação acadêmica para ajudar seus filhos e não conseguem compreender como a escola, que deveria ter profissionais qualificados para desempenhar esse papel, tem o desprendimento (falta de interesse) em dar aos seus filhos o mínimo necessário à eles: a alfabetização e o raciocínio matemático (sentimento expressado pelos pais). Esses pais, no entanto, são agradecidos (não reconhecem como direito) pela escola, na pessoa dos profissionais, por darem aos seus filhos a oportunidade de estarem junto dos outros alunos, fazerem amizades e se desenvolverem enquanto independência e autonomia. A maioria dos pais disse que com a participação na escola, os filhos conseguem argumentar quanto ao seu interesse pessoal e convencê-los. Como na compra de um presente, na escolha de um programa de televisão, na roupa para se vestirem, na forma de pentear os cabelos, dentre outros.

Ainda sim, os pais não perceberam esta construção em seus filhos que já são bem maiores. E só não são desempenhadas por descréditos dos pais ou superproteção. Os filhos sabem seu nome completo, dos pais, endereço. Conhecem o bairro onde moram e os seus diversos tipos de serviços (comércio), ruas próximas, ônibus. Falam sobre namoro e trabalho, (nesse caso somente os meninos). Apesar dos filhos já terem passado por algum tipo de acompanhamento psicológico ou psiquiatra, os pais se referem à deficiência intelectual como “um probleminha de cabeça” e que com isso não conseguem aprender.

Não tem o entendimento da necessidade de estímulo ao filho e portanto não sabem como ajudá-lo.

De acordo com a pesquisa foi possível perceber que os alunos com deficiência intelectual pouco participam dos eventos promovidos pelo corpo pedagógico da escola. Esses alunos ainda são muito tímidos, parecem se sentirem inferiorizados e se isolam em certos momentos, como na participação em evidência. Contudo, existem aqueles que se sobressaem exatamente nesse momento. Gostam de esportes e querem se promover a partir desse instrumento. São os alunos mais agitados que não se contêm aos limites da sala de aula.

Um fator que merece destaque é a utilização do laboratório de informática. Todos os alunos gostam desse contato e se exploram na curiosidade dessa ferramenta, apontando como um recurso valiosíssimo para as práticas pedagógicas. Os pais não encontram tempo para oferecer aos seus filhos, cursos de informática, maior interesse dos filhos entrevistados ou inseri-los em programas sociais como o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) ou em esportes diversos oferecidos no Horto Municipal de Betim ou em outros programas locais de esportes e cultura, todos oferecidos gratuitamente pelo município. A maioria dos deficientes entrevistados apenas vai à escola e no restante do dia ficam com o tempo ocioso, já que nem atividades escolares levam para casa. A família em seu importante papel de promover socialmente o filho com deficiência intelectual não se reconhece como tal. O exposto nessa pesquisa em relação aos pais confirma o conceito de aceitação de Cortez (1996), ao falar sobre a diferença entre aceitar e assumir. Os pais em questão aceitaram que o filho tem deficiência, conseguiram conviver com esse fato, porém ainda não assumiram que é preciso ser mais ativo na vida dos filhos para que esses possam assumir seu empoderamento. Sob a reflexão da fala de Buscaglia (1993), é salutar que as famílias busquem apoio social, preferencialmente na comunidade local. Isso contribuiria para que não venham se abater pelas dificuldades impostas pela condição de se ter um filho com deficiência, sendo ela, a condutora na evolução social do filho precisa estar mais preparada, confiante e sempre alerta às oportunidades ofertadas para o público com deficiência.

Vale a pena ressaltar que dentre as famílias entrevistadas, apenas um pai é participante politicamente na sua comunidade. A maioria não tem interesse e esperam que o governo faça tudo por eles, sem precisar lutar politicamente por isso. Não têm nem mesmo a referência de um representante parlamentar que defenda os direitos da pessoa com deficiência. A alienação é inabalável nesse público, uma vez que vivem com sua visão endógena e não se empenham em ampliá-la. Acreditam ser tudo muito difícil, o que provavelmente deve ser. Porém, para que se faça algo em defesa da pessoa com deficiência intelectual é fundamental a participação da mesma ou da família.

## 4 Considerações Finais

Essa pesquisa foi realizada sob a hipótese de que a escola comum promove na criança e no adolescente com deficiência intelectual, por meio do convívio coletivo o reconhecimento como cidadão e a interação social com seus pares. Sendo assim, ressalta os resultados sociais na vida de crianças e de adolescentes com deficiência intelectual. Contudo, o que foi apurado é que essas crianças e adolescentes continuam à margem da sociedade, a diferença é que atualmente é feita de forma velada. As discussões apresentadas na pesquisa remetem a uma questão emergente e urgente: o direito da pessoa com deficiência intelectual de ter acesso a um aprendizado educacional que viabilize seu desenvolvimento como cidadão nos aspectos sociais, políticos e econômicos. O direito à matrícula está garantido, as escolas não recusam a matrícula do aluno com deficiência intelectual (salvo exceções), porém, também nada fazem para que esse aluno conclua um período com resultados esperados alcançados. Não têm metas e nem planejamento curricular que alcancem o aprendizado para esse aluno. É notável, portanto, a necessidade de acesso à informação e sensibilização das famílias de pessoas com deficiência quanto à relevância de sua participação política, apesar de suas dificuldades cotidianas.

É importante ressaltar no resultado do trabalho de uma equipe educacional, o respeito ao ser humano, valorizando suas especificidades e eliminando atitudes de caridade realizadas antes pelos profissionais da educação. É salutar à inclusão social e à “Escola Para Todos” a contribuição de uma equipe multidisciplinar que ricamente envolva técnicos como assistente social, pedagogo, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e outros. Esses profissionais em sua troca de saberes poderão alcançar soluções para o desenvolvimento do aluno em todas as áreas, ou seja, física, intelectual, emocional, psicológica e social com foco na formação educacional e social desses alunos. Uma proposta para essa inclusão social é que os profissionais envolvidos se organizem em grupos de estudos com autonomia para identificar e descobrir juntos (em alguns momentos com a participação dos pais) qual a melhor forma de trabalhar com essas crianças fomentando o aprendizado e a inclusão social. Essa metodologia traria reconhecimento pessoal para cada profissional e satisfação em alcançar resultados positivos inerentes a sua especialidade, vivência e reflexão. A inclusão social não é um esforço só da pessoa com deficiência é preciso a participação ativa da sociedade e não existe uma receita para se trabalhar com a pessoa com deficiência. É necessário lembrar que são pessoas, sujeitos de direitos e sua individualidade tem que ser respeitada. A capacitação do profissional, mesmo que pedagógica, é de instrução, o “saber fazer” vem do dia-a-dia com a criança e o envolvimento de toda a comunidade escolar é que irá fazer diferença para a sociedade inclusiva. Portanto, se faz essencial a união de forças para a construção de um novo conceito (envolvimento) de inclusão escolar e social.

A presente pesquisa alcançou seus objetivos propostos que foram de conhecer a realidade social dos alunos com deficiência intelectual; apresentar os efeitos sociais provocados pela inclusão escolar na vida desses alunos, e contribuir para a ruptura do estereótipo da pessoa com deficiência intelectual. Entretanto a sua hipótese foi parcialmente confirmada, ou seja, a escola promove a interação dos alunos com deficiência intelectual com seus pares na efetivação de sua matrícula. Porém, não realiza nenhum tipo de trabalho que promova o entendimento de cidadania desses alunos. E os pais, por sua vez, também não conseguem ajudar seus filhos, promovendo sua autonomia e independência. Pelo contrário, muitos pais preferem manter seus filhos sob sua proteção. Consta-se, portanto que a inclusão escolar ainda é parcial. Não obstante é importante considerar que esse momento é parte de um processo, o qual depende do interesse de cada um para acelerar ou retardar sua efetivação.”

#### REFERÊNCIAS

- BRASIL. *Declaração Universal dos Direitos Humanos*, 1948. Brasília. Disponível em: < [http://www.mj.gov.br/sedh/ct/legis\\_intern/ddh\\_bib\\_inter\\_universal.htm](http://www.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm) > Acessado em 30 de agosto de 2009.
- BRASIL. Ministério da Educação. *Lei nº 10.172 de 09 de janeiro de 2001. Plano Nacional de Educação*. Disponível em: < [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110172.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110172.htm) > Acessado em 20 de Agosto de 2009.
- BUSCAGLIA, Leo. *Os Deficientes e seus pais*. 3 Ed. Rio de Janeiro: Record, 1997.
- CORTEZ, Maria Lúcia Sica e REGEN Mina. *A família e o profissional, uma relação especial*. Disponível em: < [http://www.inclusao.com.br/projeto\\_textos\\_03htm](http://www.inclusao.com.br/projeto_textos_03htm) > Acesso em 25 Agosto de 2009.
- INSTITUTO ESTER ASSUMPCÃO. *Mapa de Betim – Perfil da Pessoa com Deficiência 2005*. Betim, 2005.
- MANTOAN, Maria Teresa Egler. *Inclusão escolar – caminhos e descaminhos, desafios, perspectivas*. I Jornada de Estudos e Formação sobre a Inclusão Escolar de Crianças e Adolescentes com deficiência Mental. Curso proferido na APAE-Betim, 02 out.2007.
- NERI, Marcelo. *Retratos da Deficiência no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV / IBRE, CPS, 2003.
- PIMENTEL, Rilton. *Barrados no Baile Nunca Mais*. *Revista Educação Sem Segredos*. Contagem, Ano 1. nº 2, p. 53-60, 2008.
- SÁNCHEZ, Pilar Anaiz. *A Educação inclusiva: um meio de construir escolas para todos no século XVI*. *Inclusão – Revista da Educação Especial*. Brasília, p.07-17, outubro, 2005.
- SASSAKI, Romeu Kasumi. *Inclusão: Construindo uma sociedade para todos*. 6ª Ed. Rio de Janeiro: WVA, 2005.
- SATORETTO, Mara. *Simplesmente Inclusão*. Disponível em: < <http://agenciainclusive.wordpress.com/2008/04/22/inclusao-simplesmente> > Acessado em 26 de junho de 2009.

(Fonte:

<http://proex.pucminas.br/sociedadeinclusiva/VIseminario/Trabalhos/Comunicacoes%20e%20Relatos%20de%20experiencia/eixos%20tematicos/Os%20sujeitos%20e%20as%20deficiencias/EDUCACAO/22-INC~1.doc>, data de acesso 10/12/2014)

## 5 - Portadores de deficiência a questão da inclusão social

São Paulo em Perspectiva

Print version ISSN 0102-8839

São Paulo Perspec. vol.14 no.2 São Paulo Apr./June 2000

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-88392000000200008>

(\*) AUTORA: MARIA REGINA CAZZANIGA MACIEL

*Presidente da Associação do 3º Milênio ¼ Centro de Democratização das Ciências da Informação*

Resumo: “A questão da inclusão de pessoas portadoras de necessidades especiais em todos os recursos da sociedade ainda é muito incipiente no Brasil. Movimentos nacionais

*e internacionais têm buscado um consenso para formatar uma política de inclusão de pessoas portadoras de deficiência na escola regular.*

*Passos fundamentais devem ser dados para mudar o quadro de marginalização dessas pessoas, como: alteração da visão social; inclusão escolar; acatamento à legislação vigente; maiores verbas para programas sociais; uso da mídia, da cibercultura e de novas tecnologias.*

*Cabe a todos os integrantes da sociedade lutar para que a inclusão social dessas pessoas seja uma realidade brasileira no próximo milênio.”*

*Palavras-chave: deficiência e exclusão social; educação e economia; política educacional.*

“Hoje, no Brasil, milhares de pessoas com algum tipo de deficiência estão sendo discriminadas nas comunidades em que vivem ou sendo excluídas do mercado de trabalho. O processo de exclusão social de pessoas com deficiência ou alguma necessidade especial é tão antigo quanto a socialização do homem.

A estrutura das sociedades, desde os seus primórdios, sempre inabilitou os portadores de deficiência, marginalizando-os e privando-os de liberdade. Essas pessoas, sem respeito, sem atendimento, sem direitos, sempre foram alvo de atitudes preconceituosas e ações impiedosas.

A literatura clássica e a história do homem refletem esse pensar discriminatório, pois é mais fácil prestar atenção aos impedimentos e às aparências do que aos potenciais e capacidades de tais pessoas.

Nos últimos anos, ações isoladas de educadores e de pais têm promovido e implementado a inclusão, nas escolas, de pessoas com algum tipo de deficiência ou necessidade especial, visando resgatar o respeito humano e a dignidade, no sentido de possibilitar o pleno desenvolvimento e o acesso a todos os recursos da sociedade por parte desse segmento.

Movimentos nacionais e internacionais têm buscado o consenso para a formação de uma política de integração e de educação inclusiva, sendo que o seu ápice foi a Conferência Mundial de Educação Especial, que contou com a participação de 88 países e 25 organizações internacionais, em assembléia geral, na cidade de Salamanca, na Espanha, em junho de 1994.

Este evento teve como culminância a "Declaração de Salamanca", da qual transcrevem-se, a seguir, pontos importantes, que devem servir de reflexão e mudanças da realidade atual, tão discriminatória.

"Acreditamos e Proclamamos que:

- toda criança tem direito fundamental à educação e deve ser dada a oportunidade de atingir e manter o nível adequado de aprendizagem;
- toda criança possui características, interesses, habilidades e necessidades de aprendizagem que são únicas;

- sistemas educacionais deveriam ser designados e programas educacionais deveriam ser implementados no sentido de se levar em conta a vasta diversidade de tais características e necessidades;
- aqueles com necessidades educacionais especiais devem ter acesso à escola regular, que deveria acomodá-los dentro de uma Pedagogia centrada na criança, capaz de satisfazer tais necessidades;
- escolas regulares, que possuam tal orientação inclusiva, constituem os meios mais eficazes de combater atitudes discriminatórias, criando-se comunidades acolhedoras, construindo uma sociedade inclusiva e alcançando educação para todos; além disso, tais escolas provêem uma educação efetiva à maioria das crianças e aprimoram a eficiência e, em última instância, o custo da eficácia de todo o sistema educacional.

Nós congregamos todos os governos e demandamos que eles:

- atribuam a mais alta prioridade política e financeira ao aprimoramento de seus sistemas educacionais no sentido de se tornarem aptos a incluírem todas as crianças, independentemente de suas diferenças ou dificuldades individuais;
- adotem o princípio de educação inclusiva em forma de lei ou de política, matriculando todas as crianças em escolas regulares, a menos que existam fortes razões para agir de outra forma;
- desenvolvam projetos de demonstração e encorajem intercâmbios em países que possuam experiências de escolarização inclusiva;
- estabeleçam mecanismos participatórios e descentralizados para planejamento, revisão e avaliação de provisão educacional para crianças e adultos com necessidades educacionais especiais;
- encorajem e facilitem a participação de pais, comunidades e organizações de pessoas portadoras de deficiências nos processos de planejamento e tomada de decisão concernentes à provisão de serviços para necessidades educacionais especiais;
- invistam maiores esforços em estratégias de identificação e intervenção precoces, bem como nos aspectos vocacionais da educação inclusiva;
- garantam que, no contexto de uma mudança sistêmica, programas de treinamento de professores, tanto em serviço como durante a formação, incluam a provisão de educação especial dentro das escolas inclusivas.

Nós também congregamos a comunidade internacional; em particular, nós congregamos governos com programas de cooperação internacional, agências financiadoras internacionais, especialmente as responsáveis pela Conferência Mundial em Educação para Todos, Unesco, Unicef, UNDP e o Banco Mundial:

- a endossar a perspectiva de escolarização inclusiva e apoiar o desenvolvimento da educação especial como parte integrante de todos os programas educacionais;
- as Nações Unidas e suas agências especializadas, em particular a ILO, WHO, Unesco e Unicef;
- a reforçar seus estímulos de cooperação técnica, bem como reforçar suas cooperações e redes de trabalho para um apoio mais eficaz à já expandida e integrada provisão em educação especial;

- a reforçar sua colaboração com as entidades oficiais nacionais e intensificar o envolvimento crescente delas no planejamento, implementação e avaliação de provisão em educação especial que seja inclusiva;
- Unesco, enquanto a agência educacional das Nações Unidas;
- a assegurar que educação especial faça parte de toda discussão que lide com educação para todos em vários foros;
- a mobilizar o apoio de organizações dos profissionais de ensino em questões relativas ao aprimoramento do treinamento de professores no que diz respeito a necessidades educacionais especiais;
- a estimular a comunidade acadêmica no sentido de fortalecer pesquisa, redes de trabalho e o estabelecimento de centros regionais de informação e documentação e, da mesma forma, a servir de exemplo em tais atividades e na disseminação dos resultados específicos e dos progressos alcançados em cada país no sentido de realizar o que almeja a presente Declaração;
- a mobilizar Fundos através da criação (dentro de seu próximo Planejamento a Médio Prazo 1996-2000) de um programa extensivo de escolas inclusivas e programas de apoio comunitário, que permitiriam o lançamento de projetos-piloto que demonstrassem novas formas de disseminação e o desenvolvimento de indicadores de necessidade e de provisão de educação especial".

A inclusão escolar, fortalecida pela Declaração de Salamanca, no entanto, não resolve todos os problemas de marginalização dessas pessoas, pois o processo de exclusão é anterior ao período de escolarização, iniciando-se no nascimento ou exatamente no momento em aparece algum tipo de deficiência física ou mental, adquirida ou hereditária, em algum membro da família. Isso ocorre em qualquer tipo de constituição familiar, sejam as tradicionalmente estruturadas, sejam as produções independentes e congêneres e em todas as classes sociais, com um agravante para as menos favorecidas.

O nascimento de um bebê com deficiência ou o aparecimento de qualquer necessidade especial em algum membro da família altera consideravelmente a rotina no lar. Os pais logo se perguntam: por quê? De quem é a culpa? Como agirei daqui para frente? Como será o futuro de meu filho?

O imaginário, então, toma conta das atitudes desses pais ou responsáveis e a dinâmica familiar fica fragilizada. Imediatamente instalam-se a insegurança, o complexo de culpa, o medo do futuro, a rejeição e a revolta, uma vez que esses pais percebem que, a partir da deficiência instalada, terão um longo e tortuoso caminho de combate à discriminação e ao isolamento.

O quadro fica mais sério, tendo em vista que a tendência dos profissionais da saúde é sempre ressaltar, no diagnóstico, os aspectos limitantes da deficiência, pois invariavelmente são eles que primeiro são chamados para dar o diagnóstico conclusivo. Os médicos raramente esclarecem ou informam, aos familiares de portadores de deficiência, as

possibilidades de desenvolvimento, as formas de superação das dificuldades, os locais de orientação familiar, os recursos de estimulação precoce, os centros de educação e de terapia.

A esses familiares pede-se que aceitem uma realidade que não desejam e que não é prevista, uma realidade em que os meios sociais e a mídia pouco abordam e, quando o fazem, é de maneira superficial, às vezes preconceituosa e sem apresentar os caminhos para a inclusão social.

Os pais ou responsáveis por portadores de deficiência, por sua vez, também se tornam pessoas com necessidades especiais: eles precisam de orientação e principalmente do acesso a grupos de apoio. Na verdade, são eles que intermediarão a integração ou inclusão de seus filhos junto à comunidade.

Cada deficiência acaba acarretando um tipo de comportamento e suscitando diferentes formas de reações, preconceitos e inquietações. As deficiências físicas, tais como paralisias, ausência de visão ou de membros, causam imediatamente apreensão mais intensa por terem maior visibilidade. Já a deficiência mental e a auditiva, por sua vez, são pouco percebidas inicialmente pelas pessoas, mas causam mais estresse, à medida que se toma consciência da realidade das mesmas.

A falta de conhecimento da sociedade, em geral, faz com que a deficiência seja considerada uma doença crônica, um peso ou um problema. O estigma da deficiência é grave, transformando as pessoas cegas, surdas e com deficiências mentais ou físicas em seres incapazes, indefesos, sem direitos, sempre deixados para o segundo lugar na ordem das coisas. É necessário muito esforço para superar este estigma.

Essa situação se intensifica junto aos mais carentes, pois a falta de recursos econômicos diminui as chances de um atendimento de qualidade. Tem-se aí um agravante: o potencial e as habilidades dessas pessoas são pouco valorizados nas suas comunidades de origem, que, obviamente, possuem pouco esclarecimento a respeito das deficiências. Onde estão as causas da exclusão dessas pessoas no Brasil?

No plano de governo, o que se vê são programas, propostas, projetos, leis e decretos com lindas e sonoras siglas, que ficam, na maioria das vezes, só no papel. Programas similares e simultâneos são lançados em duas ou três pastas, sem que haja integração de objetivos e metas entre eles.

Muitas vezes acontecem ações paralelas entre o governo e a iniciativa privada, que ficam desintegradas, superpostas, sem consistência e dirigidas a pequenos grupos, gastando verbas sem mudar o quadro de exclusão existente.

Essas ações não são permanentes, pois a cada mudança de governo são interrompidas, esvaziadas, perdendo a continuidade e a abrangência, sendo que outras aparecem em seus lugares para "fixar" a plataforma de quem está no poder.

Nos estados e municípios, não existe uma política efetiva de inclusão que viabilize planos integrados de urbanização, de acessibilidade, de saúde, educação, esporte, cultura, com metas e ações convergindo para a obtenção de um mesmo objetivo: resguardar o direito dos portadores de deficiência.

As dificuldades são imensas para sensibilizar executivos de empresas privadas, técnicos de órgãos públicos e educadores sobre essa questão. Um sentimento de omissão aparece, consciente ou inconscientemente, em técnicos, executivos e burocratas, quando necessitam decidir sobre o atendimento às necessidades dos portadores de deficiência.

Essas reações preconceituosas, de omissão e descaso, já podem ser classificadas:

- nos órgãos públicos, as solicitações e reivindicações de pessoas portadoras de deficiência logo se transformam nos famosos processos "Ao-Ao", em que cotas endereçadas "Ao" Dr. Fulano, "Ao" departamento tal e "Ao" setor de Sicrano só criam volume, burocracia e não apontam para soluções, pois todos transferem o "problema" para terceiros, eximindo-se, assim, da necessidade de propor alternativas de atendimento. Nesses processos, quase todos se omitem de tomar decisões em benefício dos portadores de deficiência;
- na área de atendimento e serviços à população, a resposta mais freqüente é a "NTV"  $\frac{3}{4}$  "não temos vaga";
- há, também, a adoção, tão popular para as pessoas de baixa renda, do sistema "ENFE" de atendimento, ou seja, "entre na fila de espera".

Por outro lado, a idéia de modelos únicos para todos, preestabelecidos, tem excluído pessoas com necessidades especiais dos recursos da sociedade, como comprovam as barreiras arquitetônicas, sociais e educacionais. No plano dos atendimentos específicos, a realidade é a seguinte:

- saúde: os locais de atendimentos na área de saúde são pequenos, superlotados e sem infra-estrutura. As políticas de prevenção, às vezes, ficam restritas a algumas campanhas de vacinação e os programas de diagnóstico precoce são insuficientes. Os testes com aparelhos de última geração são destinados a poucos; as de terapias e fisioterapias oferecem poucas vagas em relação à demanda; a obtenção de próteses e órteses é difícil e as filas de espera são enormes para quem não tem poder aquisitivo;
- área social: os programas para as pessoas com alguma deficiência são, em geral, os que possuem as menores verbas, não existe trabalho efetivo junto às comunidades mais carentes e os grupos de orientação e atendimento estão sempre superlotados;
- mercado de trabalho: poucos são os empregadores que se dispõem a absorver esse segmento. O portador de deficiência é o último a ser contratado e o primeiro a ser demitido, sendo que sua faixa salarial é, em média, menor que a de seus colegas de profissão;
- nas áreas de lazer, esportes, cultura e transportes não existem projetos abrangentes que atendam a todos os tipos de deficiência e, nas áreas de comércio, indústria e serviços, a acessibilidade inexistente ou é inconsistente;

- na educação também não é diferente, pois só as grandes cidades possuem algum tipo de atendimento. A realidade tem mostrado que os ciclos do ensino fundamental, com sua passagem automática de ano, e a falta de formação de professores, de recursos técnico-pedagógicos, de estímulo suplementar, de acompanhamento de equipe multidisciplinar  $\frac{3}{4}$  fonoaudiólogos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais  $\frac{3}{4}$ , de salas e de professores de apoio deixam a questão da inclusão escolar sem estrutura eficiente, bonita apenas na teoria.

Em nome da igualdade de atendimentos, muitos teóricos radicais defendem a inclusão escolar de forma simplista: é só colocar esse aluno na classe comum e tudo se resolve. Entretanto, suas teses não refletem a realidade de que as pessoas com deficiência possuem necessidades educativas especiais e, assim, pouca contribuição têm trazido para todos os envolvidos na questão. Também em nome da igualdade de atendimentos, muitos deles negam veementemente as experiências positivas de escolas e de classes especiais, que souberam desenvolver o potencial de seus alunos e, dessa forma, contribuíram para a sua inclusão junto à sociedade. Negar os trabalhos positivos do passado é esquecer que a construção do conhecimento está baseada no acúmulo de experiência adquirida.

Deve-se lembrar, sempre, que o princípio fundamental da sociedade inclusiva é o de que todas as pessoas portadoras de deficiência devem ter suas necessidades especiais atendidas. É no atendimento das diversidades que se encontra a democracia. O que fazer diante deste quadro? O primeiro passo é conseguir a alteração da visão social através:

- de um trabalho de sensibilização contínuo e permanente por parte de grupos e instituições que já atingiram um grau efetivo de compromisso com a inclusão de portadores de necessidades especiais junto à sociedade;
- da capacitação de profissionais de todas as áreas para o atendimento das pessoas com algum tipo de deficiência;
- da elaboração de projetos que ampliem e inovem o atendimento dessa clientela;
- da divulgação da Declaração de Salamanca e outros documentos congêneres, da legislação, de informações e necessidades dos portadores de deficiência e da importância de sua participação em todos os setores da sociedade.

A reestruturação das instituições não deve ser apenas uma tarefa técnica, pois depende, acima de tudo, de mudanças de atitudes, de compromisso e disposição dos indivíduos. O segundo passo no processo de inclusão social é o da inclusão escolar.

Ao entrarem para a escola, as crianças que possuem alguma necessidade educativa especial terão que se integrar e participar obrigatoriamente de três estruturas distintas da dinâmica escolar: o ambiente de aprendizagem; a integração professor-aluno; e a interação aluno-aluno.

A partir da análise e adequação destas estruturas e do levantamento de alternativas que favoreçam o desenvolvimento dos alunos, em geral, e dos portadores de necessidades educativas especiais, em particular, é que a inclusão escolar deve ter início. Assim, é

necessário analisar se o ambiente de aprendizagem é favorecedor, se existe oferta de recursos audiovisuais, se ocorreu a eliminação de barreiras arquitetônicas, sonoras e visuais de todo o próprio escolar, se existem salas de apoio pedagógico para estimulação e acompanhamento suplementar, se os currículos e estratégias de ensino estão adequados à realidade dos alunos e se todos os que compõem a comunidade escolar estão sensibilizados para atender o portador de deficiência com respeito e consideração.

Para que haja a verdadeira integração professor-aluno, é necessário que o professor da sala regular e os especialistas de educação das escolas tenham conhecimento sobre o que é deficiência, quais são seus principais tipos, causas, características e as necessidades educativas de cada deficiência. O professor precisa, antes de tudo, ter ampla visão desta área, que deve ser proveniente de sua formação acadêmica. Hoje, poucas escolas e universidades, que formam professores, abordam adequadamente a questão da deficiência em seus currículos. Urge mudar essa realidade. A atualização periódica também é indispensável, devendo ocorrer por meio de cursos, seminários e formação em serviço.

É importante que os professores tomem ciência do diagnóstico e do prognóstico do aluno com necessidades educativas especiais, entrevistem pais ou responsáveis para conhecer todo o histórico de vida desse aluno, a fim de traçar estratégias conjuntas de estimulação família-escola, peçam orientações e procurem profissionais<sup>3/4</sup> como psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos <sup>3/4</sup> que estejam atendendo ou que já atenderam esses alunos, solicitando relatórios e avaliações, e pesquisem várias técnicas, métodos e estratégias de ensino, em que variáveis como o desenvolvimento da linguagem, o desenvolvimento físico e sobretudo as experiências sociais estejam presentes.

A integração professor-aluno só ocorre quando há uma visão despida de preconceito, cabendo ao professor favorecer o contínuo desenvolvimento dos alunos com necessidades educativas especiais. Não é tarefa fácil, mas é possível. Quando ocorre, torna-se uma experiência inesquecível para ambos.

A interação aluno-aluno traz à tona as diferenças interpessoais, as realidades e experiências distintas que os mesmos trazem do ambiente familiar, a forma como eles lidam com o diferente, os preconceitos e a falta de paciência em aceitar o outro como ele é. Todos os alunos das classes regulares devem receber orientações sobre a questão da deficiência e as formas de convivência que respeitem as diferenças, o que não é tarefa fácil, mas possível de ser realizada. Levar os alunos de classes regulares a aceitarem e respeitarem os portadores de deficiência é um ato de cidadania.

Cabe a todos profissionais de escolas especiais, de classes especiais, de salas de apoio a portadores de necessidades especiais, aos teóricos da educação inclusiva, aos profissionais das escolas regulares e às equipes multidisciplinares e de saúde a função primordial da integração de ações, da otimização dos recursos e dos atendimentos, da criação de canais de

comunicação que considerem a questão da inclusão social como prioritária e anterior à inclusão escolar.

O futuro é outra dimensão que também não pode ser esquecida, pois é preciso estar preparado para a rápida evolução tecnológica destes novos tempos, que influencia e modifica o processo educativo e a nossa relação com a construção do conhecimento.

Para a estimulação da pessoa com deficiência, a tecnologia da informação é fundamental, pois a velocidade da renovação do saber e as formas interativas da cibercultura trazem uma nova expectativa de educação para essa clientela. É necessário, portanto, criar serviços e propostas educativas abertas e flexíveis que atendam às necessidades de mudanças.

A cibercultura não só demonstra que a maior parte dos conhecimentos adquiridos por uma pessoa no início de sua vida educacional estará ultrapassada ao final de um certo tempo, como também aponta novas formas de habilitação e reabilitação de pessoas com necessidades educativas especiais. Esse fenômeno de captação de transformações constantes deve ser posto ao alcance das pessoas com necessidades especiais.

O terceiro passo para a inclusão social de portadores de deficiência é a instituição de mecanismos fortalecedores desses direitos, tais como destinação de maiores verbas públicas para os projetos que atendam esse segmento e participação de entidades de defesa de deficientes e para deficientes nos processos decisórios de todas as áreas diretamente envolvidas no atendimento dessa população.

A mídia não pode ser esquecida, pois possui um papel fundamental na promoção de atitudes positivas no sentido da inclusão de pessoas portadoras de deficiência na sociedade. A criação de equipes de mediação de sistemas e a presença de *ombudsmen* junto aos conselhos de defesa da pessoa deficiente, que mostrem ao governo, à sociedade e à mídia os acertos e desacertos da inclusão social e escolar e seus prognósticos para curto, médio e longo prazos, devem ser consideradas.

A prática da desmarginalização de portadores de deficiência deve ser parte integrante de planos nacionais de educação, que objetivem atingir educação para todos. A inclusão social traz no seu bojo a equiparação de oportunidades, a mútua interação de pessoas com e sem deficiência e o pleno acesso aos recursos da sociedade. Cabe lembrar que uma sociedade inclusiva tem o compromisso com as minorias e não apenas com as pessoas portadoras de deficiência. A inclusão social é, na verdade, uma medida de ordem econômica, uma vez que o portador de deficiência e outras minorias tornam-se cidadãos produtivos, participantes, conscientes de seus direitos e deveres, diminuindo, assim, os custos sociais. Dessa forma, lutar a favor da inclusão social deve ser responsabilidade de cada um e de todos coletivamente.”

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BURKE, C. *A special kind of hero*. Nova York, Barron's, 1993. [ [Links](#) ]  
BUSCAGLIA, L. *Os deficientes e seus pais*. Rio de Janeiro, Record, 1993. [ [Links](#) ]  
PERKE, R. *New life in the Neighborhood*. United States, Paternon, 1980. [ [Links](#) ]  
UNICEF, OMS, UNESCO. *Medidas vitais*. Brasília, Seguradoras, s/d.

Fundação SEADE  
Av. Casper Líbero, 464  
01033-000 São Paulo SP - Brazil  
Tel: +55 11 3313-5777  
Fax: +55 11 2171-7297  
[perspectiva@seade.gov.br](mailto:perspectiva@seade.gov.br)

(Fonte: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-88392000000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392000000200008), data de acesso 10/12/2014)

## 6 - Sugestão de leitura

### a - A qualidade de vida de adultos com deficiência mental leve...

<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-31052009-100730/publico/Dissertacao.pdf>

de FS Zeoti - [Artigos relacionados](#)

Universidade de São Paulo. Saviani, Fernanda. A qualidade de vida de adultos com deficiência mental leve, na percepção destas pessoas e na de.

### b - Depressão e Ansiedade no Idoso Somente o... - Psiqweb

<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=124>

Nos adultos jovens esta confusão causal é menor, pois os aspectos do entorno... A mídia foi a primeira a detectar essa situação deplorável dos idosos.... Saúde Mental poderia ser entendida como o equilíbrio psíquico que resulta da... os acidentes, asdoenças pregressas e atuais, a ocupação pregressa e atual, etc.

### c - Transtornos mentais em idosos | Atlas da Saúde

<http://www.atlasdasaude.pt/publico/content/transtornos-mentais-em-idosos>

29 de jan de 2014 - Início » Transtornos mentais em idosos... com as suas características, originadas por diferentes situações, existem vários tipos de demência.... Os sintomas deste transtorno nos idosos são semelhantes aos dos adultos mais...

## **d - ILPIS - Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia - Uerj**

[http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232008000100004&lng=pt](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232008000100004&lng=pt)

Atualmente, os determinantes da institucionalização têm sido mais bem.... Porém, muitos idosos são institucionalizados por doenças crônico-degenerativas e.... Central de Recepção de Adultos e Família (acolhimento de pessoas em situação de... Asituação de idosos com transtornos mentais, demência ou dependência...

## **e - Deficiência Mental Leve: Aspectos...**

[http://faef.revista.inf.br/imagens\\_arquivos/arquivos\\_destaque/0p4cninSTRkdCke\\_2013-5-13-15-4-48.pdf](http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/0p4cninSTRkdCke_2013-5-13-15-4-48.pdf)

Flores, 740 – Vila Labienópolis – CEP: 17400-000 – Garça/SP – Tel.: (0\*\*14)... Este estudo tem como objetivo refletir, sobre a deficiência mental leve, um dos...

## **f - Retardo mental em crianças e adolescentes - Slideshare**

<http://pt.slideshare.net/darcianebrito/retardo-mental-em-criancas-e-adolescentes>

2 de fev de 2014 - NÍVEIS DE GRAVIDADE DO RETARDO MENTAL Retardo leve(85%) Retardo moderado (10%) Retardo grave a 4%) (3 Retardo profundo (1 a...

## **g - Retardo mental grave - Tua Saúde**

<http://www.tuasaude.com/retardo-mental-grave/>

Quando o QI está entre os 20 e os 35, trata-se de um retardo mental grave, e neste... assim como nos casos em que o quadro de retardo mental é profundo onde o QI... moderado · Retardo mental leve · Remédio caseiro para cansaço mental...

## **h - Deficiência Mental - Psiquiatria Geral...**

<http://www.psiquiatriageral.com.br/dsm4/retardo.htm>

Leve, Moderado, Severo e Profundo. F70.9 - 317 Retardo Mental Leve Nível de QI 50-55 a aproximadamente 70... F71.9 - 318.0 Retardo Mental Moderado.... Quanto mais grave o Retardo Mental (especialmente quando severo ou profundo),...

## **i - Retardo Mental - Oligofrenias**

[http://www.medicina.ufba.br/educacao\\_medica/graduacao/dep\\_neuro/disc\\_neuro/psiq\\_ia/arquivos/retardo\\_mental.pdf](http://www.medicina.ufba.br/educacao_medica/graduacao/dep_neuro/disc_neuro/psiq_ia/arquivos/retardo_mental.pdf)

F70 - Retardo mental leve. F71 - Retardo mental moderado. F72 - Retardo mental grave. F73 - Retardo mental profundo. F79 - Retardo mental não especificado.

## **j - Formas criativas para estimular a mente de alunos com...**

<http://revistaescola.abril.com.br/formacao/formas-criativas-estimular-mente-deficientes-intelectuais-476406.shtml>

Mas por onde começar quando a deficiência é intelectual?... Augusta Sampaio de Oliveira, professora do Departamento de Educação Especial da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp)..... Criança e adolescente.

## **k - Os avanços de um aluno com deficiência intelectual - O...**

<http://revistaescola.abril.com.br/formacao/tempo-cada-424559.shtml>

Reportagem conta a história de crianças com deficiência intelectual que... a adolescente posa orgulhosa para fotos ao lado dos troféus que conquistou em duas... Práticas Pedagógicas na Educação Especial, Anna Maria Lunardi Padilha,...

## **l - Formas criativas para estimular a mente de alunos com...**

<http://revistaescola.abril.com.br/formacao/formas-criativas-estimular-mente-deficientes-intelectuais-476406.shtml>

A meta é que, sempre que possível e mesmo com um trabalho diferente, o aluno... para evitar confusões com "doença mental", que é um estado patológico de pessoas que têm o... A inclusão de músicas, brincadeiras orais, leituras com entonação... Para integrá-lo, as dicas são dar o espaço de que ele precisa mantendo...

## **m - Inclusão de alunos com autismo - Educar Para Crescer**

<http://educarparacrescer.abril.com.br/comportamento/inclusao-deficiente-mental-752460.shtml>

5 de set de 2013 - Tire aqui as suas principais dúvidas sobre a inclusão escolar do aluno com autismo... básicos sobre a inclusão do aluno com deficiência ou doença mental..... Ele frequenta uma escola especial e gostaria muito de fazer a inclusão dele..... Dicas para pais e alunos enfrentarem esta fase de novos desafios.

## **n - Jogos e Dinâmicas de Grupo - Pessoa com Deficiência**

[http://www.escoteiros.org/arquivos/jogos/jogos\\_e\\_dinamicas\\_de\\_grupo-pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](http://www.escoteiros.org/arquivos/jogos/jogos_e_dinamicas_de_grupo-pessoa_com_deficiencia.pdf)

membros adultos e jovens vivência e reflexão sobre a deficiência..... INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA UNIDADE... causa de acidentes ou doenças..... Trabalho em equipe para fazer a cesta sem o uso dos braços e mãos.

## **o - A Inclusão das Pessoas com Deficiência no Mercado de...**

[http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812CCDAEDE012CD0A2B79F70B3/inclusao\\_pessoas\\_defi12\\_07.pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812CCDAEDE012CD0A2B79F70B3/inclusao_pessoas_defi12_07.pdf)

Pessoa portadora de deficiência, mercado de trabalho, inclusão, Brasil. 3. Pessoa portadora de....  
2.6.4 Deficiência mental.....24... 4.1 Para cálculo da cota de empregados com deficiência, utiliza-se o número de.... para o trabalho de adolescente ou adulto com deficiência em.

## **p - Conceito de Pessoa com Deficiência para Lei de Cotas**

[http://www3.mte.gov.br/fisca\\_trab/inclusao/lei\\_cotas\\_2.asp](http://www3.mte.gov.br/fisca_trab/inclusao/lei_cotas_2.asp)

Portal do Ministério do Trabalho e Emprego, MTE, Governo do Brasil.... Página Inicial > Inspeção do Trabalho > Fiscalização do Trabalho > A Inclusão das Pessoas com Deficiência no Mercado de Trabalho > A Lei de... 2.1 Para fins de reserva legal de cargos, o que é pessoa com deficiência?....  
2.6.4 Deficiência mental.

## **q - A inclusão de pessoas com necessidades... - SciELO**

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-65382006000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382006000200007)

de JP Araujo - 2006 - [Citado por 1](#) - [Artigos relacionados](#)

Os resultados indicaram que as empresas não cumprem a Lei de Cotas, que regulamenta... Palavras-chave: inclusão no mercado de trabalho; pessoa com.... e/ou adultos com necessidades especiais diversas: deficiência mental (4), visual

## **r - Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho**

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072004000400007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400007)

de MSB Jorge - 2004 - [Artigos relacionados](#)

Inclusão e exclusão social do doente mental no trabalho: representações sociais.... A necessidade de desmistificar as visões acerca das doenças mentais..

## **s - Cartilha de orientação em Saúde Mental - Portal da...**

<http://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/cartilha-orientacao-saude-mental-secrta-saude-df.pdf>

ORIENTAÇÃO. EM SAÚDE. MENTAL. Um Caminho para a Inclusão Social.... é condição de saúde ter trabalho e renda, educação... gente ruim, doença contagiosa e sem cura e.... Para atendimento dia de adultos com transtornos mentais.

## **t - transtorno bipolar, doença mental grave, ocorre... - Abrata**

<http://abrata.org.br/blogabrata/?p=989>

21 de jun de 2013 -... DOENÇA MENTAL GRAVE, OCORRE MAIS NO ADULTOJOVEM... em sociedade, encontrar e/ou manter trabalho e parceiros amorosos.

## **u - Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho: Revisão de...**

[http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/principal/acervo/pdf/i16transtornos\\_mentais.pdf](http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/principal/acervo/pdf/i16transtornos_mentais.pdf)

Investigou-se Transtornos Mentais (TM) relacionados ao trabalho, suas... TM em professores, trabalhadores de saúde, siderurgia, adultos, mulheres e donas...

## **v - Déficit de Atenção e Hiperatividade no adulto - Prof. Dr...**

[http://www.saude mental.net/deficit\\_de\\_atencao.htm](http://www.saude mental.net/deficit_de_atencao.htm)

Saúde Mental, Psiquiatria e Psicanálise: Prof.... Doenças:: TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE NO ADULTO... com facilidade, comete erros por distração no trabalho ou nas atividades que exigem concentração,...

## **x - Pesquisa aponta causas dos transtornos mentais...**

<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-05-11/pesquisa-aponta-causas-dos-transtornos-mentais-provocados-pelo-ambiente-de-trabalho>

Pesquisa aponta causas dos transtornos mentais provocados pelo ambiente de trabalho. 11/05/2013 - 16h08. Saúde. Fernanda Cruz Repórter da Agência...

## **z - Links**

### **Institucional**

- [Instituto e Departamento de Psiquiatria, HCFMUSP](#)
- [Revista de Psiquiatria Clínica](#)

### **Autismo**

- [Associação de Amigos do Autista](#)
- [Autism Society of America](#)
- [Projeto Autistas.Org](#)

### **Depressão**

- [Depression Alliance](#)

## **Dependência química**

- [Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas](#)

## **Doença de Alzheimer**

- [Alzheimer Europe](#)
- [Alzheimer's Association](#)

## **Epilepsia**

- [CinaPCe](#)
- [American Epilepsy Society](#)
- [Associação Brasileira de Epilepsia](#)
- [Liga Brasileira de Epilepsia](#)

## **Esquizofrenia**

- [Schizophrenia.com](#)

## **Mal de Parkinson**

- [Parkinson On Line](#)

## **Sociedades e Associações**

- [Academia Brasileira de Neurologia](#)
- [Conselho Federal de Medicina](#)

## **Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade**

- [Associação Brasileira de Déficit de Atenção](#)
- [Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder](#)
- [National Attention Deficit Disorder Association](#)