

AVISO AO USUÁRIO

A digitalização e submissão deste trabalho monográfico ao *DUCERE: Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia* foi realizada no âmbito do Projeto *Historiografia e pesquisa discente: as monografias dos graduandos em História da UFU*, referente ao EDITAL N° 001/2016 PROGRAD/DIREN/UFU (<https://monografiashistoriaufu.wordpress.com>).

O projeto visa à digitalização, catalogação e disponibilização online das monografias dos discentes do Curso de História da UFU que fazem parte do acervo do Centro de Documentação e Pesquisa em História do Instituto de História da Universidade Federal de Uberlândia (CDHIS/INHIS/UFU).

O conteúdo das obras é de responsabilidade exclusiva dos seus autores, a quem pertencem os direitos autorais. Reserva-se ao autor (ou detentor dos direitos), a prerrogativa de solicitar, a qualquer tempo, a retirada de seu trabalho monográfico do *DUCERE: Repositório Institucional da Universidade Federal de Uberlândia*. Para tanto, o autor deverá entrar em contato com o responsável pelo repositório através do e-mail recursoscontinuos@dirbi.ufu.br.

CAROLINA VIEIRA TESTA

O PORTADOR DE DEFICIÊNCIA MENTAL NA SOCIEDADE E O
TRABALHO DA APAE EM UBERLÂNDIA

"Monografia apresentada pela graduanda
Carolina Vieira Testa sob orientação do Prof Dr
Hermetes Reis de Araújo no Instituto de História
da Universidade Federal de Uberlândia como pré
requisito para titulação em História"

UBERLÂNDIA

2000



BANCA EXAMINADORA:

Orientador: Prof Dr Hermes Reis Araújo

Professora convidada: CRISTINA LOPREATTO

Professora convidada: JACY ALVES DE SEIXAS

*“A preguiça e a covardia são as causas pelas quais uma tão grande parte dos homens, depois que a natureza de há muito os libertou de uma direção estranha – **naturaliter maiorennnes** -, continuam no entanto de bom grado menores durante toda a vida”*

Immanuel Kant

AGRADECIMENTO:

“Agradeço ao Todo Poderoso, aos meus familiares e, aos meus amigos, e a toda equipe profissional que contribuiu para a execução deste trabalho”

SUMÁRIO:

Introdução	06
Capítulo I: Educação Especial e o trabalho da APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.....	13
Capítulo II: O trabalho da APAE em Uberlândia.....	27
Capítulo III: O historiador e a contemporaneidade.....	31
Considerações finais.....	33
Referências Bibliográficas.....	35
Anexo.....	38

INTRODUÇÃO

Partindo de um quadro conceitual genérico, a classificação tradicional caracteriza as seguintes deficiências: mental, física, visual, auditiva e múltipla. De acordo com as estimativas da ONU (não confirmadas oficialmente no Brasil), essas deficiências afetam 10% da população de países em desenvolvimento, nas seguintes proporções: no Brasil, as estimativas demonstram que a deficiência mental corresponde à metade do total de pessoas com deficiência: seriam 7,5 milhões de pessoas, entre 15 milhões de brasileiros hipoteticamente deficientes.

A definição de deficiência mental mais difundida e aceita atualmente é dada em 1.992 pela AAMR – *American Association of Mental Retardation*:

*“Funcionamento intelectual
significativamente abaixo da média, coexistindo
com limitações relativas a duas ou mais das
seguintes áreas de habilidades adaptativas:
comunicação, autocuidado, habilidades sociais,
participação familiar e comunitária, saúde e*

segurança, e funcionalidade acadêmica, de lazer e de trabalho. Manifesta-se antes dos 18 anos de idade”.¹

Esta é uma forma realista de considerar tal condição humana que, em diferentes momentos e contextos históricos, já foi vista e sentida culturalmente como: ‘depositária do mal’, objeto de maldição ou tragédia familiar. Ou, inversamente, como detentora de poderes sobrenaturais, beneficiária de especial proteção, etc.

Algumas vezes, a própria ciência formulou hipóteses, defendeu teses depreciativas, como Platter que, no século XVI, enfatizava o caráter de degenerância da deficiência mental:

“Por seus pais, entre os imbecis, recebem um caráter hereditário, e são causas internas que são, então, responsáveis pela imbecilidade; daí decorre muitas vezes que, como os homens ativos e inteligentes concebem seres semelhantes a eles, assim também os improdutivos concebem crianças de espírito embotado.”²

Em escritos do século XVII também encontramos referências à noção de doença confundida com deficiência mental (então chamada de imbecilidade), preconizando a possibilidade de sua origem congênita ou adquirida, e da existência de tratamentos que pudessem levar à cura. Foi somente a partir de século XVIII que surgiu uma abordagem educacional das pessoas com deficiência mental, graças a estudos e iniciativas de médicos como Itard e Seguin:

¹ American Magazine of Mental Retardation, Edição n.º 92, Março 1.999, p.25.

² Robert SEARS, Eleanor MACCOBY. *Patterns of Children Rearing*, p.37

“A deficiência mental não pode ser confundida com doença mental – distúrbios emocionais, psicoses -, nem com problemas ou distúrbios de aprendizagem; Tão pouco com peculiaridades advindas do ambiente cultural – diferenças lingüísticas, de hábitos e etc.”³

Os séculos passaram trazendo paulatinamente uma nova compreensão a respeito desta condição. No entanto, algumas representações persistem, como, por exemplo, que toda pessoa com deficiência mental é doente. Ou do que pessoas com deficiência mental morrem cedo, devido a graves e incontornáveis problemas de saúde; que pessoas com deficiência mental precisam usar remédios controlados; que pessoas com deficiência mental são agressivas e perigosas, ou que são dóceis e cordatas; o de que pessoas com deficiências mentais são generalizadamente incompetentes; que existe um culpado pela condição de deficientes; que o meio ambiente pouco pode fazer pelas pessoas com deficiência; a visão preconceituosa de que pessoas com deficiência mental só estão bem com seus iguais; que para o aluno com deficiência mental a escola é apenas um lugar para exercer alguma ocupação fora de casa.

Embora a deficiência mental possa ser identificada precocemente – em especial nos quadros sindrômicos e nos casos mais graves -, a escola, com freqüência, é o local em que surge primeiramente a hipótese de que uma criança tenha essa condição, em razão da demanda advinda de aprendizagens escolares específicas. No entanto, tal hipótese deve ser necessariamente confirmada antes que algum rótulo seja imposto ao aluno.

Com freqüência, as mais variadas características ou peculiaridades dos alunos, é às vezes de caráter até mesmo transitório, são falsamente consideradas como sinais ou sintomas de deficiência mental.

³ Ricardo GLAT. *A Contribuição da Medicina no Estudo do Deficiente Mental*, p.72

Em ambientes pouco exigentes, é menor a tendência a rotular pessoas como deficientes, inversamente, às comunidades mais competitivas, com acentuado grau de exigência de desempenho e de habilidades para funcionar no contexto social, identificam maior número de deficientes mentais.

O diagnóstico de deficiência mental, a ser realizado por um médico ou psicólogo e por um pedagogo, deve levar em consideração o momento da vida, bem como a diversidade cultural, lingüística e sócio-econômica das pessoas. O teste utilizado para tal diagnóstico, deve ser considerado apenas como um indicador, a ser confirmado por pesquisa mais aprofundada, em cada caso. Se a hipótese de deficiência mental for confirmada, a pessoa precisa receber atendimento e apoio favoráveis a seu desenvolvimento. A sua aprendizagem e a sua independência cotidiana.

Apenas recentemente as pessoas com deficiência mental passaram a ter um genuíno direito à cidadania e se beneficiarem dos processos da ciência no sentido de uma compreensão melhor de sua condição, de suas possibilidades de desenvolvimento. Todavia, a idéia de isolar e segregar ainda persiste em muitos casos, na concepção dos que julgam que a plena integração social jamais se consolidará em uma sociedade competitiva que preconiza a beleza, a produtividade, o vigor e a convivência.

Para superar essas barreiras e, conseqüentemente, desenvolver ações que garantam pleno acesso dessa parcela da população aos recursos sócio-educacionais, é indispensável dominar o conhecimento a respeito das deficiências e reconhecer as reações pessoais e sociais provocadas por essa condição.

Após ter sido detectada a noção de que a deficiência mental é uma doença, tem sido realizados estudos no sentido de conhecer melhor os fatores de risco que podem vir a determinar essa condição. Na verdade, existe uma

complexibilidade de causas, sendo que elementos múltiplos e interativos estão envolvidos na condição de deficiência mental.

Conhecer e identificar estes fatores é especialmente importante, para que se possam estabelecer uma correlação linear obrigatória entre cada um desses fatores e a condição resultante – ou seja, muitas pessoas expostas a fatores de risco não apresentam deficiência mental.

A questão de integração do aluno com deficiência mental faz parte das dificuldades sentidas pelos professores, manifestas em indagações do tipo: como integrar o aluno com deficiência mental em uma classe comum, sendo que estas classes têm, no mínimo, trinta alunos? Como receber o aluno com deficiência mental se o professor não é habilitado em educação especial? Como o professor poderá fazer as adaptações curriculares e desenvolver as atividades didáticas sem o suporte técnico-pedagógico de um especialista? Como lidar com as dificuldades dos demais alunos e pais em aceitar um colega diferente? Deste modo, cabe aqui perguntar se estas questões refletem preconceitos, ou expressam a realidade?

Este trabalho não tem a pretensão de responder às questões colocadas, mas propor uma reflexão sobre a compreensão dos conceitos de: integração, deficiência mental e educação – que são conceitos fundamentais para a APAE.

Da mesma forma, não há necessidade, dentro do campo estrito deste trabalho de mencionar os tipos de doenças mentais existentes. Seria por demais enfadonho e despropositado. Porém, sabe-se que há uma classificação de deficiência mental, passando pela severa, leve e etc. A gradação da doença mental acarretará conseqüências diversas no campo da proteção da integração social.

Mas, qual o verdadeiro significado do direito à integração social das pessoas portadoras de deficiência? Ainda, qual o conteúdo desses direitos? Estariam eles limitados ao direito à igualdade ou o conteúdo estaria compreendido em outros? A resposta passa obrigatoriamente pelo direito à saúde, ao trabalho – protegidos ou não – direito à vida familiar, à eliminação das barreiras arquitetônicas e, inegavelmente, pelo direito à igualdade.

Esta igualdade surge como ponto de equilíbrio do direito das pessoas portadoras de deficiência. Toda e qualquer interpretação constitucional que se faça, deve passar obrigatoriamente, pelo princípio de igualdade. Só é possível entender corretamente tal tema partindo do pressuposto da proteção excepcional das pessoas portadoras de deficiência se entendermos corretamente o princípio da igualdade.

Ainda tal igualdade deve ser a regra mestra de aplicação de todo entendimento do direito à integração das pessoas portadoras de deficiência. Da mesma forma, a igualdade deve ser aplicada para impedir que a deficiência sirva de quebra do princípio isonômico, sem logicidade para tal discriminação.

Após ter verificado o princípio de igualdade, é de suma importância salientar que, enquanto análise do conteúdo do direito à integração social das pessoas portadoras de deficiência deve se analisar e resguardar o direito à saúde.

Como consequência primeira do direito à saúde deve se agregar o direito à prevenção de doenças. Deste modo, o Estado é responsável tanto por manter o indivíduo são, desenvolvendo campanhas e políticas de saúde, como para evitar que ele se torne doente. O direito à prevenção de doenças é, conseqüentemente, parte do direito à saúde. Ainda, caberá ao Estado a tentativa de reabilitação dessas pessoas, dando materialidade ao direito à saúde.

As pessoas portadoras de deficiência ainda contam com um problema de grande seriedade. Quando instala a deficiência no seio familiar pode ocorrer grandes desequilíbrios emocionais, já que, a falta de preparo desencadeia comportamentos de super proteção, segregação, piedade, rejeição.

Infelizmente o maior problema causador de traumas ou até mesmo de regressões no quadro de pessoas portadoras de deficiências se deve ao fato que a rejeição ou super proteção por parte das pessoas ou mesmo dos próprios pais, fazem com que o indivíduo deficiente sinta-se marginalizado, ou diminuído. Fruto da ignorância, estas segregações sociais podem ser contornadas pelas campanhas de conscientização por parte do próprio Estado.

I - EDUCAÇÃO ESPECIAL E O TRABALHO DA APAE – ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS

A educação é um direito de todos, portadores ou não de deficiências. As pessoas portadoras de deficiência têm direito à educação, à cultura, como forma de aprimoramento intelectual por se tratar de bem derivado do direito à vida. A educação deve ser ministrada sempre tendo em vista a necessidade da pessoa portadora de deficiência. Assim, pode ser especial ou comum, em escolas especiais ou escolas comuns. Se o indivíduo for portador de um retardo mental leve, poderá ser educado em um estabelecimento comum.

Na hipótese de uma lesão mental acentuada, o ensino deve ser feito em classes especiais de modo que o indivíduo receba atenção mais efetiva do professor, ao ministrar as lições de que necessita. Entretanto, certas deficiências não apresentam qualquer necessidade de educação especial. As pessoas portadoras de deficiência de locomoção não necessitam, em regra, de educação especial, mas de transporte especial para chegarem até as escolas.

Compreende-se que, no contexto da educação especial, o termo educacional se refere a todo o espaço institucional voltado para o desenvolvimento e aprendizado do indivíduo. Este espaço é comprometido com os múltiplos e interdependentes aspectos do desenvolvimento – cognitivo, afetivo, sócio-emocional –, tendo como referência as diferenças individuais e as possibilidades sócio-educacionais de seus sujeitos.

Acredita-se que toda criança deve ter o direito de estar inserida em um programa educacional, independente de suas possibilidades de aprendizagem acadêmica, até porque o sentido aqui atribuído ao processo educacional ultrapassa, e muito, os limites impostos a um programa restrito à educação formal, acadêmica.

Todo espaço educacional pressupõe a convivência entre os pares. A possibilidade de conviver, trocar – dar e receber, e vivenciar situações do cotidiano é um objetivo implícito do processo de aprendizado, bem como no desenvolvimento humano.

O direito de todos os indivíduos à educação, como caminho possível de integração com o meio social, deve ser respeitado, independentemente das dificuldades do educando.

Se a educação é direito de todos, os indivíduos portadores de deficiência estão sem dúvida aí incluídos; portanto, sua educação é plenamente assegurada. Além disso, o art. 208, inciso III da Constituição Federal do Brasil, promulgada em 1988, reassegura o atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência preferencialmente na rede regular de ensino.⁴

Assegurar oportunidades iguais, no entanto, não significa garantir tratamento a todos, mas sim, oferecer a cada indivíduo meios para que ele se

⁴ *Constituição: República Federativa do Brasil*, art. 208, inciso III, p. 121.

desenvolva tanto quanto possível o máximo de suas potencialidades. Assim, para que o princípio de igualdade de oportunidade – direito formal - se torne um fato – direito real -, é indispensável que sejam oferecidas oportunidades educacionais diversificadas. O verdadeiro significado da igualdade de oportunidades repousa mais na diversificação que na semelhança de propostas educacionais.

A integração aparece sobre duas dimensões que se intrelaçam: a dimensão individual e a dimensão social. Muitos professores e outros profissionais da educação acreditam que o aluno com deficiência mental tem pouca, ou nenhuma, possibilidade de se integrar. Será que esta é a realidade?

Ao se pensar na integração social do ponto de vista do sujeito na dimensão individual, podemos falar no movimento próprio da criança, que a conduz naturalmente em direção ao outro e ao meio ambiente. Podemos dizer que esse movimento é uma condição básica para a aprendizagem: aprendizagem de si, do outro e do mundo a seu redor.

Quanto à dimensão social, pode-se pensar nas diferentes formas de receber, ou de aceitar o movimento da criança com deficiência mental por parte do outro. Como esta criança diferente é recebida ao se relacionar com o outro? Qual a influência da aceitação ou da rejeição na construção de sua identidade, de sua auto-imagem, enfim de sua auto-estima?

Pode-se dizer que a integração é um processo bilateral que pressupõe a participação e a ação partilhada ao mesmo tempo dividida e somada. É um movimento de conquista de espaço – interna/externa -, tanto daquele que pertence ao chamado grupo minoritário quanto dos demais participantes da comunidade.

Sem se dar uma visão simplista a esta questão complexa, podemos pensar que, para o sujeito poder se integrar, se assumir como indivíduo, conhecendo e

aceitando as suas possibilidades e dificuldades, tanto por ele mesmo quanto pela sociedade.

Este caminho depende da qualidade das relações – desde as primeiras doenças – que são estabelecidas entre as crianças – dimensão individual e seu grupo de referência – família, escola e etc. – dimensão social.

Depende, ainda, do compromisso e da aceitação da deficiência por familiares, vizinhos, colegas, professores etc. Portanto, depende do processo de relacionamento dialeticamente construído entre os sujeitos.

Vale a pena ressaltar a ineficácia dos instrumentos legais que, na tentativa de garantir a integração do aluno com deficiência mental na classe comum, impõem uma pseudo-aceitação deste, acabando por gerar desordem na órbita escolar.

Quando a presença do aluno diferente é imposta, sem a devida preparação do próprio aluno com deficiência, de seus colegas, professores, dos pais, dos funcionários etc., fica difícil falar em integração. A integração não se faz com atos legais, não pode ser imposta. É, sim, conquistada nas ações e relações.

O grau de comprometimento intelectual das crianças com deficiência mental traz aspectos internos – abrangem uma escala variada. Em uma das extremidades estão as crianças que desenvolvem habilidades sociais e de comunicação eficientes e funcionais, têm um prejuízo mínimo nas áreas sensório-motoras, e podem apresentar comportamentos similares aos das crianças de sua idade que não são portadoras de deficiências. Esse grupo constitui a maioria, cerca de 85%.

No centro da escala estão as crianças com nível de comprometimento intelectual mais acentuado, porém, capazes de adquirir habilidades sociais e de

comunicação, contanto que disponham de apoio e acompanhamento mais constantes. Representam, aproximadamente, 10% dessa população.

Apenas cerca de 5% apresentam um rebaixamento intelectual significativo, com frequência associado a outros comprometimentos. Nos primeiros anos de infância, estas crianças adquirem pouca – ou nenhuma – fala comunicativa e apresentam prejuízos substanciais no desenvolvimento sensório-motor.

Nesta escala, podemos encontrar uma enorme variedade de formas de apresentação e de condições de desenvolvimento e de aprendizagem. Desta forma, o índice de pessoas com comprometimento cognitivo pouco acentuado é predominante com aproximadamente 85% . Os indivíduos com maior comprometimento cognitivo correspondem à menor parcela da população, o que não diminui a importância de se garantir assistência especializada a eles.

Boa parte da população, com o comprometimento intelectual pouco acentuado está excluída da escola pública regular, ora por preconceito ou por falta de profissionais devidamente capacitados. Uma outra parcela está matriculada em classes especiais de rede pública e, um pequeno grupo, está integrada em classe ou escola comum.

Todavia, a integração do aluno com deficiência mental, seja ela em qual for o nível de comprometimento verificado, torna-se uma tarefa um tanto quanto difícil. Não devemos incitar a exclusão ou até mesmo ao preconceito, mas, o que deve ser levado em conta é o bem estar do aluno com deficiência para que este possa reconhecer-se como indivíduo e ter as suas necessidades especialmente atendidas, o que sem dúvida fará com que o retorno seja maior dentro do processo de cognição.

Para superar as barreiras do preconceito, um caminho possível passa, por um lado, pelo conhecimento da condição de deficiência, na dimensão do sujeito; e,

por outro lado, pelas atitudes e pelo comportamento da sociedade – em especial professores, demais alunos e pais etc.-, na dimensão social. Somente assim podemos efetivar ações que garantam o pleno acesso dessa parcela da população aos recursos sócioeducacionais disponíveis.

O acesso a recursos educacionais não é apenas um direito do cidadão com deficiência, mas das vias que pode garantir o exercício de sua cidadania e a apropriação da mesma.

Para o tratamento das deficiências mentais, no geral, deve-se partir do princípio que não existem dois casos exatamente iguais. Assim, nem o Q.I.⁵ nem a origem da deficiência podem ser adotados como critério de semelhança para fins de tratamento.

De modo geral, as deficiências são classificadas em 3 graus: alto, baixo e médio. No primeiro caso, não há possibilidade de tratamento. Já as crianças que apresentam retardo em grau médio (casos treináveis) podem receber tratamento social e adquirir certa independência individual, aprendendo a vestir-se e comer, por exemplo. Quando se trata de grau baixo de deficiência podem progredir a ponto de ter uma profissão simples.

De qualquer forma, não é possível prognosticar cura integral. O tratamento tem como objetivo preparar a criança para produzir dentro de suas limitações.

De acordo com a Constituição Federal vigente:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso

⁵ Quociente de Inteligência.

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.⁶

Já aos quatro meses, é possível diagnosticar a capacidade motora do deficiente mental e, com isso, prever, com bastante probabilidade de acerto, qual será seu desenvolvimento motor.

Quando o diagnóstico for feito por um psicólogo, esse irá estudar o melhor tratamento terapêutico a ser aplicado ao deficiente, pois existe uma diversidade de tratamentos a serem utilizados.

O tratamento feito através de medicamentos tem teoricamente a finalidade de recuperar as células nervosas com funções rebaixadas ou alteradas. Na verdade, não existe nenhum medicamento capaz de recuperar essas funções. Entretanto, há grandes quantidades de medicamentos largamente utilizados – conforme o caso – e às vezes combinados com dietas. Uns pertencem ao grupo que visa especialmente à deficiência; outros, ainda, atingem os sintomas – tranquilizantes. Muitos remédios alimentam o metabolismo das células cerebrais, sendo mais eficazes a longo prazo.

A questão da deficiência mental e o seu enquadramento em padrões pré-determinados exige muita cautela, pois existem muitas situações, quer em relação ao processo de integração social, quer em relação à própria deficiência e suas variantes. A lição de STANISIAU KRYNSKI deixa bem clara a dificuldade de se estudar o tema:

“Não se tratando de uma moléstia única, mais sim de um complexo conjunto de síndromes das mais variadas etiologias e quadros clínicos diferentes cujo único denominador comum é a

⁶ *Constituição: República Federativa do Brasil. Art. 196, p. 117*

insuficiência intelectual, o problema de deficiência mental envolve uma gama enorme de aspectos dos mais diversos, desde o seu pólo biológico-médico, até problemas sociais, de legislação, trabalho, previdência social, etc. Fatores esses que se convencionou agrupar em três categorias...”⁷

A Associação de Deficiência Mental a define como sendo:

“Todos os graus de deficiência mental devidos ou que levam a um desenvolvimento mental insuficiente, dando como resultante que o indivíduo atingido é incapaz de competir, em termos de igualdade, com os companheiros normais, ou é incapaz de cuidar de si mesmo ou de seus negócios com a prudência normal”⁸

Já o “Dicionário de Termos Psiquiátricos”, assim define “Deficiência Mental”:

“Desenvolvimento mental incompleto ou inadequado, acarretando transtornos para uma adaptação social independente e autônoma. Incapacidade de um comportamento intelectual dentro das habilidades permitidas dentro das idades cronológicas, verificada por meio de testes psicométricos”.⁹

⁷ Paulo EVANS, *Algumas Implicações da Obra de Stanislaw Krynsky sobre o deficiente mental. Stanislaw Krynsky em foco*, p.85

⁸ Revista da Associação de Deficiência Mental, Edição nº 16, setembro 1.998, p.14

⁹ Lopes. ^a Dicionário de Termos Psiquiátricos, p.133.

A deficiência mental é agrupada em quatro níveis: Profunda: QI abaixo de 20; Severa: QI entre 20 a 35; Moderada: QI entre 36 a 52; e Leve: QI entre 53 a 70.

Ainda de acordo com KRYNSKI:

“Os deficientes mentais profundos são todos aqueles incapazes de se beneficiarem de qualquer tipo de treinamento ou educação. Necessitam assistência toda a vida. Poucas são as famílias que podem prever essa assistência. Torna-se, por isso, hóspede permanente do Estado.

Os deficientes mental severos estão um pouco abaixo na escala da gravidade, necessitando também, em sua maioria, assistência permanente.

Os deficientes mentais moderados são aqueles capazes de aproveitar os programas de treinamento sistematizados. Apresentam, em grande número problemas neurológicos (cegueira, surdez, distúrbios motores).

A deficiência mental leve constitui um grande volume. Cerca de 85% dos deficientes estão nesse plano, o que exige uma assistência adequada, médica psicopedagógica e social”.¹⁰

O Dicionário de Termos Psiquiátricos, ainda no verbete “deficiência mental” traz a classificação quanto ao aproveitamento do deficiente:

¹⁰ Paulo EVANS, op. cit, p.116

“Quanto dos deficientes mentais: 1. Totalmente dependentes são aqueles que apresentam um quociente intelectual (QI) correspondente a 25. Na sua maioria, são casos a serem institucionalizados, dada a gravidade de suas condições. Requer assistência no vestir, despir, comer, lavar-se, etc. de forma permanente até a sua morte. Devem ser protegidos contra os perigos, não tendo noção de fogo, altura, trânsito, veneno, etc. São incapazes de aceitar e participar do grupo social. Seu desenvolvimento consegue atingir os 25% dos normais. A fala é inadequada ou, então, são totalmente incapazes de articular quaisquer palavras, emitindo sons ou fonemas isolados. 2. Adestráveis: apresentam um quociente intelectual correspondendo de 25 a 50 (QI normal é 100) que lhes permite aprender a vestir-se, lavar-se, comer, um certo cuidado pessoal, higiene e asseio. Possuem alguma habilidade e certa independência, podendo participar, ilimitadamente, na vida social. Aceitam estar com a família, na casa de um vizinho mais próximo sem causar transtornos apreciáveis; partilham e respeitam os direitos alheios, os direitos de propriedade e cooperam com familiares e vizinhos. Podemos confiar-lhes pequenos serviços caseiros ou em volta da casa. Seu desenvolvimento está calculado na base de 25 a 50% do desenvolvimento normal. Certas habilidades acadêmicas, como ler e fazer

operações matemáticas, ainda lhes estão vedadas, mais são capazes de uma aprendizagem rudimentar de algumas palavras e números simples. Ainda não utilizam o raciocínio lógico, nem a linguagem correta ou formação de frases. Por outro lado, conseguem proteger-se contra perigos simples e cotidianos. Tais pacientes adestráveis serão, entretanto, obrigatoriamente, objeto de vigilância, supervisão e amparo econômico, durante toda a vida. Em sua maioria são diagnosticados como deficientes na infância e no início da meninice. Frequentemente, apresentam defeitos físicos associados (surdez, cegueira, mal formação congênita), bem como dificuldades na aprendizagem (sentar, andar, falar etc.) como atrasos significativos; 3. Educáveis: de desenvolvimento lento, mais incapazes de um aproveitamento escolar adequado, devido ao seu bradipsiquismo¹¹. O educável supera, lenta e penosamente, os anos do curso primário, repetindo duas a três vezes cada período letivo. Chega assim aos 16 anos à 3ª ou 1ª série do primeiro ciclo. Só manifesta entendimento de aritmética ou aprendizagem de leitura de 9 a 12 anos. Seu desenvolvimento atinge de 50 a 75% do normal. Embora de linguagem limitada, aprende o suficiente para se fazer entender em termos adequados às situações comuns. Consegue conviver com outras pessoas, chegando a fazer amizades com vizinhos e conhecidos. Muitos

¹¹ Lentidão de Raciocínio.

aprendem um ofício simples e podem sustentar-se com independência, sem ingerência ou necessidade de ajuda de outros. Na avaliação do entrosamento e na adaptação do educável, devemos considerar não apenas seu QI, como ainda seu comprometimento social que é a melhor indicação de sua capacidade de convivência e relacionamento com o ambiente social".¹²

A APAE desenvolve um trabalho que visa a qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiências mentais. No plano mental, certas habilidades ou padrões de conduta são avaliados, determinando-se assim se a inteligência caminha no mesmo ritmo do desenvolvimento físico.

Também nesse caso, a idade da pessoa é o ponto de referência. Só que os meios de aferição utilizados pela instituição são bem diferentes dependentemente da faixa etária em que se encontra a pessoa avaliada.

O que se usa são os testes de inteligência, também denominados "testes de nível mental", capazes de verificar a capacidade intelectual não como um todo, mas através de várias de suas manifestações: abstração, raciocínio, crítica, memória, atenção e concentração, rapidez, percepção, noção de semelhança e diferença, relação espacial e outras mais.

É por estes e outros fatores que não se aplica um único teste, mas vários, cada qual visando a um destes setores. Comparando os resultados com aqueles obtidos num grande grupo de pessoas da mesma faixa etária, submetidas às mesmas provas, atribui-se à pessoa em estudo uma determinada idade mental, que pode ser igual ou não à idade verdadeira ou cronológica.

¹² LOPES. Dicionário de Termos Psiquiátricos, p.119-120.

Assim, através da fórmula **idade mental** dividida pela **idade cronológica**, multiplicada por 100 (cem), chega-se ao Quociente de Inteligência – QI. Exemplo: idade mental superior à idade real, dá QI acima de 100; ao contrário, idade mental inferior à idade cronológica indica QI abaixo de 100 (cem).

Entre 90 e 110, o QI é considerado normal. Abaixo situam-se os deficientes mentais em diferentes graus, e acima os superdotados. Tais esclarecimentos visam elucidar a real significância dos testes utilizados para aferir o conhecimento humano.

Até os dias atuais, muitas escolas servem-se desses testes para selecionar classes homogêneas. Essa, porém não é a única finalidade com a qual são aplicados. Na pediatria por exemplo, ajudam a confirmar diagnósticos, especialmente em casos mal caracterizados de mongolismo¹³, hipotireoidismo¹⁴ etc.

Em clínicas e instituições especializadas, como no caso das APAEs, as crianças com deficiência são submetidas a testes apropriados de nível mental. Além de aplicação de testes, que sempre serão realizadas por psicólogos, há a observação clínica do paciente caso ele necessite.

Estados de tensão, medo, ansiedade, são os causadores do chamado “bloqueio” emocional, podem alterar os resultados de um teste, seja ele de que tipo for, indicando conclusões abaixo da possibilidade real do indivíduo aferido. O mesmo poderá ocorrer caso este indivíduo estiver doente ou indisposto no dia da realização da prova.

Por estas e outras razões, a avaliação da capacidade intelectual de uma pessoa é tarefa complexa, que é realizada por profissionais da área psicológica da

¹³ Idiotia Mongólica; deficiência mental associada a alterações morfológicas: nariz chato, fendas palpebrais de pequena abertura, pômulos proeminentes, boca pequena, língua alongada, mãos e pés curtos e grossos.

¹⁴ Baixa atividade das funções tireóideas.

instituição, no caso, a figura indispensável do psicólogo. Ainda, nunca deve limitar à mera aplicação de um teste que proporcione apenas um resultado numérico. O estudo da inteligência exige também entrevistas e observações do comportamento do indivíduo. Tal postura é adotada diariamente nas APAEs de todo o país, especificamente, na em Uberlândia.

II- O TRABALHO DA APAE EM UBERLÂNDIA:

Durante a realização deste trabalho, pôde-se verificar que a APAE desenvolve trabalhos alternativos voltados para o atendimento das pessoas portadoras de deficiência mental, e suas respectivas famílias, com o objetivo de desmistificar a deficiência junto à comunidade.

Há um grande descaso por parte da sociedade e do poder público em relação aos deficientes mentais, o que por si só já é um atenuante, que faz com que este seja um objeto de estudo, demonstrando que os portadores de deficiência mental são vítimas do preconceito, da desigualdade e da exclusão social.

A APAE é uma associação formada por pais e amigos de pessoas excepcionais, criada por um grupo de pessoas de Uberlândia preocupadas com a falta de assistência para com os portadores de deficiência mental. Ela está situada na rua Tiradentes N.º 485.

Fundada em 1.965, não contava em seu princípio com um órgão de execução de programas. Em 1.975, com o fechamento da Escola Helena Antipoff

pela Prefeitura Municipal, a diretoria da APAE procurou a Secretaria Municipal de Educação, e através de um sistema de parceria, a escola deixaria de ser municipal e passaria a ser responsabilidade do APAE. Com essa parceria, a Prefeitura Municipal de Uberlândia junto ao Governo Estadual e Federal, repassaria uma subvenção em dinheiro e pessoal.

Essa associação segue a um estatuto que é subordinado a Federação Nacional das APAEs, sendo essa o órgão maior, seguido da Federação das APAEs do Estado de Minas Gerais; onde existe uma Delegacia Regional das APAEs, e em seguida, as APAEs, que atendem a população de cada município distintamente.

A APAE de Uberlândia é registrada em órgão Estadual e Federal, e tem filiação na secretária de Educação, e através da lei de utilidade pública Municipal Estadual e Federal, ela é considerada como sendo uma entidade FILANTRÓPICA, E PARA MANTER SEU FUNCIONAMENTO, TEM O ALVARÁ DE LICENÇA DA PREFEITURA, BEM COMO POSSUI O REGISTRO E O CERTIFICADO NO Conselho Municipal de psicologia, fonoaudiologia, medicina, assistência social, fisioterapia, terapia ocupacional, e no conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente.

Existem ainda metas a serem seguidas dentro da Federação Nacional das APAEs, bem como o respeito e a execução da lei de Diretrizes e Bases, e as normas as Secretária Municipal de Educação.

A APAE é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos e não governamental; que atende aos portadores de deficiência mental. Existe uma proposta pedagógica, com três grandes programas a serem seguidos dentro desta entidade: Estimulação Precoce – crianças 0 à 4.; Reabilitação Pedagógica: crianças acima de 4; e a Oficina Pedagógica pré-profissionalizante: para crianças com até 14 anos.

A Estimulação Precoce, procura o desenvolvimento global da criança, contando com o auxílio de profissionais como fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, procurando fazer com que a mesma fique mais próxima da realidade, pois o quanto antes trabalhar com a criança, mais cedo será o grau de recuperação.

A Reabilitação Pedagógica, trabalha com os conteúdos da escola normal, como história, matemática, etc e os adapta através de técnicas especiais para o aprendizado do deficiente. As salas são divididas de acordo com a dificuldade do aluno, e o trabalho é feito de acordo com a necessidade do mesmo, proporcionando assim um trabalho individual do professor com cada um. Isso é feito para que a criança possa ter condições necessárias para ser encaminhada para a escola regular,(mas a família é informada e orientada até que ponto o seu filho irá se desenvolver). O objetivo não é o de manter a criança na instituição, mas sim encaminhá-la para a escola comum.

A Oficina Pedagógica pré-profissionalizante, orienta para o processo do mercado de trabalho, procura desenvolver os hábitos e atitudes para que a criança possa ter a responsabilidade no trabalho, bem como a consciência deste mesmo. Esse programa, não preocupa com o que a criança não é capaz, e sim procura desenvolver a sua capacidade, trabalha o seu potencial para que se possa chegar o mais perto da normalidade.

O objetivo primordial da APAE em Uberlândia é o de atender aos portadores de deficiência mental ou física, desde que esse tenha algum tipo de deficiência mental, sendo essa a prioridade de atendimento da instituição. Ela atende a crianças de 0 à 14 anos.

Justifica-se não pegar crianças acima de 14 anos, pois estas através de seus atos, vícios e condutas prejudicariam o andamento dos demais alunos. Há

também a participação da família dos portadores de deficiência mental, pois a instituição preocupa-se com a sua subsistência, de modo que, caso haja necessidade haverá a doação de cestas de alimentos.

A equipe de assistência social realiza um trabalho direto que envolve o excepcional e a sua família, de modo a possibilitar uma melhor convivência familiar. Ainda, estes se propõe a verificar o processo de triagem e diagnóstico da doença que é atribuída a cada integrante da instituição, que trabalha com a família e tudo o que envolve a criança e o meio em que ela vive.

A APAE propõe um atendimento freqüente, que dispõe de atendimento psicológico com a criança e sua família, e tudo isso é realizado de acordo com a necessidade de cada caso, que é estudado individualmente por uma equipe extremamente preparada para este fim.

Ainda conta com um quadro funcional composto por: uma fisioterapeuta; duas fonoaudiólogas; três psicólogas; uma assistente social; um pedagogo; um neuropediatra; um professor de educação física; treze professores regentes; três monitores; duas serventes; duas cantineiras; um auxiliar de secretária; uma secretária; um diretor. Ainda, fazem parte do quadro funcional: um presidente; um vice-presidente; as secretárias; o tesoureiro; um conselho fiscal e deliberativo.

A diretoria da associação é responsável pela manutenção, pelo trabalho dos funcionários, e pela conservação da escola, tanto no aparato físico quanto na execução, e direção do órgão gestor da entidade.

Assim, a APAE é uma instituição cujo objetivo principal é, através dos trabalhos desenvolvidos, fazer com que os alunos desenvolvam suas potencialidades o tanto quanto possível, para que possam serem integrados na sociedade, bem como estarem aptos para freqüentarem a escola comum.

III- O HISTORIADOR E A CONTEMPORANEIDADE

Tendo como base o trabalho aqui desenvolvido, este visa uma meditação frente aos temas com os quais fazem parte da contemporaneidade, principalmente pelo fato de falar de fontes do presente que não é uma tarefa fácil.

Compreendendo que o estudo da história não diz somente respeito ao passado, mas pode referir ao estudo do presente, com uma abordagem de temas que fazem parte do nosso cotidiano, no caso desta pesquisa, a situação do deficiente mental dentro da sociedade, e o trabalho que a APAE realiza com estes mesmos em Uberlândia.

A história é, entre outras coisas, uma eterna busca de indícios, testemunhos e depoimentos. O historiador do presente dialoga com sua própria fonte. Desse entendimento, pode surgir um trabalho fecundo.

Logo, o jornalista se difere em muito do historiador, porque o jornalista não tem o compromisso em verificar se os fatos são verdadeiros ou não, pois este visa tão somente a notícia. Enquanto que o historiador se direciona no sentido de constatar se os fatos são verdadeiros, ele colhe os depoimentos e não simplesmente narra os acontecimentos.

Determinar e estabelecer quais os acontecimentos contemporâneos estão prontos a serem retransmitidos para o futuro, esse é o papel do historiador, e isso é feito para que os acontecimentos possam ser efetivados dentro do contexto histórico.

O historiador deve ter uma atenção á todos os requisitos básicos de verificação dos fatos, para que os acontecimentos históricos apreendidos por ele no seu tempo não sejam falsos ou duvidosos. E isso deve ser feito para que um trabalho sério possa ser desenvolvido, onde o grau de importância irá selecionar o objeto de estudo e de pesquisa, neste caso, o trabalho realizado pela APAE em Uberlândia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

De acordo com o que anteriormente fora apresentado, a pessoa deficiente tem o direito à igualdade, à convivência familiar, à cultura, enfim, a tudo que uma pessoa “normal” tenha direito.

Mas o verdadeiro significado do direito à integração social das pessoas portadoras de deficiência, tal qual o conteúdo desses direitos são inegavelmente observados pela APAE dentro da realidade de Uberlândia, e ao tornar-se objeto de um estudo historiográfico, tal significado deve ser amplamente pesquisado e demonstrado, para que, ao tornar-se parte da história, o faça não somente por suas ações, e sim por ser uma peça integrante do quadro do município em questão.

Desse modo, a responsabilidade da integração do deficiente mental na sociedade envolve todos os setores que a compõe. Cabe a sociedade como todo, poderes públicos, instituições sociais (neste caso a APAE), a família, as empresas, as escolas, etc. tornar possível e dar continuidade da integração educacional, da integração social, e profissional. Somente dessa forma através de uma educação integradora, a criança vai adquirir o seu espaço por direito.

A tendência mundial, aponta para a integração de crianças deficientes. Neste caso, a APAE tem o objetivo de preparar o deficiente para que esse possa freqüentar as escolas normais. A grande convicção no futuro, é que as crianças deficientes tenham as mesmas oportunidades que as crianças não deficientes, pois cabem-lhes as mesmas e legítimas aspirações de realização pessoal, de participação social.

Dentro desse quadro, a APAE realiza um trabalho que busca o desenvolvimento das potencialidades do deficiente. A instituição prepara e qualifica o mesmo através de cursos pré-profissionalizantes, para que esse tenha a oportunidade de ser colocado no mercado de trabalho, pois o seu objetivo é o de formar indivíduos produtivos, respeitados, e integrados.

Concluindo, o trabalho desenvolvido pela APAE em Uberlândia é de suma importância, pois esse faz com que as pessoas portadoras de deficiência mental sejam assistidas de modo profissional, sem todavia desprezar ou diminuir o fator humano, que é, sem dúvida, um dos melhores instrumentos no tratamento das deficiências mentais. É necessário que se conheça mais sobre a questão, e a APAE, no decorrer da sua existência procura levar o auxílio, e a informação à população, que infelizmente, ainda não se conscientizou de que todas as pessoas, portadoras ou não de deficiência metal, tem o direito à educação, e de viver com dignidade. Deste modo é louvável iniciativas como esta, que sem dúvida constituem um ótimo objeto de estudo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIELER, Rosângela Berman (Org.). Ética e Legislação: Os Direitos das pessoas portadoras de deficiências no Brasil. Rotary Club, Rio de Janeiro: 1.990.

AMARAL, Lígia Assumpção. Pensar a diferença / Deficiência. Coordenadoria Nacional para a Integração da pessoa portadora de deficiência: Cord. 1.994.

SILVA, Otto Marques da. A Epopéia Ignorada: A pessoa Deficiente na História do Mundo de Ontem e de Hoje. São Paulo: Cedras, 1987.

CONSTITUIÇÃO: República Federativa do Brasil: Brasília: Senado Centro Gráfico, 1988.

ARAÚJO, Luiz Alberto David. A Proteção Constitucional das Pessoas Portadoras de Deficiência. Coordenadoria Nacional Para a Integração da pessoa Portadora de Deficiência–CORDE. Brasília: 1994.

CHAUVEAU, Agnès e Tétart Philippe. Questões para a História do Presente. Baurú, SP, EDUSC, 1.999.

DICIONÁRIO de Medicina, Editora Associadas. São Paulo: 1.998.

AMARILIAN, Maria Lúcia Psicologia do excepcional. Ed. Pedagógica, e
Universitária LTDA. SP. 1986

MAWTOAN, Maria Tereza Eglér. A integração de pessoas com
deficiência: Contribuições para uma reflexão sobre o tema.
Editora .SENAC.SP.1997.

EVANS, P. Algumas implicações da obra de STANISIAU KRYNSKY
sobre o deficiente mental. Stanisiau Krynsky em foco. Porto Alegre.
EVDE,1994.

GLAT, Ricardo. A contribuição da Medicina no estudo do deficiente
Mental. RJ. Agir.1989.

Americam Magazine of Mental Retardation. Edição n.º 92, Março1998.

SEARS, R. & MACCOBY, E. Patterns of children rearing. NY . Columbus
1974.

Revista da Associação de Deficiência Mental, Edição n.º16, Setembro 1998.

MAZZOTA, Marcos. Educação escolar: comum ou especial?
São Paulo. Pioneira,1986.

LOPES, A. Dicionário de Termos Psiquiátricos. R J, Editor,1978, .

REGEN, Mina. Mães e filhos especiais: relato de experiência com grupos
de mães de crianças com deficiência. Brasília, Coordenadoria
Nacional para a integração da Pessoa portadora de Deficiência
CORDE, 1993.

DUNN,L.M, Crianças excepcionais – seus problemas, sua educação. Ao
Livro técnico, R J ,1971.

ANEXO

Entrevistas realizadas

Marislene Nunes da Silva

Assistente social

Zélia de Oliveira Bittencourt e Souza

Diretora da APAE

Marilúcia Alves Santos

Fisioterapeuta