

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

ADRIANE CRISTINA POSSARI LEMOS

**CAPACIDADE FUNCIONAL EM DEFICIENTES MENTAIS DO CENTRO DE
EDUCAÇÃO ESPECIAL – APAE, CAMPO GRANDE, MS.**

BRASÍLIA

2009

ADRIANE CRISTINA POSSARI LEMOS

**CAPACIDADE FUNCIONAL EM DEFICIENTES MENTAIS DO CENTRO DE
EDUCAÇÃO ESPECIAL – APAE, CAMPO GRANDE, MS.**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz

BRASÍLIA

2009

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, pois sem Ele nada disso seria possível. Dedico também ao meu marido Marcelo, que é uma pessoa maravilhosa e que está sempre ao meu lado, ao meu filho Felipe que é o grande presente de Deus em nossas vidas, aos meus pais Wardes e Cristina pela força e amor constante, aos meus irmãos Adelle e Thiago e cunhados pelo companheirismo sempre, e a todas as pessoas que me ajudaram de forma direta ou indiretamente para a realização desse sonho.

Muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradecer a minha querida, carinhosa e especial amiga Fabiana Maria das Graças Oliveira, pela maravilhosa e única oportunidade que me proporcionou para a realização deste sonho.

Ao ex-presidente da APAE de Campo Grande-MS, Sr João Pedro Santana Pereira, pela oportunidade e apoio.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz, imprescindível ao sucesso de nosso trabalho.

Aos familiares, que contribuíram com incentivo e apoio. Em especial para a minha maravilhosa, dedicada e carinhosa mãe Cristina, ao meu marido Marcelo e a minha querida e exemplar irmã Adelle, que me auxiliaram em todos os momentos que necessitei.

As minhas sempre amigas e companheiras Juliana Araújo, Kátia Félix, Carla Ramos e Ana Paula Bezerra, sempre com incentivos e palavras de força.

RESUMO

A capacidade funcional é definida como possibilidades no desempenho das atividades de vida diária e cotidiana. O presente trabalho objetivou investigar a capacidade funcional de escolares com deficiência mental atendidos pelo Centro de Educação Especial Girassol – APAE, Campo Grande - MS, no sentido de identificar quais são as potencialidades e limitações funcionais apresentadas pelos escolares da referida instituição. Participaram do presente estudo 100 escolares matriculados no Centro de Educação Especial Girassol – APAE da cidade de Campo Grande - MS. Foram utilizados como instrumentos, a aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), e de duas escalas para as habilidades funcionais: Índice de Barthel (IB) e Escala de Lawton. A amostra constituiu-se predominantemente por escolares do gênero feminino (55%). Através do estudo realizado com os escolares, o resultado geral do Mini Exame do Estado Mental demonstrou o percentual de 92% para o ponto de corte relacionado à deteriorização cognitiva. É importante ressaltar que para o aluno estar matriculado no CEDEG-APAE de Campo Grande-MS, ele deve apresentar o diagnóstico de deficiência mental associada ou não a outras deficiências. O resultado geral total em relação à Escala de Barthel – AVD foi de 9% de dependência grave; 38% dependência moderada; 39% dependência leve e apenas 14% apresentaram independência. O resultado geral total da Escala de Lawton – AIVD demonstrou máxima dependência. Apesar dos dados demonstrarem grande dependência funcional por parte dos escolares da instituição foco da pesquisa, os números servirão para estabelecer novos desempenhos das habilidades nas rotinas da escola, no trabalho e em casa. São discutidas possibilidades de suprir as dificuldades funcionais por meio de mecanismos de compensação e otimização como as tecnologias assistivas, técnicas específicas para o treinamento funcional e apoio social desses escolares.

Palavras-chave: Deficiência Mental; Capacidade Funcional; Escolares.

ABSTRACT

Functional capacity is defined as the absence of difficulties in performing daily activities and daily life. The present study investigated the functional capacity of children with mental disabilities served by the Center for Special Education Sunflower - APAE de Campo Grande-MS, in order to what are the functional capabilities and limitations presented by the scholars of that institution. Participants of this study 100 students enrolled in the Center for Special Education Sunflower - APAE the city of Campo Grande MS. We used the Mini Mental State Examination (MMSE), and two scales for the functional abilities: Barthel Index (BI) and Scale Lawton. The sample was composed predominantly of female students (55%) Through the study of the school, the overall outcome of the Mini Mental State Examination showed the percentage of 92% for the cut-off point related to cognitive deterioration. It is important to emphasize that the student be enrolled in CEDEG-APAE of Campo Grande-MS, it must make the diagnosis of mental retardation with or without other disabilities. The overall outcome in relation to the total Barthel Scale - AVD was 9% of severe dependence, 38% moderate dependency, 39% dependence on light and only 14% were independent. But the overall outcome of the total scale of Lawton - IADL showed maximum dependence. Although the data show large functional dependency on the part of the institution's educational focus of the research, these results can be used to establish new performance skills in the routines of school, at work and at home. In an attempt to meet the functional difficulties, can be used for compensation and optimization mechanisms such as technology assistance, technical training specific to the functional and social support of children.

Keywords: Mental Disabilities; Functional capacity; School.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Idade	33
Gráfico 2: Teste Mini Exame de Estado Mental (MEEM)	34
Gráfico 3: Alimentação	35
Gráfico 4: Banho	35
Gráfico 5: Vestuário	36
Gráfico 6: Higiene pessoal	37
Gráfico 7: Dejeções	37
Gráfico 8: Micção	38
Gráfico 9: Uso do vaso sanitário	38
Gráfico 10: Passagem cadeira-cama	39
Gráfico 11: Deambulação	39
Gráfico 12: Escadas	40
Gráfico 13: Capacidade para usar o telefone	41
Gráfico 14: Compras	41
Gráfico 15: Preparo das refeições	42
Gráfico 16: Tarefas domésticas	42
Gráfico 17: Lavagem da roupa	43
Gráfico 18: Uso de meios de transporte	44
Gráfico 19: Responsabilidade em relação à medicação	44
Gráfico 20: Gestão de assuntos econômicos	45
Gráfico 21: Resultado geral – Índice de Barthel	46
Gráfico 22: Resultado Geral – Escala de Lawton	46

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAMR	-	Associação Americana de Deficiência Mental
APAE	-	Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais
AIVD	-	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	-	Atividades de Vida Diária
ABVD	-	Atividades Básicas de Vida Diária
CEDEG	-	Centro de Educação Especial Girassol
CONEP/MS	-	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa/ Mato Grosso do Sul
DM	-	Deficiência Mental
IB	-	Índice de Barthel
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
QI	-	Quociente de inteligência
MEC	-	Ministério da Educação do Brasil
MEEM	-	Mini Exame do Estado Mental
PNEEs	-	Portadores de Necessidades Educativas Especiais

SUMÁRIO

1. Introdução	1
1.1 O Problema e a sua Importância	1
1.1 Relevância do Estudo	3
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo Geral	4
2.2 Objetivos Específicos	4
3. Revisão da Literatura	4
3.1 Deficiência Mental	5
3.1.1 Histórico da Deficiência Mental	6
3.1.1.1 Idade Antiga	7
3.1.1.2 Idade Média	8
3.1.1.3 Idade Moderna	9
3.1.2 Terminologia	11
3.1.3 Definição e Classificação	14
3.1.4 Causas	19

3.1.5 Características	21
4. Capacidade Funcional	22
4.1 Conceito	22
4.2 Capacidade Funcional e Deficiência Mental	24
5. Material e Métodos	27
5.1 Caracterização do Estudo	27
5.2 Local do Estudo	28
5.3 População do Estudo	28
5.4 Amostra do Estudo	29
5.5 Instrumento de Coleta de Dados	30
5.6 Comitê de Ética Em Pesquisa	32
6. Análise e Discussão dos Resultados da Pesquisa	33
7. Conclusões	51
8. Considerações Finais	52
9.Referências Bibliográficas	53
Anexos	63
Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	63
Anexo 2 – Fichas dos questionários-escalas para os registros dos dados	65
Anexo 3 – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa	73

1. INTRODUÇÃO

1.1 O PROBLEMA E SUA IMPORTÂNCIA

A problemática das pessoas deficientes esteve sempre presente na história da humanidade. A cada época e cultura, o entendimento e a conveniência social destas pessoas assumiam características diferentes. Porém a eliminação, o isolamento e a segregação prevaleciam na antiguidade. FONSECA (1987) apud BARROS *et al.* (2001).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, 10% (dez por cento) da população brasileira é composta de pessoas portadoras de deficiência, das quais 5% (cinco por cento) são portadoras de deficiência mental. Em dados atuais, essa cifra corresponde a 750.000 (setecentos e cinquenta mil) pessoas. BALLONE (2001).

Segundo CARVALHO e MACIEL (2003, apud GONÇALVES *et al.* 2008) a deficiência mental é considerada condição deficitária, envolve um conjunto de fatores entre eles as habilidades intelectuais, comportamento adaptativo (conceitual, prático e social), participação comunitária, interações e papéis sociais, condições etiológicas e de saúde, aspectos contextuais, ambientais e as oportunidades de vida do sujeito.

Em relação à deficiência mental KRYNSKI (1969, apud BARROS *et al.* 2001) diz que a mesma constitui uma das mais importantes enfermidades crônicas na infância. Trata-se de um complexo conjunto de síndromes das mais diversas etiologias e quadros clínicos diferentes, cuja única característica em comum é o comprometimento intelectual.

O problema da deficiência mental não se limita apenas a um aspecto, mas sim agrupa fatores biológicos, psicológicos e sociais. No entanto, segundo VERDUGO (1994, apud CUNHA e BRITO 2004) cada pessoa é única e desenvolve a doença à sua maneira, ou seja, de acordo com a resposta de seu organismo. Nem todas as pessoas com deficiência mental precisam dos mesmos apoios nas diversas áreas. Assim, as necessidades devem, antes de tudo, ser

definidas através de avaliações clínicas e educacionais, mas, nunca em função de um diagnóstico fechado que rotula a pessoa. Sendo assim, se faz necessário uma avaliação detalhada do indivíduo identificando os apoios de que ele necessita, providenciando-se a intervenção que reconheça a relação existente entre os aspectos considerados.

Apesar dos intensos avanços em todas as áreas do conhecimento nas últimas décadas e em especial na medicina, muitas causas da deficiência mental ainda são desconhecidas. Estudos recentes revelam que 50% (cinquenta por cento) das causas de deficiência mental dos tipos menos graves são desconhecidas e entre as mais agravadas, 30%(trinta por cento) têm sua origem desconhecida PINHEIRO (2000).

PINHEIRO (2000) acrescenta também que o interesse em conhecer as causas da deficiência mental deve-se à importância de detectar as possíveis limitações que possa vir a provocar certo grau de dependência, relacionado diretamente com a perda de autonomia e dificuldade de realizar as atividades básicas de vida diária, interferindo na sua qualidade de vida. Conhecer as causas e conseqüências da deficiência é de extrema importância para conhecer a capacidade funcional do indivíduo deficiente mental.

A capacidade funcional surge, como um novo paradigma de saúde, particularmente um valor ideal para que o indivíduo possa viver independente, sendo esta a capacidade em realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, ou seja: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar refeições, controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar telefone, caminhar certa distância entre outros.

Assim, lidar com pessoas diferentes é muito mais que desenvolver um trabalho, implica em mudar de concepções. Subjacente à ótica pela qual o indivíduo diferente é encarado existe um conceito de indivíduo, de inteligência, de aprendizagem, de capacidade, de funcionalidade e de criatividade.

Dessa forma este trabalho propõe verificar a capacidade funcional dos escolares atendidos pelo Centro de Educação Especial Girassol e fornece respostas que venham a orientar trabalhos futuros neste campo por profissionais que acreditam no potencial criativo do Deficiente Mental.

1.2 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Qualquer que seja o trabalho relacionado com as pessoas deficientes mentais tem grande relevância, pois contribuem para o conhecimento acerca desta deficiência, buscando propor alternativas que valorizem o potencial e as capacidades desta população.

O trabalho em questão se propôs a investigar e identificar a capacidade funcional dos escolares atendidos no Centro de Educação Especial Girassol através de escalas comprovadas cientificamente e específicas, pois conhecer a capacidade funcional dos mesmos servirá para estabelecer novos desempenhos das habilidades nas rotinas da escola, no trabalho e em casa.

Os comprometimentos físicos e mentais que limitam a sua capacidade de realizar alguma atividade cotidiana, normalmente são classificados de acordo com os seus diagnósticos clínicos, e de acordo com o grau de independência. Assim, os dados da avaliação podem ser utilizados para direcionar os indivíduos para programas que otimizem o aprendizado, haja vista que eles podem identificar pontos fortes e fracos do indivíduo e determinar se o mesmo necessita de uma avaliação mais profunda.

Na tentativa de suprir as dificuldades funcionais, podem ser usados mecanismos de compensação e otimização como as tecnologias assistivas, técnicas específicas para o treinamento funcional e apoio social desses escolares. Sendo assim, o presente estudo justifica-se também por ser um estudo pioneiro

na área de avaliação funcional de populações especiais no estado de Mato Grosso do Sul, podendo ser um ponto de partida para estudos posteriores.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a capacidade funcional em deficientes mentais, do Centro de Educação Especial – APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais), Campo Grande-MS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar o perfil epidemiológico dos escolares;
- Conhecer as atividades funcionais pertinentes dos escolares;
- Identificar as habilidades funcionais dos escolares.

3. REVISÃO DA LITERATURA

O capítulo 3 em questão versa sobre a deficiência mental na visão de diferentes autores visando uma melhor compreensão dos pressupostos teóricos adotados. Sendo assim, será tratado no primeiro tópico sobre a Deficiência Mental, versando sobre a deficiência mental ao longo dos séculos, desde a antiguidade até à atualidade, bem como as definições, as causas e características da Deficiência Mental. Na seqüência, no capítulo 4 a ênfase será dada à

capacidade funcional e a deficiência mental. No capítulo 5 serão apresentados os materiais e métodos utilizados na presente pesquisa, como a caracterização do estudo, local, população, amostra e ainda instrumentos de coleta de dados e o tratamento da pesquisa.

3.1 DEFICIÊNCIA MENTAL (DM)

Segundo FREITAS (2007) o Censo Demográfico Brasileiro realizado em 2000 apresentou pela primeira vez na história dados sobre as pessoas com deficiências, mostrou ainda graus de severidade ou incapacidade e não somente se as pessoas possuem deficiência ou não. Os dados coletados através do Censo 2000 comprovaram que 24,6 milhões de pessoas se declararam deficientes, o que representa 14,5% do total da população brasileira. Em relação à deficiência mental os números da população brasileira são de aproximadamente 2.848.684 ou 8,3% de pessoas com esta deficiência.

Os dados do Censo destacam ainda que a proporção de pessoas com deficiência aumente com a idade, passando de 4,3% nas crianças e jovens com até 14 anos, para 54% do total das pessoas com idade superior a 65 anos IBGE (2000) apud FREITAS (2007).

BACCIOTTI (2007) apresenta em sua dissertação que o Estado de Mato Grosso do Sul apresentou em 2000 aproximadamente 31.120 pessoas com deficiência mental, sendo que 9.034 destas pessoas encontram-se na cidade de Campo Grande-MS. A autora não apresentou dados por faixa etária em relação à cidade de Campo Grande, mas sabe-se que em Mato Grosso do Sul há cerca de 5.499 pessoas com deficiência mental na faixa etária de 5 a 17 anos.

3.1.1 HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA MENTAL

Para CUNHA e BRITO (2004) historicamente as pessoas que não se enquadravam em um padrão estabelecido pela sociedade eram sido marginalizadas ao longo da história. Os deficientes de maneira geral fogem a este padrão por possuírem características físicas e/ou mentais que diferem do padrão socialmente imposto, o que acarreta inúmeras formas de manifestação de preconceitos.

Coadunando com a idéia preconizada por CUNHA e BRITO (2004) SUDBRAK (1999), p.32 ressalta que:

Ao longo da história da humanidade, os deficientes mentais foram vistos e considerados sob diferentes aspectos e, historicamente, foram rejeitados. Muito do que é hoje aceito como uma abordagem humanitária aos indivíduos doentes e incapacitados provém de ideais religiosos e humanitários.

Assim, para que se possam conhecer as idéias que norteiam a concepção acerca da deficiência mental, entender o estigma atualmente relacionado a essa parcela da sociedade e para que se possa compreender melhor o lugar do deficiente mental na sociedade contemporânea, se faz necessário conhecer a história do deficiente mental em diferentes épocas.

São muitos os autores que versam sobre o abandono das crianças deficientes durante a antigüidade, ARANHA, (1995); PESSOTI, (1984); SCHWARTZMAN, (1999). Esta atitude vai de encontro com os ideais morais da sociedade clássica e classista da época, em que a perfeição do indivíduo era extremamente valorizada por diversos motivos, dentre eles em relação ao sexo masculino, por serem classificados perfeitos para as práticas de guerra, haja vista que os povos antigos viviam em constantes batalhas.

3.1.1.1 IDADE ANTIGA

CORREIA (1997) apud CARDOSO (2006) historia que a segregação de deficientes remontam desde a Idade Antiga. Em Esparta, na antiga Grécia, por exemplo essas crianças eram abandonadas na montanhas.

Talvez iso ocorresse porque em Esparta, os meninos a partir dos 7 aos 37 anos, deveriam estar a serviço do exército. Devido a isso havia uma exigência de pessoas saudáveis, capazes de defender o Estado nas constantes batalhas. Aqueles que tivessem algum tipo de deficiência não estariam aptos para o exercício da guerra. Ao nascer, os bebês eram levados a uma espécie de comissão oficial formada por anciãos de reconhecida autoridade.

Sobre essa prática SILVA (1986) p. 122 esclarece que:

Toda criança nascida se lhes parecia feia, disforme e franzina, como refere, Plutarco, esses mesmos anciãos, em nome do Estado e da linhagem de famílias que representavam, ficavam com a criança. Tomavam-na logo a seguir e a levavam a um local chamado Ápothetai, que significa depósito. Tratava-se de um abismo situado na cadeia de montanhas Tahgetos, perto de Esparta, onde a criança era lançada e encontraria a morte, pois, tinham a opinião de que não era bom nem para a criança nem para a república que ela vivesse, visto como desde o nascimento não se mostrava bem constituída para ser forte, sã e rija durante toda a vida.

Segundo o autor acima citado em Atenas, considerada por muitos como o berço da civilização, o tratamento dado às pessoas com alguma anomalia não era muito diferente daquele tratamento dado em Esparta.

Quando um bebê nascia com alguma deficiência, a prática comum era que o próprio pai quem deveria eliminá-lo.

Segundo PESSOTI (1984), em Esparta, crianças portadoras de deficiências físicas ou mentais eram consideradas sub-humanas, o que legitimava sua eliminação ou abandono.

3.1.1.2 IDADE MÉDIA

Na Idade Média, a deficiência era concebida como um fenômeno metafísico e espiritual devido à influência da Igreja; à deficiência era atribuído a um caráter "divino" ou "demoníaco" e esta concepção, de certa forma, conduzia o modo de tratamento das pessoas deficientes.

Pode-se comprovar tal fato através da citação de FERREIRA e GUIMARÃES (2003), p. 65:

Na Idade Média, a crença nos fatores sobrenaturais foi intensificada, de modo que o homem passou a ser encarado como um ser submetido a poderes invisíveis, tanto para o bem como para o mal. Isso acarretou diferentes reações, de acordo com o tipo de excepcionalidade apresentada. Os indivíduos epiléticos e psicóticos, por exemplo, eram considerados portadores de possessões demoníacas. Já os cegos eram muitas vezes tido como profetas e videntes.

Com a influência da doutrina cristã, os deficientes começaram a ser vistos como possuindo uma alma e, portanto, eram filhos de Deus. Desta forma, não eram mais abandonados, mas, sim, acolhidos por instituições de caridade.

SCHWARTZMAN (1999) esclarece que ao mesmo tempo em que imperava esse ideal cristão, os deficientes mentais eram considerados como produtos da união entre a mulher e o demônio, o que justificava a queima de ambos, mãe e criança. Além dessa prática, usavam-se também outras mais "amenas" como punições, torturas e diversos tipos de maus-tratos no lidar com essas pessoas. ARANHA (1995). Essa era a postura da sociedade daquela época, em que a ambivalência caridade-castigo constituía, de acordo com PESSOTI (1984), p. 6 a marca definitiva da atitude medieval diante da deficiência mental.

FRANCO e DIAS (2008) corroboram que apesar de ser evidente a segregação das pessoas excepcionais na Idade Média em 1260, Luís XIII fundou, em Paris, o asilo de Quinze-Vingts, a instituição mais importante da Idade Média destinada exclusivamente às pessoas portadoras de deficiência, com o objetivo de atender soldados franceses que teve alguma parte de seu corpo

mutilada durante a guerra, mas que ofereceu atendimento e também abrigo aos outros tantos portadores de deficiências.

No entanto, alguns autores relatam que ao contrário do que a literatura aponta, o referido asilo foi criado com o objetivo de retirar as pessoas com deficiências das ruas de Paris, onde viviam como mendigos e não para abrigá-los, como faziam parecer num primeiro momento.

SILVA (1986) acrescenta que apesar de durante a Idade Média ser construídos asilos para abrigar os portadores de deficiências eles não eram em número suficiente para atender a todos, por isso muitos ficavam perambulando pelas ruas ou eram aceitos por algumas famílias por motivos supersticiosos ou ainda serviam como bobos da corte.

PESSOTTI (1984) lembra ainda que data nessa época a Inquisição, que sacrificou como hereges ou endemoninhados milhares de pessoas, entre elas, pessoas com deficiência.

3.1.1.3 IDADE MODERNA

PESSOTTI (1984) historia ainda que durante a Idade Moderna, ou seja, a partir de 1789, que vários inventos foram criados com intuito de propiciar meios de trabalho e locomoção aos portadores de deficiência, tais como a cadeira de rodas, bengalas, bastões, muletas, coletes, próteses, macas, veículos adaptados, camas móveis e etc.; Data dessa época o Código Braille que foi criado por Louis Braille e propiciou a perfeita integração dos deficientes visuais ao mundo da linguagem escrita.

Segundo SILVA e DESSEM (2001) no final do século XV, houve a revolução burguesa e, com ela, uma mudança na concepção de homem e de sociedade, o que proporcionou também uma mudança na concepção de deficiência. Esta passou a ter uma conotação mais direta com o sistema econômico que se propunha, sendo considerada atributo dos indivíduos não produtivos economicamente. Além disso, com o avanço da medicina, houve uma

prevalência da visão organicista sobre a DM, sendo esta vista como um problema médico e não mais, apenas, como uma questão espiritual.

Nos séculos XVII e XVIII, ampliaram-se as concepções a respeito da deficiência em todas as áreas do conhecimento, favorecendo diferentes atitudes frente ao problema, isto é, da institucionalização ao ensino especial. Mas, foi somente no século XIX que se observou uma atitude de responsabilidade pública frente às necessidades do deficiente.

FRANCO e DIAS (2008) historia também que a situação de exclusão, maus tratos e esquecimento vividos pelos deficientes durante toda a Antiguidade e a Idade Média começou a se modificar com a chegada do mercantilismo e do capitalismo comercial, em substituição ao feudalismo. Assim, o período da renascença representou um marco, um revisar dos preconceitos, normas, estatutos, crenças e práticas sociais no que diz respeito ao modo de se relacionar com a pessoa com deficiência que, até então, era explicada como obra do demônio e/ou do divino.

De acordo com BUENO (1994) a educação especial surgiu nas sociedades industriais no séc. XVIII, como parte pouco significativa de um conjunto de reivindicações de acesso à riqueza produzida (material e cultural) e que desemborcou na construção da democracia republicana representativa, cujo modelo expressivo foi implantado na França, pela revolução de 1789, sob as bandeiras da igualdade, liberdade e fraternidade.

Dessa forma, o acesso à escola para pessoas com deficiência por meio da existência de uma escola especial nasceu como necessidade de oferta de escolarização a crianças cujas anormalidades eram consideradas prejudiciais ou impeditivas do convívio com os outros alunos “normais”.

E esta não é uma mera diferença de ênfase na análise do percurso histórico da educação especial, mas uma diferença de fundo, demonstrativa do caráter de segregação do indivíduo anormal e dos processos exigidos pelas novas formas de organização social BUENO (1994) p. 37.

Para ARANHA (1995) no século XX, houve uma multiplicação das visões a respeito do deficiente, com a prevalência de vários modelos explicativos: o metafísico, o médico, o educacional, o da determinação social e, mais recentemente, o sócio-construtivista ou sócio-histórico.

Segundo NUNES e FERREIRA (1994), apesar da existência desses modelos, a deficiência mental ainda continuava sendo considerada como um fenômeno que ocorre no sujeito; portanto, ele é o portador da deficiência.

3.1.2 TERMINOLOGIA

Do histórico da deficiência elencado nos tópicos anteriores deste presente trabalho pode-se perceber que os indivíduos considerados como deficitários em suas habilidades intelectuais, participam das chamadas minorias sociais, e os estigmas que carregam os segregam.

Os estigmas carregados ao longo dos séculos segundo alguns autores estão também relacionados com a terminologia adotada em relação ao deficiente mental, assim, tão importante como aceitar o deficiente com suas diferenças e limitações e atribuir-lhes uma terminologia menos segregadora.

SILVA e DESSEN (2001) citando GLAT (1995) dizem que a deficiência é vista como uma condição desvalorizada em nosso contexto social e que o rótulo de deficiente mental possui uma dupla função: determinar como a pessoa DM vai se comportar na sociedade e, também, os padrões de conduta dos outros ao interagirem com esta pessoa. Esta idéia serve para reafirmar que a deficiência é construída pelo contexto social em que a pessoa vive.

Outra terminologia segregadora construída socialmente e que também se encontra impregnada de preconceito é a que se refere à posição de desviante. Para OMOTE (1995) e MARTINS (1996), a concepção de desvio tem uma relação direta com as práticas coletivas no trato com as pessoas deficientes.

Segundo GLAT (1995), a rejeição da sociedade às pessoas deficientes mentais reflete a própria fragilidade social, pois tudo que é diferente e anormal chama atenção e pode causar variadas reações. Para CROCHÍK (1997), a “diferença” é parte inerente ao conceito de deficiência e traz em si mesmo a possibilidade do preconceito, uma vez que este se caracteriza pela aversão ao diferente.

Para MAZZOTTA (1987) quanto à terminologia, é oportuno observar que, além da variação do termo genérico usado para designar um funcionamento intelectual abaixo da média, são variáveis os termos específicos usados para identificar os graus de retardamento.

Nos Estados Unidos, durante muito tempo, a expressão debilidade mental foi usada para indicar um funcionamento intelectual abaixo da média. Tal expressão foi substituída por deficiência mental e, mais recentemente, por retardamento mental. A expressão “subnormalidade mental” foi proposta em 1954 pela Organização Mundial de Saúde como designação geral para o funcionamento intelectual abaixo da média, tendo sido, entretanto, pouco usada.

MAZZOTTA (1987) esclarece ainda que os educadores franceses utilizam com mais frequência à expressão “deficiência intelectual” e os americanos, a expressão “retardamento mental”.

Para OMOTE (1995), o nome deficiente refere-se a um status adquirido por estas pessoas. Daí tem-se preferido utilizar o termo pessoa deficiente a utilizar o termo pessoa portadora de deficiência. Nesse modo de encarar a deficiência, uma variável crítica é a audiência, porque é ela que, em última instância, vai determinar se uma pessoa é deficiente ou não.

PASCOETTI e ROCHA (1999), p.109 ressaltam que:

O conceito científico da deficiência mental deve ser reavaliado e reconstruído constantemente, em função de sua definição ser regulada pela sociedade. De fato o termo é um artifício lingüístico que tem permitido classificar ou categorizar determinadas posturas dependentes de valores e expectativas culturais de cada época.

Os autores citados acrescentam que o significado social da diferença, trata-se de uma temática bastante oportuna, uma vez que cresce em nossa sociedade a preocupação com os Portadores de Necessidades Educativas Especiais (PNEEs) e, em especial, a recente concepção de educação inclusiva, pautada na garantia do direito de ser diferente.

Segundo BUENO (1997), p. 41 atualmente, no Brasil utiliza-se o termo “necessidades especiais” ou “necessidades educativas especiais”, incluindo todas as crianças avaliadas como apresentando algum tipo de necessidade educativa especial; porém, este conceito, apesar de muito abrangente, perde na precisão e pode estar significando a incorporação de um grande número de crianças, sobre as quais temos grandes dúvidas se teriam, efetivamente, algum tipo de necessidade especial.

O termo necessidades especiais surgiu para evitar a utilização das expressões “pessoas portador de deficiência”, “portadores de deficiência”, no sentido de que, assim, seria evitado o uso da palavra deficiência, supostamente desagradável e pejorativa. Todavia, o termo “necessidades especiais”, não deve ser tomado como sinônimo de deficiência (física, visual, mental, auditiva ou múltipla).

Sobre a terminologia adotada atualmente SASSAKI (1997), p. 15 corrobora que:

É aceitável que se diga ou escreva “pessoas deficientes”. O que não se aceita mais é o uso dos vocábulos “deficiente” e “deficientes” como um substantivo, exceto quando um ou outro for necessário no contexto de uma explicação.

Para PASCOETTI e ROCHA (1999) atualmente, no princípio integracionista, o conceito de necessidades educativas especiais aparece como um marco educativo geral, e curricular em particular, que pressupõe novas concepções e práticas que remete para uma análise dinâmica daquilo que todo o aluno requer do sistema educativo quando frequenta escola.

Diante desse contexto, SILVA e DESSEN (2001) ressaltam que o Ministério da Educação do Brasil (MEC) adotou um enfoque multidimensional para a caracterização da DM, inspirado no modelo proposto pela Associação

Americana de Deficiência Mental (AAMR), incluindo a função intelectual e as habilidades adaptativas, a função psicológico-emocional, as funções física e etiológica e o contexto ambiental.

ARANHA (1991; 1995) corrobora que este modelo enfatiza a funcionalidade do sujeito e o aspecto orgânico da deficiência, o que não deixa de estar coerente com as concepções que prevalecem na nossa sociedade, as quais refletem os valores estabelecidos pelo sistema vigente.

NUNES e FERREIRA (1994) apud SILVA e DESSEN (2001), têm plena convicção que ainda há questões que precisam ser aprofundadas com relação ao conceito de DM. Apesar dos esforços de alguns autores, o discurso da maior parte dos órgãos públicos e dos programas de formação de pessoal mostra que a DM continua sendo considerada como estando dentro do indivíduo, descontextualizada e sem nexos sociais quando, na verdade, este conceito deveria englobar o contexto sócio-econômico e político de nossa época, bem como as influências culturais que estão presentes na construção deste sujeito concreto.

3.1.3 DEFINIÇÃO E CLASSIFICAÇÃO

De acordo com KIRK (1996) tem havido numerosas tentativas de definir deficiência mental em diferentes áreas como a Medicina, Psicologia, Serviço Social e Educação, sendo que cada uma vê a condição a partir de sua própria perspectiva. A definição mais comumente empregada é a criada pelos principais membros da Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR):

A deficiência mental refere-se ao funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, que coexiste com falhas no comportamento adaptador e se manifesta durante o período de desenvolvimento (GROSSMAN, (1997) apud KIRK (1996), p. 121).

KIRK (1996) apresenta ainda a definição proposta por EDGAR DOLL (1941) que coloca todo o peso da natureza constitucional do indivíduo. Doll

definiu deficiência mental como: 1-incompetência social e ocupacional com incapacidade para dirigir negócios a nível adulto; 2 – subnormalidade mental; 3- retardo intelectual desde o nascimento ou primeira infância; 4- retardo na maturidade; 5- resultado de origem constitucional por hereditariedade ou doença e; 6 incurabilidade essencial.

Segundo a AAMR (Associação Americana de Deficiência Mental), deficiência mental é o estado de redução notável do funcionamento intelectual significativamente inferior à média, associado à limitação em pelo menos dois aspectos do funcionamento adaptativo: comunicação e cuidados pessoais, competências domésticas, habilidades sociais, utilização dos recursos comunitários, autonomia, saúde e segurança, aptidões escolares, lazer e trabalho.

Ainda citando a AAMR diz que a deficiência mental pode ser caracterizada por um quociente de inteligência (QI) inferior a 70, média apresentada pela população, conforme padronizado em testes psicométricos, ou por uma defasagem cognitiva em relação às respostas esperadas para a idade e realidade sócio-cultural, segundo provas, roteiros e escalas, baseados nas teorias psicogenéticas. Considerando que os indivíduos diagnosticados como portadores de deficiência mental deverão apresentar QI iguais ou inferiores a 70 – 75 pontos em testes psicométricos de inteligência, e deverá estar com a idade de início da deficiência até os dezoito anos. Tais resultados devem levar em consideração as diferenças culturais, sociais, educacionais, alterações motoras, sensoriais e emocionais do indivíduo avaliados.

A título de esclarecimento é importante frisar que a classificação publicada pela American Association Of Mental Retardation, em 1983, classificava os deficientes em função do coeficiente de inteligência (QI), da seguinte forma: Deficiência Mental Leve Q.I. entre 50 e 70; Deficiência Mental Moderada Q.I. entre 35 e 55; Deficiência Mental Severa Q.I. entre 20 e 35; Deficiência Mental Profunda Q.I. menor que 20. Essa classificação assim como a utilizada pela Organização Mundial de Saúde passou a serem consideradas

inadequadas e foram ao longo das décadas substituídas por outras que se mostraram menos excludentes.

MAZZOTTA (1987) ainda sobre a classificação dos indivíduos deficientes mentais ressalta que embora tenha havido muitos modos de classificá-los, incluindo os termos leve, moderado e grave usados pela Associação Americana de Deficiência Mental e sugeridos pelo comitê Presidencial de Deficiência Mental, a classificação como educável, treinável e grave/profundo têm significado e implicações educacionais:

a) Deficientes mentais educáveis: corresponde a deficiência mental leve na classificação AAMD. Uma criança deficiente mental educável devido ao seu desenvolvimento mental subnormal, é incapaz de se beneficiar do programa escolar, entretanto é capaz de se desenvolver em assuntos acadêmicos a nível primário e avançado; se adaptar socialmente a ponto de poder agir de forma independente na sociedade e ainda ser capaz de se sustentar parcial ou totalmente quando adulta. Durante os primeiros anos de vida, não é reconhecido como tal, pois o retardo não é evidente, podendo ser identificado pela escola, na época em que a capacidade de aprendizagem torna-se uma parte importante das expectativas sociais. MAZZOTTA(1987), p. 123.

b) Deficientes mentais treináveis: corresponde ao deficiente moderado na classificação AAMD. É a criança que tem dificuldades em aprender as habilidades acadêmicas a qualquer nível funcional; em desenvolve independência total a nível adulto e em se sustentar sozinha na vida adulta. Entretanto é capaz de cuidar de si própria como vestir-se, despir-se, usar a toalete e alimentar-se; de se proteger de perigos comuns no lar e, na escola e na vizinhança; ajustar-se socialmente no lar e na vizinhança; auxiliar em tarefas domésticas. A deficiência é notada geralmente devido aos estigmas, desvios físicos ou clínicos da criança ou por demorar em aprender a falar e andar MAZZOTTA (1987), p. 124.

c) Deficientes mentais graves e profundos: corresponde ao gravemente retardado na classificação AAMD. Possui múltiplas deficiências que muitas vezes interferem nos procedimentos de instruções normais. O objetivo do treinamento

de uma criança tão gravemente deficiente limita-se ao estabelecimento de algum nível de adaptação social em um ambiente controlado MAZZOTTA (1987), p. 12.

Em oposição às definições mais clínicas do retardamento mental, que o consideram como um estado constante e irreversível esclarece MAZZOTTA (1987) que a Associação Americana de Deficiência Mental (AAMR) o considera como um estado atual do indivíduo em relação ao seu nível de funcionamento intelectual e de comportamento adaptativo.

A partir dessa definição a inclusão do fator adaptabilidade, deve-se dar a ênfase não apenas ao desempenho intelectual, mas também à capacidade do indivíduo de responder às demandas da sociedade KIRK (1996).

O fato é que embora existam controvérsias sobre se o desenvolvimento intelectual pode ser modificado, todos aceitam que o comportamento adaptador dos deficientes mentais pode ser influenciado por treinamento.

Para MAZZOTTA (1987) a modificação da definição, que considera o retardamento mental como uma condição irreversível, em outra, que o considera como estado atual de funcionamento resultou da investigação e experiência com novos métodos para o tratamento e diagnóstico do retardo mental. A definição atualmente adotada liga o diagnóstico a descrições comportamentais correspondentes ao nível de idade do indivíduo. Considera o retardamento mental um sintoma do comportamento não necessariamente imutável no tempo, podendo ser acompanhado ou causado por fatores genéticos, fisiológicos, emocionais e sócio-culturais.

A deficiência mental é definida na Política Nacional de Educação Especial do MEC (1998) como: funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, oriundo do período de desenvolvimento, concomitante com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa, ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade, nos seguintes aspectos: comunicação, cuidados pessoais, habilidades

sociais, desempenho na família, comunidade, independência na locomoção, saúde, segurança, desempenho escolar, lazer e trabalho.

Com a evolução nas diversas áreas do conhecimento e em específico na medicina chegou-se hoje à conclusão que as classificações apresentadas ao longo do tempo são segregadoras. Assim, BALLONE (2001) diz que a classificação atual de deficiência mental, não mais aconselha que se considere o retardo leve, moderado, severo ou profundo classificação utilizada pela Organização Mundial de Saúde, muito menos educáveis, treináveis, graves ou profundos, mas sim que seja especificado o grau de comprometimento funcional adaptativo. Além disso, estes critérios qualitativos (adaptativos) constituem descrições mais funcionais e relevantes que o sistema quantitativo de rótulos em uso até agora. Para AAMR (1992) apud NUNES (2003), a deficiência mental é definida da seguinte forma:

1. Intermitente: apoio quando necessário. Caracteriza-se por sua forma episódica. Assim, a pessoa não precisa sempre de apoio ou requer apoio de curta duração durante momentos de transição em determinados ciclos da vida. Os apoios podem ser de alta ou baixa intensidade.
2. Limitado: apoios intensivos caracterizados por sua duração, por tempo limitado, mas não intermitente. Podem requerer um número menor de profissionais e um custo menor que outros níveis de apoio mais intensivo. (por exemplo, treinamento para o trabalho por tempo limitado ou apoio transitório entre a escola e a vida adulta).
3. Extenso: apoio caracterizado por sua regularidade em pelo menos uma das áreas e sem limitação temporal.
4. Generalizado: apoios caracterizados por sua constância e elevada intensidade, proporcionados em diferentes áreas e elevadas intensidade. Esses apoios generalizados exigem mais pessoal e intromissão que os apoios de tempo limitado.

Percebe-se, portanto que as tentativas recentes de se definir deficiência mental a ênfase mudou significativamente de uma condição que existe somente no indivíduo para uma que representa uma interação do indivíduo com um

ambiente particular. Assim, o conceito atual de deficiência mental vê cada indivíduo de forma global e funcional, o que significa transpor o conjunto de condições apresentado por ele para a sua interação com o ambiente em que se encontra. Esta nova abordagem tem como base as práticas e concepções daqueles cuja atividade ou vida diária está diretamente vinculada à deficiência mental: os profissionais, os pais, amigos e os próprios portadores.

3.1.4 CAUSAS

Durante as últimas décadas o grande progresso na neurociência, genética e bioquímica contribuiu para a compreensão das causas físicas do retardo mental. São inúmeras as causas e os fatores de risco que podem levar à instalação da deficiência mental. Serão apresentadas a seguir nove disposições identificadas pela associação americana de Deficiência mental: infecção e intoxicação; trauma ou agente físico; metabolismo ou nutrição; doença cerebral grave; influência pré-natal desconhecida; anormalidade cromossômica; distúrbio de gestação; retardo decorrente de distúrbio psiquiátrico; influências ambientais. É importante ressaltar, entretanto, que muitas vezes, mesmo utilizando sofisticados recursos diagnósticos, não se chega a definir com clareza a etiologia (causa) da deficiência mental.

a) Distúrbios genéticos: as anormalidades genéticas humanas são bastante comuns, envolvendo até metade de todas as fertilizações humanas.

Entretanto, estas não são notadas na população em geral, porque a maioria das anormalidades genéticas resulta logo em aborto espontâneo. Aproximadamente um em cada duzentos fetos com anormalidades genéticas sobrevive até o nascimento, mas muitos desses bebês morrem logo após o parto. Assim, embora ocorram muitos desvios padrão “normal”, a maioria nunca é vista KIRK (1996) p. 128.

b) Agentes tóxicos e doenças infecto contagiosas: agentes tóxicos ingeridos pela mãe Durante a gravidez, ou pela criança, podem perturbar o equilíbrio bioquímico interno. Vírus ou germes em forma de doenças infecções podem invadir o corpo e causar danos duradouros ao sistema nervoso central, além do curso da doença original. Dentre esses agentes pode-se citar a síndrome fetal do álcool causado pelo excesso de álcool ingerido pela mãe durante a gravidez; envenenamento por excesso de chumbo que pode ser encontrada em algumas tintas que são ingeridas por crianças pequenas; vírus transmitidos ao feto através da rubéola ou sarampo contraído pela mãe durante os três primeiros meses de gravidez e ainda pela encefalite, vírus que provoca febre alta e possível e destruição celular no cérebro, com efeitos em longo prazo, dentre outras. KIRK (1996) p. 131.

c) Fatores ambientais: muitos pesquisadores sugerem que o ambiente de oportunidades limitadas nos quais vivem as crianças de classe baixa, é parcialmente responsáveis pelos atrasos de desenvolvimento observados. Assim, pode-se concluir que há uma íntima ligação entre pobreza e prevalência de deficiência mental leve. Independentemente de seu potencial genético, o cérebro está sujeito a várias influencias potencialmente prejudiciais, que podem ter efeito adverso em seu funcionamento final. KIRK (1996) p. 133.

Entretanto, alguns autores procurando facilitar a compreensão das causas da deficiência mental apenas a subdividem em três fatores:

a) Fatores de Risco e Causas Pré Natais: são aqueles que vão incidir desde a concepção até o início do trabalho de parto, e podem ser: desnutrição materna; má assistência à gestante; doenças infecciosas: sífilis, rubéola, toxoplasmose; tóxicos: alcoolismo, consumo de drogas, efeitos colaterais de medicamentos (medicamentos teratogênicos), poluição ambiental, tabagismo; genéticos: alterações cromossômicas (numéricas ou estruturais) SILVEIRA e VENÂNCIO, (2007), p. 21.

b). Fatores de Risco e Causas Perinatais: os que vão incidir do início do trabalho de parto até o 30º dia de vida do bebê, e podem ser divididos em: Má assistência

ao parto e traumas de parto; hipóxia ou anóxia (oxigenação cerebral insuficiente); prematuridade e baixo peso (PIG – Pequeno para idade Gestacional). Icterícia grave do recém nascido – kernicterus (incompatibilidade RH/ABO). SILVEIRA e VENÂNCIO (2007), p. 22.

c) Fatores de Risco e Causas Pós Natais: os que vão incidir do 30º dia de vida até o final da adolescência e podem ser: desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação global; infecções: meningoencefalites, sarampo, etc. intoxicações exógenas (envenenamento) remédios, inseticidas, produtos químicos (chumbo, mercúrio, etc.); acidentes: trânsito, afogamento, choque elétrico, asfixia, quedas, etc. infestações: neurocisticercose (larva da Taenia Solium). SILVEIRA e VENÂNCIO (2007), p. 22

Esclarece BARBOSA (2009) que nenhuma destas causas produz, por si só, uma deficiência mental. No entanto, constituem riscos, uns mais sérios outros menos, que convém evitar tanto quanto possível. Por exemplo, uma doença como a meningite não provoca forçosamente um atraso mental; o consumo excessivo de álcool durante a gravidez também não; todavia, constituem riscos demasiado graves para que não se procure todos os cuidados de saúde necessários para combater a doença, ou para que não se evite o consumo de álcool durante a gravidez.

3.1.5 CARACTERÍSTICAS

Segundo KIRK (1996) uma característica comum das crianças deficientes mentais é o atraso no desenvolvimento da linguagem. Esclarece o autor citado que estudos feitos por BARRETT E BENNETT (1997) com crianças deficientes mentais educáveis institucionalizadas e não-institucionalizadas comparando seu desempenho lingüístico com dois grupos de crianças típicas verificaram que as crianças deficientes mentais educáveis, com

QIs médios de 70, tinham menos capacidade em linguagem do que as crianças típicas.

Estudos realizados por CROMER (1974) apud KIRK (1996) também evidenciaram que os deficientes mentais desenvolvem a linguagem mais lentamente e que as capacidades cognitivas pobres, tais como tempo limitado de memória em curto prazo, podem ser responsáveis pelo atraso lingüístico.

Outra característica da criança deficiente mental apontada por KIRK (1996) está relacionada à sua produção que se apresenta muito mais dispersa, com conteúdo mais limitado e pobre sintaticamente do que a criança normal.

Para KIRK (1996) as crianças deficientes muitas vezes apresentam problemas especiais nas características pessoais e sociais, que estão em parte relacionados às reações de outros à sua condição e à sua história de fracasso em alcançar o nível de desempenho esperado pelos outros no passado. Características como capacidade limitada de atenção e baixo nível de tolerância podem ser atribuídos à prévia falta de sucesso sentida pelo indivíduo deficiente mental.

Muitas das características e de comportamento dos deficientes mentais treináveis parecem originar-se, em primeiro lugar, diretamente do problema cognitivo ou da causa básica da condição. KIRK (1996) acredita que se a criança tem capacidades limitadas de linguagem, e, conseqüentemente, deixa de corresponder às expectativas, então é provável que seu comportamento seja inflexivo e repetitivo, com certo grau de passividade.

4. CAPACIDADE FUNCIONAL

4.1 CONCEITO

Para RENOSTO (2009) a capacidade funcional surge, como um novo paradigma de saúde, particularmente um valor ideal para que se possa viver

independente, sendo esta a capacidade do indivíduo em realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, ou seja: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar refeições, controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar telefone, caminhar certa distância entre outros.

Do ponto de vista da saúde pública, segundo RENOSTO (2009) a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde. Para uma efetiva mudança na abordagem da assistência à saúde, priorizando os aspectos de promoção, prevenção e reabilitação, provém a participação comunitária na detecção de suas necessidades.

GORDILHO *et al.* (2000), ressalta que a capacidade funcional vai além da realização de atividades diárias, sendo esta a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais necessárias a uma vida independente, valorizando-se a autonomia e a autodeterminação.

O conceito de capacidade funcional elencada por SANCHEZ (2000) como sendo a independência para a realização das atividades de vida diária não difere muito das conceituações de GORDILHO e RENOSTO.

Assim, se forem reunir todos os conceitos explanados sobre a capacidade funcional pode-se dizer de uma forma geral que a capacidade funcional compreende todas as capacidades necessárias para que o indivíduo consiga realizar suas vontades, em relação aos aspectos físicos, intelectuais, emocionais e cognitivos.

4.2 CAPACIDADE FUNCIONAL E A DEFICIÊNCIA MENTAL

Após séculos de segregação das pessoas com deficiências, tanto relativos às terminologias adotadas como as formas classificatórias da deficiência, o momento atual de incessante trabalho inclusivo não cabe mais classificações que contribuem para uma maior discriminação. BALLONE (2001) diz que a classificação atual de deficiência mental, não mais aconselha que se considere o retardo leve, moderado, severo ou profundo, mais sim que seja especificado o grau de comprometimento funcional adaptativo. Além disso, estes critérios qualitativos (adaptativos) constituem descrições mais funcionais e relevantes que o sistema quantitativo de rótulos em uso até agora.

LUCKASSON *et al.* (1994) citado por MANTOAN (2007) ressaltam que a última definição de deficiência mental proposta pela AAMR, propõe que se abandonem as classificações utilizadas até então que mediam apenas os déficits cognitivo e que se destaca o processo interativo entre as limitações funcionais próprias dos indivíduos e as possibilidades adaptativas que lhes são disponíveis em seus ambientes de vida. Essa nova concepção da deficiência mental implica transformações importantes no plano de serviços e chama a atenção para as habilidades adaptativas, considerando-as como um ajustamento entre as capacidades dos indivíduos e as estruturas e expectativas do meio em que vivem, aprendem, trabalham.

Para MANTOAN (2007) a identificação dos perfis de apoio começa a levar em conta não apenas os tipos e a intensidade de tais apoios, mas os meios pelos qual a pessoa pode aumentar sua independência, produtividade e integração no contexto comunitário e entre seus pares da mesma idade. A evolução dos conceitos de incapacidade e inadaptação, em que esta última é resultante da interação entre os hábitos de vida da pessoa e os obstáculos impostos pelo meio.

NUNES (2003) esclarece que segundo dados da OMS de 1993, o Brasil tem 10% de sua população com algum tipo de deficiência, o que equivale a 14,6

milhões de deficientes, sendo que 5,8 milhões são deficientes mentais, sendo que aproximadamente 87% dos acometidos têm limitações leves das capacidades cognitivas e adaptativas e a maioria pode levar vida independente integrando-se perfeitamente à sociedade.

Os 13% restantes podem ter sérias limitações, mas em qualquer caso, com o devido apoio dos órgãos assistenciais, pode chegar a integrar-se perfeitamente à sociedade.

A psicóloga Ida Janete Rodrigues¹ diz que quando a família se conscientiza das limitações que a deficiência acarreta se bem amparada e orientada, pode propiciar os apoios para o desenvolvimento adequado, para que, na adolescência e vida adulta, a pessoa deficiente, possa usufruir atividades profissionalizantes. Importante lembrar que os deficientes mentais de menor gravidade têm percepção de si mesmo e da realidade, diferenciando-os da doença mental.

As limitações não os impedem de sonhar e planificar, mesmo que de maneira pueril e pouco consistente, sendo de fundamental importância, a compreensão, afetividade, orientações e supervisões dos familiares e educadores. São evidentes, os interesses e as necessidades próprias, como independência, sexo, casamento, filhos, casa própria, trabalho, esporte, cursos e outras aspirações, esclarece a Psicóloga.

Assim, a manutenção e a preservação da capacidade funcional para desempenhar as atividades básicas e instrumentais de vida diária, são pontos básicos para prolongar o maior tempo possível à independência, promovendo um modo de vida mais saudável e adaptando o indivíduo de forma a propiciar uma melhor qualidade de vida.

Para PEREIRA (2007) a capacidade funcional abrange dois grupos de atividades: as atividades de vida diária (AVD) e atividades instrumentais de vida

¹ Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Mackenzie (São Paulo), com Especialização em Psicopedagogia; Psicanálise e Educação e Psicologia Hospitalar. Atualmente atua na Clínica do Dr. Wimer Botura Junior com Psicodiagnóstico e Psicoterapia para crianças, adolescentes e adultos, orientação vocacional e orientações familiares, para professores e profissionais afins. No Terceiro Setor trabalha como voluntária na FENAPAEs - Federação Nacional das APAEs, na Área de Desenvolvimento e Projetos no Terceiro Setor.

diária (AIVD). A primeira escala está representada pelas atividades básicas que são exigidas no cotidiano. Já a segunda é representada por tarefas mais complexas que necessitam de uma adaptação do indivíduo no meio ambiente.

Assim, segundo NUNES (2003) ressaltam que é importante que se tenha em mente que o funcionamento adaptativo da pessoa pode ser influenciado por vários fatores, incluindo educação, treinamento, motivação, características de personalidade, oportunidades sociais e vocacionais, necessidades práticas e condições médicas gerais. Em termos de cuidados e condutas, os problemas na adaptação habitualmente melhoram com esforços terapêuticos do que o QI cognitivo. Estes critérios qualitativos (adaptativos) utilizados atualmente constituem descrições muito mais funcionais e mais relevantes que o sistema quantitativo (de QI) em uso até agora.

Esse novo enfoque centraliza-se mais no indivíduo deficiente, independentemente de seu escore de QI, sob o ponto de vista das oportunidades e autonomias, trata-se de uma avaliação qualitativa da pessoa.

O sociólogo Saad Nagi foi o primeiro a tentar descrever o processo de incapacidade e de realizar uma distinção conceitual entre patologia, deficiência, limitação funcional e incapacidade. O modelo proposto divide o processo de incapacidade em quatro estágios:

a) Primeiro estágio: a patologia caracteriza-se pela presença de uma condição que interrompe o processo físico ou mental do corpo humano.

b) Segundo estágio: a deficiência, que pode ser definida como alterações da estrutura ou das funções anatômicas, fisiológicas ou psicológicas.

c) Terceiro estágio: as limitações funcionais, que resultam das deficiências e consistem em uma inabilidade pessoal de desempenhar as tarefas e as atividades consideradas como usuais para aquele indivíduo.

d) Quarto estágio: a incapacidade, que se caracteriza pela discordância entre o desempenho real de um indivíduo em um papel específico e as expectativas da comunidade do que é normal para aquele indivíduo. Refere-se à

inabilidade para realizar as tarefas que são socialmente esperadas. Nessa perspectiva, o conceito de incapacidade é construído socialmente.

Do que foi exposto pode-se concluir que a incapacidade constitui qualquer restrição ou falta de habilidade, decorrente de uma deficiência, para desempenhar uma atividade da maneira ou dentro do intervalo considerado normal para um ser humano. A desvantagem é uma consequência de uma deficiência ou incapacidade que ocasiona uma limitação no desempenho de um papel social que é normal (dependendo da idade, sexo e fatores culturais) para o indivíduo. Assim, a incapacidade mantém uma relação com a definição de limitação funcional e mesmo com a capacidade funcional do indivíduo.

5. MATERIAL E MÉTODOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo envolvendo deficientes mentais e a capacidade funcional pode ser considerado, segundo THOMAS e NELSON (2002), como uma pesquisa descritiva do tipo transversal. O seu valor está baseado na premissa de que os problemas podem ser resolvidos e as práticas melhoradas por meio da observação, análise e descrições objetivas e completas.

Os autores afirmam ainda que este tipo de trabalho representa a forma mais simples de pesquisa populacional comparada às demais formas de investigação. Para o autor o estudo transversal fornece um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento. Os participantes de um estudo transversal são reunidos em um momento definido pelo pesquisador e geralmente refere-se ao momento da coleta de dados.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Centro de Educação Especial Girassol – APAE de Campo Grande/MS. A escola foi fundada em 10 de junho de 1967, à época já em funcionamento na Av. Joana D'arc, nº 1450 – Bairro Santa Branca, até os dias de hoje.

O CEDEG/APAE recebeu esta denominação pela Ata de 19 de março de 1984, no entanto, sua primeira denominação, Centro de Educação Especial Campograndense, deu-se pela Ata de 13 de dezembro de 1975. Essa escola encontra-se instalada em uma área de 22.676,80cm² (vinte de dois mil, seiscentos e setenta e seis metros e oitenta centímetros quadrados), cuja escritura de doação foi recebida em reunião do mês de abril de 1975.

Essa escola oferece Educação Infantil, Educação Fundamental, Programa Pedagógico Específico, Educação Profissional e Atendimento Educacional Especializado, agregando a esses serviços arte, educação física, capoeira, ginástica olímpica, informática e projetos como os de: Natação, Equoterapia, Educação Especial no Trânsito, Inclusão Educacional e Brinquedoteca.

No CEDEG/APAE conta-se, também, com serviço de apoio educacional especializado composto por profissionais das áreas: fonoaudiologia, fisioterapia, serviço social, terapia ocupacional, psicologia, nutrição, médicos das especialidades, neurologia, psiquiatria, pediatria, genética e ortopedia.

O CEDEG mantém atendimento a cerca de 450 alunos matriculados, com deficiência mental associada ou não a outras deficiências e autismo.

5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Segundo BACCIOTTI (2007) dados colhidos através do IBGE (2000) revelaram que o Estado de Mato Grosso do Sul apresentou em 2000 aproximadamente 31.120 pessoas (15%) com deficiência mental, sendo que 9.034 destas pessoas (1,36%) encontram-se na cidade de Campo Grande-MS.

Não há dados por faixa etária em relação à cidade de Campo Grande, mas sabe-se que em Mato Grosso do Sul há cerca de 5.499 pessoas (3%) com deficiência mental na faixa etária de 5 a 17 anos.

A população estudada foi composta por 100 escolares, deficientes mentais, de ambos os sexos, com idade a partir dos 16 anos, devidamente matriculados no Centro de Educação Especial Girassol – CEDEG/APAE, e acompanhados dos pais ou responsável para a realização da mesma.

5.4 AMOSTRA DO ESTUDO

Trata-se de uma amostra composta por 100 indivíduos a partir dos 16 anos com deficiência mental, devidamente matriculados no CEDEG-APAE de Campo Grande-MS, sendo 45 do gênero masculino (45%) e 55 do gênero feminino (55%), que foram selecionados de forma não aleatória, ou seja, trata-se de uma amostra de conveniência.

Inicialmente foi feito e entregue aos pais ou responsáveis dos participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1). Após a devolução do referido termo assinado pelos pais ou responsáveis, foi iniciada a coleta de dados.

Foram incluídos no estudo apenas indivíduos que apresentaram diagnóstico de deficiência mental associada ou não a outras deficiências. Tal diagnóstico foi consultado junto ao serviço social do CEDEG-APAE de Campo Grande-MS. Os indivíduos durante as avaliações, deveriam estar acompanhados de seus pais ou responsáveis, assim como estar na faixa etária do estudo.

5.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, em uma única fase, no período de 15 de maio até 13 de junho de 2008, com as datas previamente marcadas através de bilhetes nominais, com os pais ou responsáveis dos escolares.

E com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos pais ou responsáveis pelos alunos convidados para participar da pesquisa proposta.

Antes da realização dos testes era feita uma explicação breve e direta para os pais ou responsáveis pelo aluno e a verificação do entendimento e assimilação. Logo após esta verificação era realizada a coleta de dados. Este procedimento se repetiu para cada um dos testes aplicados.

Foram utilizados como instrumentos, a aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), e de duas escalas para as habilidades funcionais: Índice de Barthel (IB) e Escala de Lawton.

Segundo FOLSTEIN (1975) o mini exame do estado mental (MEEM) é o teste de rastreio e triagem mais utilizado no mundo, pois é simples, de aplicação rápida e auto-explicativa, provavelmente o instrumento mais utilizado mundialmente, possuindo em diversas línguas e países. Já foi validado para a população brasileira.

Fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas planejada com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registro de três palavras (3 pontos), atenção e calculo (5 pontos), recordação das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). UHLMANN (1991)

O escore do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total

máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva.

Alguns autores no Brasil estudaram as características de medida da escala. Assim, BERTOLUCCI *et al*, para avaliar o desempenho cognitivo de uma população e foram encontrados pontos de corte diferenciados para o diagnóstico de declínio cognitivo, em função do nível de escolaridade: 13 para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade, Através deste teste, foi determinada a extensão da avaliação cognitiva subsequente à sua aplicação em sujeitos com deficiência mental.

Logo após, foi realizada a avaliação da capacidade funcional e foram utilizadas as escalas de atividades de vida diária, proporcionando uma visão geral do estado do indivíduo, e desta forma detectando as capacidades funcionais que os mesmos apresentam na realização de suas atividades.

O Índice de Barthel (IB) especificamente mede o grau de assistência exigido por um indivíduo, em 10 itens de atividades de vida diária envolvendo a mobilidade e cuidados pessoais, como comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controle de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas MAHONEY e BARTHEL (1965).

Na versão original a pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde à máxima dependência para todas as atividades de vida diárias (AVD) avaliadas, e a máxima de 100 equivale à independência total para as mesmas AVD avaliadas.

Desde a sua publicação o IB se tornou uma escala clássica, e tem sido amplamente utilizado com o objetivo de quantificar e monitorizar a (in)dependência dos indivíduos para a realização das ABVD. PAIXÃO e REICHENHEIM,(2005); SULTER, STEEN E KEYSER (1999).

Os níveis de mensuração estão limitados à independência completa, ou à de necessidade de assistência. As qualidades psicométricas do instrumento estão essencialmente documentadas em estudos com doentes com acidente vascular cerebral, embora alguns investigadores o tenham utilizado com sujeitos com outros diagnósticos. SABARTÉS *et al*. (2003); DIESTRE e VILARMAU (2000).

Esta escala tem sido amplamente utilizada na monitoração das alterações funcionais em indivíduos que estejam recebendo uma reabilitação, e embora não tenha sido completamente avaliada suas propriedades psicométricas, o IB tem atingido elevadas correlações com outras medidas de incapacidade física O'SULLIVAN E SCHMITZ (1993) apud MARINHO *et al*, (2009).

O outro instrumento utilizado para a avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD) foi a Escala de Lawton, onde a pontuação de máxima independência é 8 pontos e a de maior dependência, 0. Em 1969, LAWTON e BRODY elaboraram esta escala para avaliar as atividades instrumentais de vida diária, com oito atividades: uso de telefone, fazer compras, preparo de refeição, fazer faxina, lavar roupa, usar meio de transporte, tomar medicações e controle financeiro.

Estas atividades refletem o nível da capacidade de utilização dos recursos disponíveis no meio ambiental habitual para a execução de tarefas rotineiras do dia-a-dia. Quando usados juntos estes instrumentos, permitem a identificação do grau de disfunção e do estado funcional atual, e, por conseguinte melhor definição do planejamento de recursos de suporte, bem como acompanhamento evolutivo do grau de disfunção.

5.6 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O trabalho de pesquisa foi autorizado pelo Presidente da APAE e a Diretora Pedagógica do CEDEG-APAE, também aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) em 24 de abril de 2008, objetivando atender os dispositivos da Resolução 196/96, do CONEP/MS. (Anexo 3).

6. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PESQUISA

Os dados foram trabalhados estatisticamente, utilizando o programa informacional EPI-INFO e suas representações gráficas.

Segundo os dados da pesquisa coletados junto aos 100 escolares do Centro de Educação Especial Girassol – APAE de Campo Grande MS, em relação ao sexo não existe uma diferença significativa haja vista que participaram da pesquisa 55 escolares do sexo feminino (55%) e 45 do sexo masculino (45%).

Os dados do gráfico 1 em relação à idade participaram da pesquisas escolares na faixa etária de 16 a 40 anos, sendo que a maior incidência foi de escolares na faixa etária de 16 a 21 anos (42%), seguida dos que se encontram na faixa etária de 22 aos 29 anos (39%) e uma porcentagem mínima de escolares na faixa etária de 40 anos (3%).

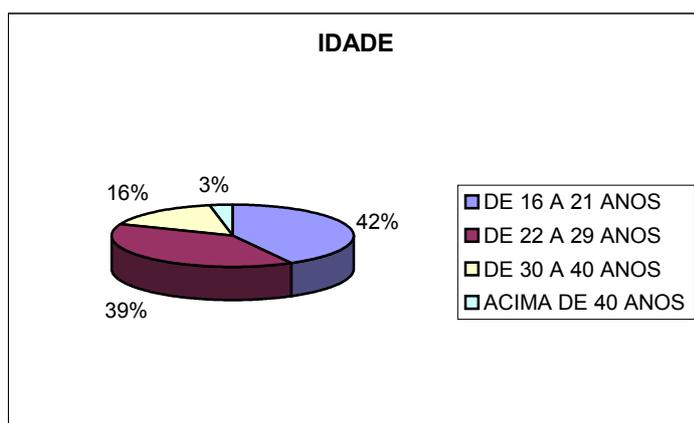


Gráfico 1: Idade.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

O gráfico 2 demonstra o percentual de 92% para o ponto de corte relacionado a deteriorização cognitiva. É importante ressaltar que para o aluno estar matriculado no CEDEG-APAE de Campo Grande-MS, ele deve apresentar o diagnóstico de deficiência mental associada ou não a outras deficiências. Sendo que 100% dos escolares participantes da pesquisa apresentaram no máximo 10 pontos em suas avaliações. (Obs: Ponto de Corte Médio: 22 pontos. E de acordo com o diagnóstico cognitivo: 13 pontos para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade)

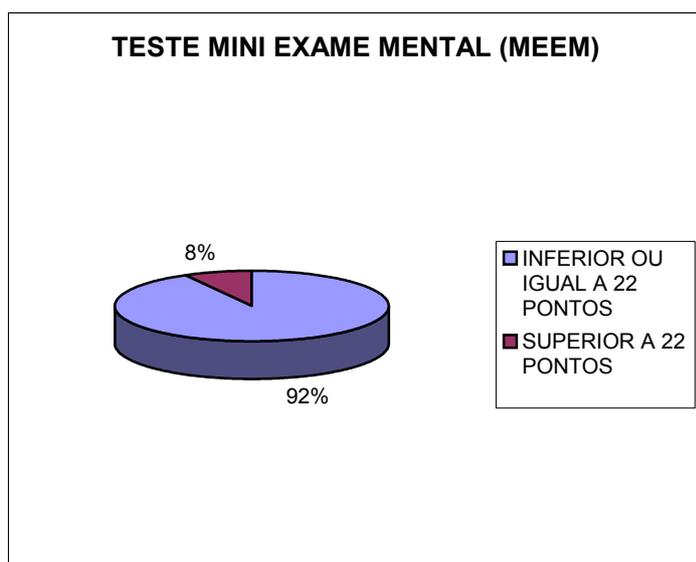


Gráfico 2: Ponto de corte.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

Resultados: Índice de Barthel - AVD

Em relação à alimentação, no gráfico 3, apresentou um percentual de 54% para os deficientes mentais que necessitam de ajuda para se alimentar e

21% são independentes no momento da alimentação. Demonstrando assim que em relação à alimentação a maioria dos deficientes mentais necessita de ajuda.

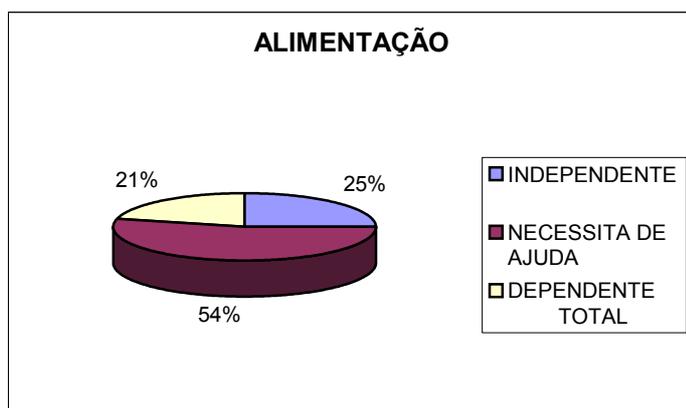


Gráfico 3: Alimentação.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

Em relação ao tomar banho, no gráfico 4, a pesquisa realizada junto aos escolares do Centro de Educação Especial Girassol revela que a maioria 88% é dependente, e que apenas uma pequena parcela 12% são independentes.

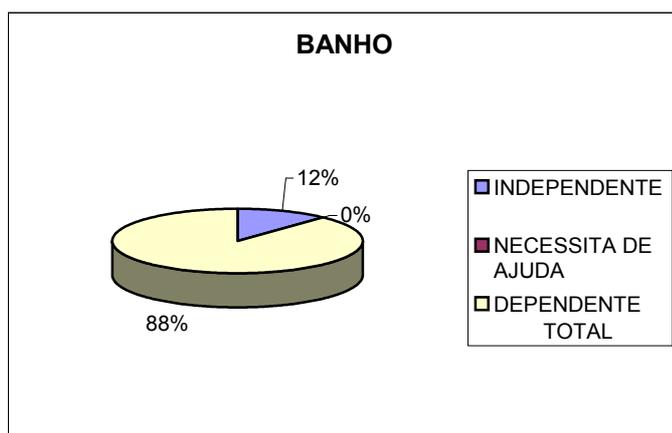


Gráfico 4: Banho

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

Os dados do gráfico 5 demonstra que em relação a dependência no momento de se vestir 59% necessita de algum tipo de ajuda e 32% são totalmente dependentes, evidenciando assim que a maioria dos escolares são dependentes, haja vista que apenas 9% são independentes nesta atividade.

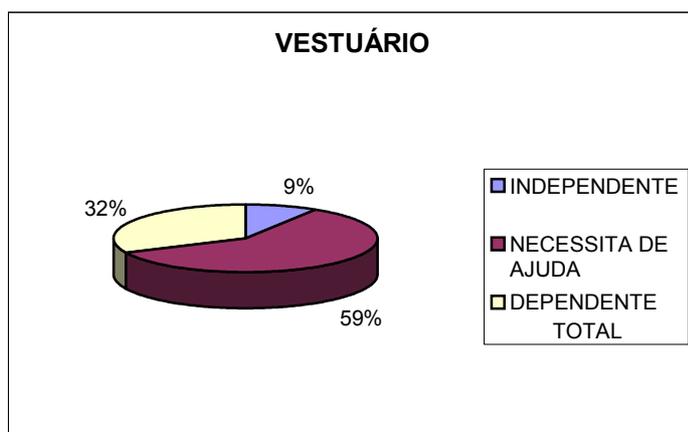


Gráfico 5:Vestuário.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

No gráfico 6 revela que 72% dos escolares do Centro de Educação Especial Girassol participantes da pesquisa, são totalmente dependentes em relação à higiene pessoal e 10% conseguem realizar, entretanto, necessitam de algum tipo de ajuda. E que apenas 18% são independentes em relação à higiene pessoal.

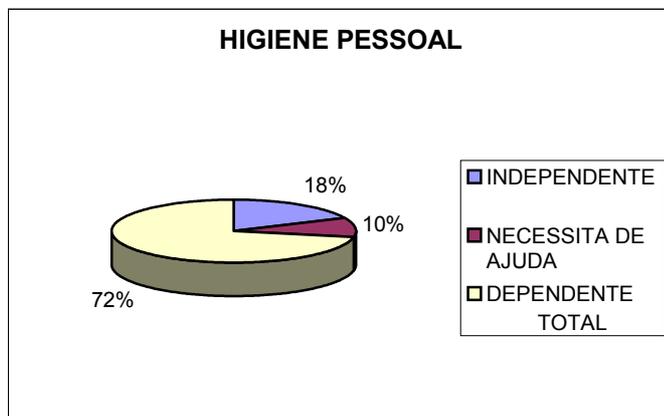


Gráfico 6: Higiene pessoal.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

Em relação a dejeções o gráfico 7 deixa evidente 64% dos escolares depende de algum tipo de ajuda, 14% são totalmente dependente e 18% são independentes. Demonstrando, portanto, dependência em relação às dejeções.

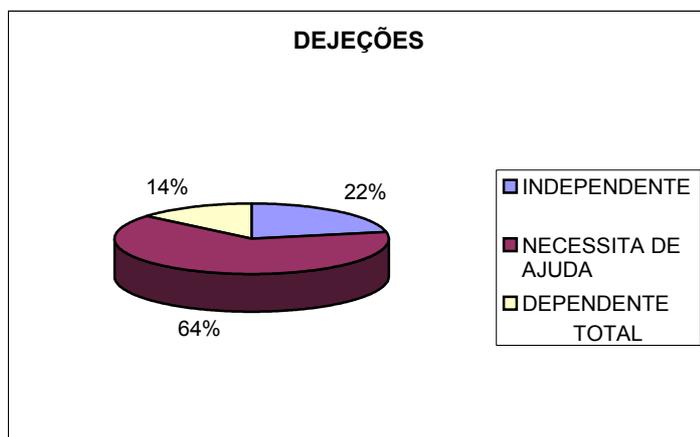


Gráfico 7: Dejeções.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

Os dados do gráfico 8 demonstram que em relação a micção a maioria, ou seja, 89% dos escolares se mostraram independente no momento da realização. Sendo que uma parcela insignificante necessita de alguma ajuda 8%

e3% são totalmente independentes. Assim, em relação à micção de uma forma geral os escolares são independentes.

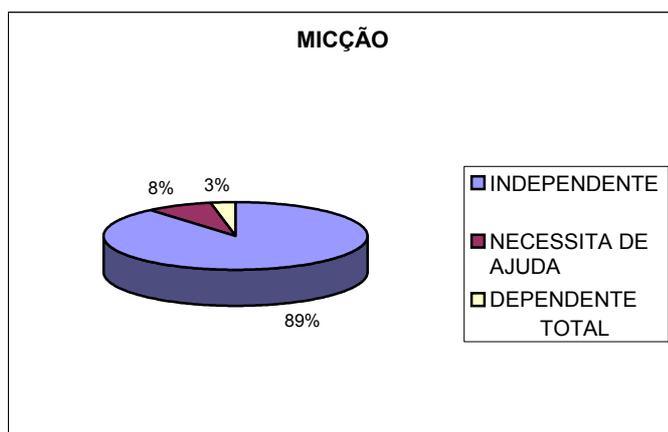


Gráfico 8: Micção.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

No momento de utilizar o vaso sanitário o gráfico 9 demonstra que a maioria 55% precisa de algum tipo de ajuda, 17% são totalmente dependentes e 26% são independentes, ou seja, conseguem usar o vaso sanitário sozinhos.

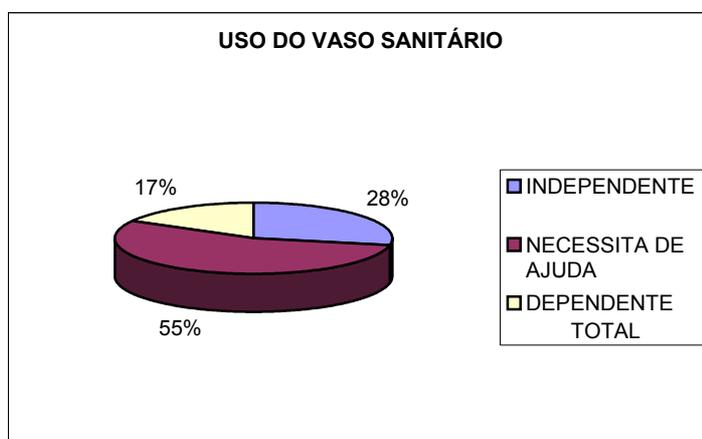


Gráfico 9: Uso do vaso sanitário.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

O índice de 91% elencado no gráfico 10 mostra que a maioria dos escolares é independente quando se trata de passar da cadeira para a cama e que a minoria, apenas 9% necessita de algum tipo de ajuda. Importante ressaltar nestas atividades que necessitam do padrão e controle motor, que a maioria dos escolares participantes da pesquisa, não apresenta alterações neuromotoras significativas.

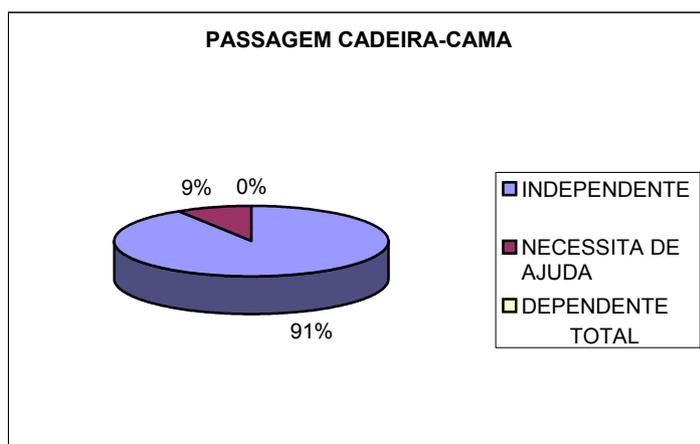


Gráfico 10: Passagem cadeira-cama.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

Em relação à deambulação o gráfico 11 mostra que 86% dos escolares do Centro de Educação Especial Girassol são independentes, 9% necessitam de algum tipo de ajuda e apenas 5% são totalmente dependentes.

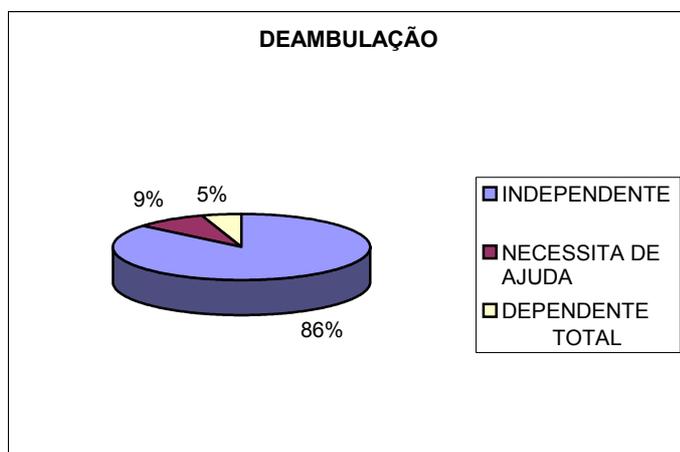


Gráfico 11: Deambulação.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

Na Atividade de Vida Diária relacionada à utilização da escada os dados obtidos revelaram que os escolares participantes da pesquisa, de maneira geral se mostraram independentes, sendo que 84,8% conseguem realizar sem o auxílio de outras pessoas. Dos outros, 8% necessitam de ajuda, mas realizam e apenas 8% são completamente dependentes, é o que mostra o gráfico 12.

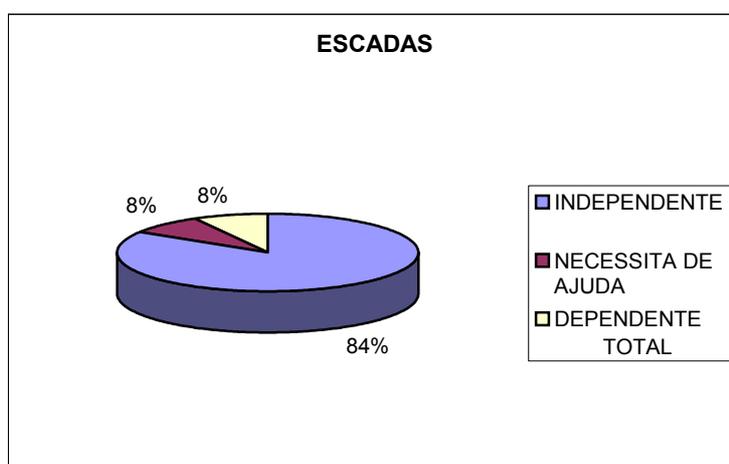


Gráfico 12: Escadas.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

Resultados: Escala de Lawton – AIVDS -Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária

No gráfico 13, em relação a atender ao telefone, 78% dos escolares participantes da pesquisa, são totalmente dependentes, 19% dependem de algum tipo de ajuda, mas conseguem atender e 3% são totalmente independentes. Dessa forma fica evidente que a maioria dos escolares é dependente no momento de atender ao telefone.

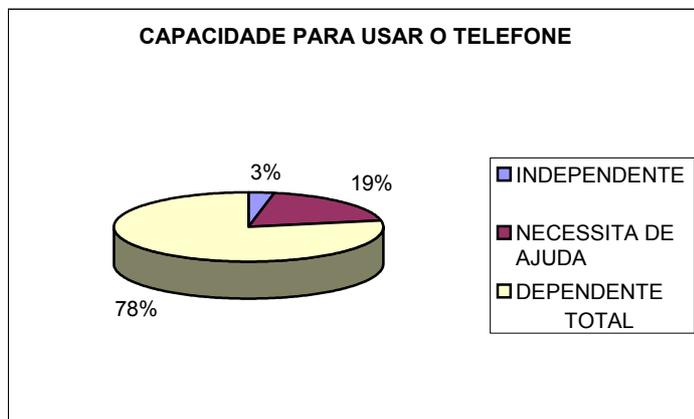


Gráfico 13: Capacidade para usar o telefone.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

Dados do gráfico 14 demonstram que 72% dos escolares dependem de algum tipo de ajuda no momento de fazer compras, mas realizam, sendo que 28% são totalmente dependentes. Assim, de maneira geral os escolares são dependentes no momento de fazer compras.

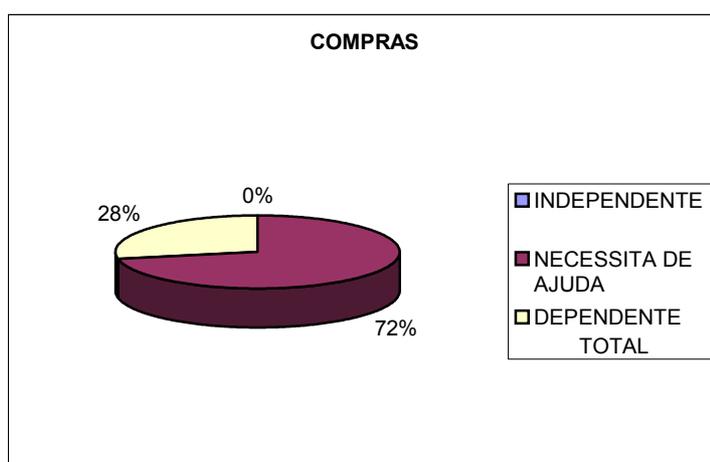


Gráfico 14: Compras.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

No preparo das refeições, os dados obtidos revelaram que os escolares de maneira geral se mostraram independentes, pois ao observar os dados do gráfico 15 percebe-se que 55% dos escolares necessitam de ajuda para preparar as refeições, mas conseguem realizar e 45% são totalmente dependentes.

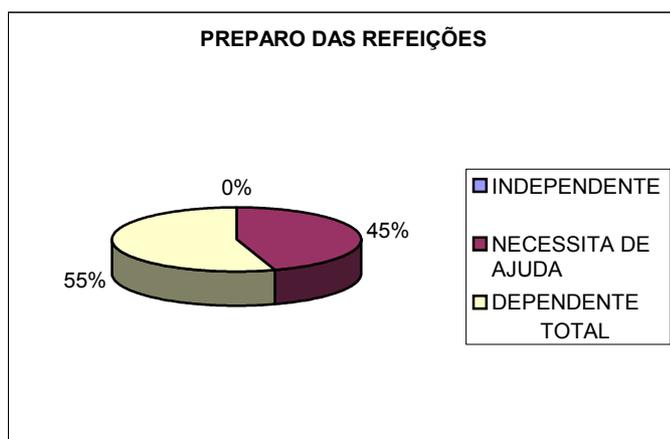


Gráfico 15: Preparo das refeições.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

Os dados obtidos no gráfico 16 revelaram que os escolares, em relação às tarefas domésticas são dependentes, demonstrando que 62% dos escolares participantes da pesquisa são dependentes e 38% necessitam de algum tipo de ajuda.

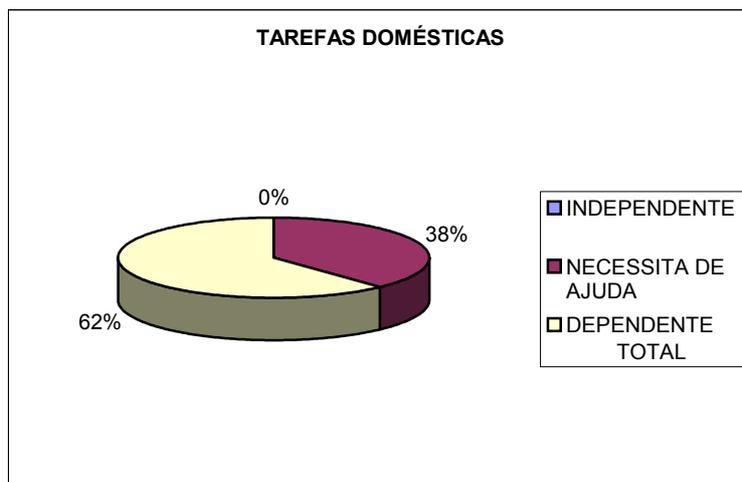


Gráfico 16: Tarefas domésticas.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

O gráfico 17 deixa evidente que a maioria dos escolares atendidos pelo Centro de Educação Especial Girassol são dependentes em relação à lavagem de suas roupas, haja vista que 89% dos escolares são dependentes nesta atividade, e 11% conseguem realizar apenas com a ajuda de outras pessoas.

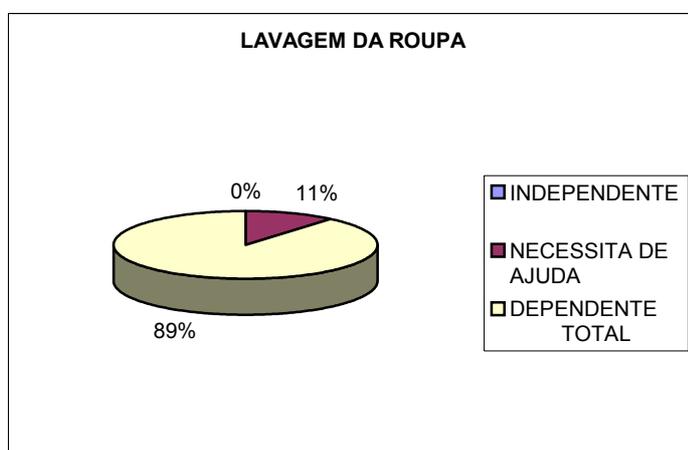


Gráfico 17: Lavagem da roupa.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

Os dados do gráfico 18 evidenciam que 86% dos escolares, necessitam de algum tipo de ajuda no momento de utilizar os meios de transporte e 14% são totalmente dependentes.

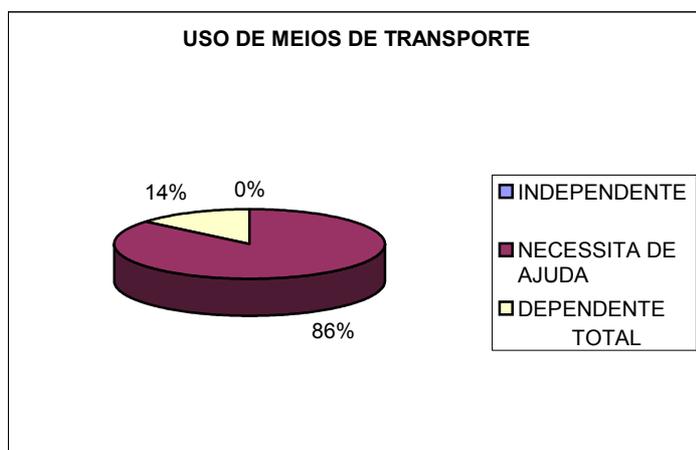


Gráfico 18: Uso de meios de transporte.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

Em relação à medicação, o gráfico 19 deixa claro que 82% dos escolares do Centro de Educação Especial Girassol são totalmente dependentes, 16% conseguem com a ajuda de outras pessoas. Conclui-se então que em relação à medicação os escolares são dependentes.

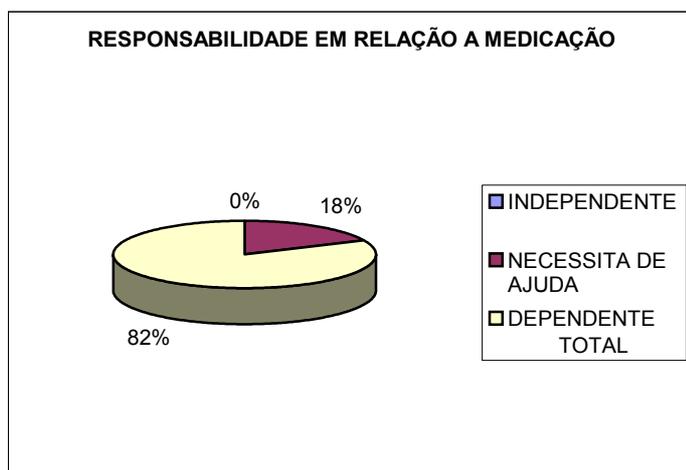


Gráfico 19: Responsabilidade em relação à medicação.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

Segundo os dados do gráfico 20, 100% dos escolares do Centro de Educação Especial Girassol, participantes da pesquisa são totalmente dependentes para administrar os assuntos econômicos.

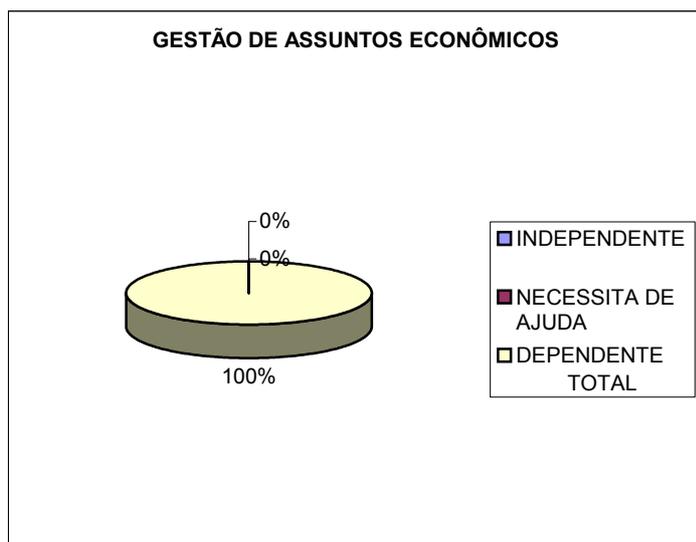


Gráfico 20: Gestão de assuntos econômicos.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

Resultado Geral Total: Índice de Barthel

O resultado geral do Índice de Barthel, de acordo com o gráfico 21 demonstra que 35% dos escolares do Centro de Educação Especial Girassol participantes do estudo, possuem dependência leve; 38% dependência moderada; 14% são independentes e apenas 9% possuem dependência grave.

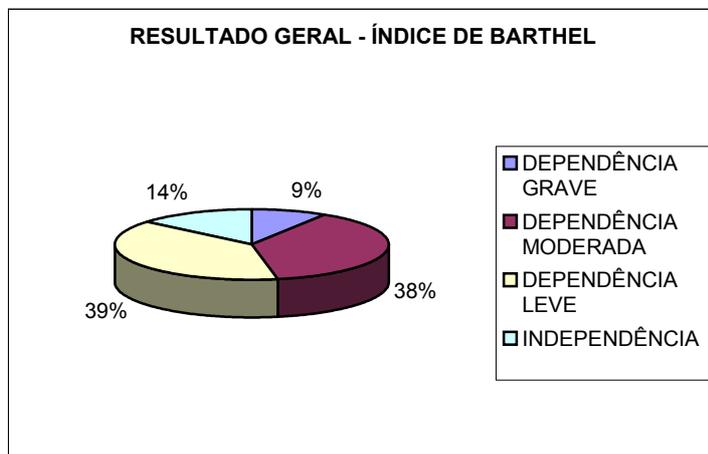


Gráfico 21: Resultado geral – Índice de Barthel.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

Resultado Geral Total: Escala de Lawton – AIVD - Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs).

O resultado geral total segundo a Escala de Lawton – AIVD apresentada nos dados do gráfico 22 revela que 100% dos escolares participantes da pesquisa, possuem maior dependência.

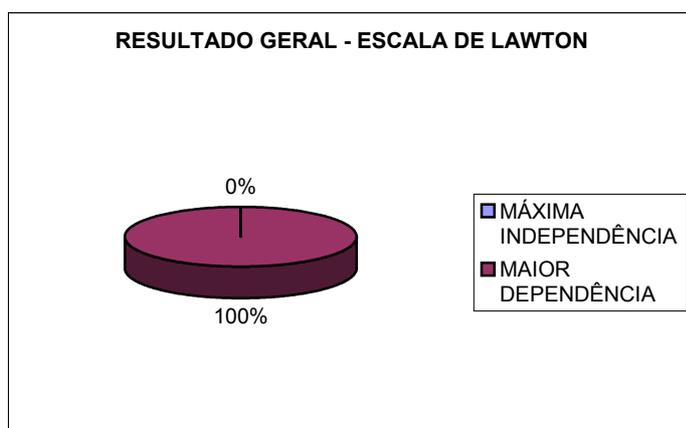


Gráfico 22: Resultado Geral – Escala de Lawton.

Fonte: Pesquisa realizada no Centro de Educação Especial Girassol.

Os resultados encontrados sobre o Índice de Barthel - AVD que se referem às atividades de vida diária que incluem alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, dejeções, micção, uso do vaso sanitário, mudança cadeira-cama e deambulação, mostraram que em relação à alimentação, vestuário, dejeções e uso do vaso sanitário a maioria dos escolares conseguem realizar com a ajuda de responsáveis. Em relação ao banho e higiene pessoal a maioria dos escolares mostrou máxima dependência. Entretanto, em relação às atividades relacionadas à micção, a transferência da cadeira-cama e a deambulação a maioria dos escolares demonstrou independência, sendo que 95% dos participantes não apresentam alterações neuromotoras significativas, podendo assim realizar as atividades que dependem do controle e padrão motor.

Percebeu-se através dos dados da pesquisa realizada com os escolares no Centro de Educação Especial Girassol que na Escala de Lawton – AIVDS referentes às Atividades Instrumentais de Vida Diária como usar telefone, compras, preparo das refeições; tarefas domésticas; lavagem de roupa; uso dos meios de transportes, responsabilidade em relação à sua medicação, gestão nos assuntos econômicos, que todos necessitam de algum tipo de ajuda ou são totalmente dependentes.

Pois são atividades mais complexas, o que nos permite comprovar a existência da perda gradual das funções, partindo daquelas mais minuciosas e que envolvem coordenação e raciocínio, para as de ações mais globais, como o banho e vestir-se. Esta situação pode prejudicar a vida do deficiente mental, pois o mesmo necessitará de maior ajuda de seus familiares ou cuidadores, mobilizando maior tempo, energia e recursos financeiros para suprir as dificuldades instaladas.

Assim, em relação a fazer compras e a usar meios de transporte à maioria dos escolares do Centro de Educação Especial Girassol, participantes da pesquisa conseguem realizar apenas com ajuda dos responsáveis. Entretanto, para usar telefone, preparo das refeições, tarefas domésticas, lavagem de roupa, responsabilidade em relação à medicação a maioria dos escolares participantes

da pesquisa dependem totalmente. É conveniente lembrar que, muitas vezes, o indivíduo é capaz de executar as atividades, mas não as executa por opção, fatores ambientais ou até por questões relacionadas aos papéis assumidos durante a vida, como é o caso de indivíduos do sexo masculino com as tarefas domésticas. Alguns autores já sugeriram que a escala fosse reduzida a cinco itens, eliminando-se “lavar a roupa”, “tarefas domésticas” e “preparar comida”, quando aplicada para o sexo masculino LAWTON *et al.*, (1982) apud COSTA e MONEGO (2003).

A maior dificuldade, entretanto, reside na gestão dos assuntos econômicos, visto que todos dependem totalmente dos pais ou responsáveis para a realização. Entretanto, é importante ressaltar que durante as avaliações, uma porcentagem significativa dos pais/responsáveis dos escolares participantes do estudo, apresentou uma grande dificuldade e resistência em estimular a independência de seus filhos nessas atividades diárias. Relatam medos, receios e até mesmo não aceitam repassar algumas responsabilidades diárias.

Dessa forma, dos dados da pesquisa realizada com os escolares do Centro de Educação Especial Girassol o resultado geral total em relação ao índice de Barthel – AVD, 9% dos escolares apresentaram dependência grave; 38% dependência moderada; 39% dependência leve e 14% apresentaram independência.

O resultado geral total da Escala de Lawton – AIVD demonstrou máxima dependência (100%), haja vista que o índice de independência foi 0%.

Conclui-se, portanto que, quanto ao Índice de Barthel AVD - Atividades de Vida Diária a dependência é menor em relação à AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária que demonstrou total dependência da maioria dos escolares.

Este estudo procurou compreender como a deficiência mental pode interferir na capacidade funcional desses escolares alvos da pesquisa. Ambas as

variáveis são de grande relevância clínica, uma vez que uma das principais características da deficiência mental é a redução da capacidade intelectual. Esta situação gera, em grau variável, dependência do sujeito a um terceiro.

A avaliação funcional pode ser definida como uma tentativa sistematizada de medir, de forma objetiva, os níveis no qual uma pessoa é capaz de desempenhar determinadas atividades ou funções em diferentes áreas, utilizando-se de habilidades diversas para a elaboração das tarefas da vida cotidiana, realização de interações sociais, atividades de lazer e outros comportamentos exigidos em seu dia-a-dia. De forma geral, representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de, independentemente, desempenhar as atividades necessária para cuidar de si mesma e de seu entorno e, caso não seja, verificar se essa necessidade de ajuda é parcial (em maior ou menor grau) ou total.

As escalas de avaliação costumam ordenar a observação do comprometimento da capacidade de cuidar de si mesmo e de executar tarefas cotidianas. Há evidente intenção de hierarquizar como mais grave a perda da capacidade de se auto-cuidar. Nestes termos sustenta-se que a autonomia pode ser incluída no eixo dependência/ independência. Quanto maior for o grau de independência maior a probabilidade de autonomia, mas, em condições de dependência parcial, o sujeito ainda assim pode ter sua autonomia preservada dependendo dos arranjos sociais que ele for capaz de fazer.

O paradoxo dependência/ autonomia não deve ser considerado, a princípio, como contradição; e sim, como oposição não excludente. Arranjos sociais no contexto dos contratos sociais podem viabilizar aumento da qualidade de vida e conseqüente aumento da autonomia.

Estudos demonstram que a correlação entre o estado mental e capacidade funcional é utilizada em 50% dos artigos, entre essa porcentagem 40% constataram a influência do grau de escolaridade nos instrumentos citados.

Sendo que a característica principal do deficiente mental é a redução da capacidade intelectual, apresentando redução na mobilidade afetando as atividades de banho, vestuário e alimentação. Pois para executar várias tarefas diárias é importante que o indivíduo tenha destreza, coordenação motora e equilíbrio. Muitas vezes impedindo o controle de esfíncteres apresentando incontinências (fecal e urinária). Isso é uma ocorrência que compromete significativamente sua autonomia. A continência, em qualquer idade, depende não só da integridade anatômica do trato urinário inferior e dos mecanismos fisiológicos envolvidos na estocagem e na eliminação da urina, como também da capacidade cognitiva, da mobilidade, da destreza manual e da motivação para ir ao banheiro.

Tendo em vista que a capacidade funcional do ser humano declina com a idade, a análise acima elencada concluiu que é necessário planejar estratégias que melhorem o estilo de vida dos deficientes mentais, principalmente em relação a programas que proporcionem promoção e melhoria de estímulos e oportunidades, tratamentos precoces e reabilitação da capacidade funcional global; integração social dentro e fora do contexto familiar; construção de um sistema adequado de suporte; educação permanente ao longo da vida e valorização do processo de envelhecimento individual. Tudo isso minimizaria a dependência nas AVD e nas AIVD, proporcionado assim, autonomia e independência.

7.CONCLUSÕES

Conclui-se que, quanto ao índice de Barthel AVD - Atividades de Vida Diária a dependência é menor que em relação à AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária que demonstrou total dependência da maioria dos escolares.

Apesar dos dados demonstrarem grande dependência funcional por parte dos escolares da instituição foco da pesquisa, os números servirão para estabelecer novos desempenhos das habilidades nas rotinas da escola, no trabalho e em casa. São discutidas possibilidades de suprir as dificuldades funcionais por meio de mecanismos de compensação com as tecnologias assistivas, técnicas específicas para o treinamento funcional e apoio social desses escolares.

O deficiente mental é um ser produtivo nas habilidades que possui, apresentando através dos dados deste estudo, independência em várias atividades de vida diária Cabe, portanto, à família, à escola e à sociedade descobrir e incentivar essas habilidades, tornando-o capaz de, dentro de suas limitações, sentir-se útil e realizado, pois o deficiente mental é um ser humano que possui outras facetas normais.

Estes resultados são importantes, no contexto de um grande desconhecimento sobre as capacidades e habilidades funcionais dos deficientes mentais no Brasil. Salienta-se o interesse de reconhecer o impacto da funcionalidade a dependência.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo verificou que as aplicações dos instrumentos de avaliação da capacidade funcional e do estado cognitivo junto com uma abordagem preventiva podem ser úteis para indivíduos com deficiência mental associada ou não a outras deficiências e nos programas de saúde para rastrear e detectar os problemas individualmente, diminuindo assim possíveis incapacidades.

Importante ressaltar que após a apresentação e aprovação deste estudo, os resultados serão apresentados para os escolares participantes da pesquisa, acompanhados de seus pais ou responsáveis.

O propósito maior dessa avaliação é o de programar a conduta e possíveis tratamentos dos pacientes, oferecendo-lhes o cuidado e a assistência adequados a cada situação. Dessa forma, a avaliação funcional do deficiente mental, deverá estar associada com a ênfase na pessoa e nos sistemas de apoio com os quais possa contar de maneira individualizada, compreendendo os parâmetros físicos, psíquicos e ambientais.

Com isso podem-se levantar diagnósticos e problemas relacionados a esta doença, integrando o deficiente mental, os pais ou responsáveis, o cuidador e a família, tornando suas vidas mais digna e com qualidade.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, L. C. *et al.* **A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do município de São Paulo, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, v. 23, n. 8, Rio de Janeiro, ago. 2007.

AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION-AAMR. **Workbook Mental Retardation: Definition, Classification and Systems of Supports.** Washington, 1992.54p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de diagnóstico e estatístico de Transtornos mentais - DSM IV - TR-TM**, 4ª edição: Artes Médicas, PortoAlegre, 2002.

ARANHA, M.S.F. **A interação social e o desenvolvimento de relações interpessoais do deficiente em ambiente integrado.** Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

BACCIOTTI, S. M. **Avaliação da aptidão física relacionada à saúde em indivíduos de 8 a 17 anos com deficiência mental na APAE de Campo Grande – MS.** Dissertação. Brasília, 2007.

BALLONE, G.J. – **Deficiência mental.** In **Psiqueweb psiquiatria geral**, internet
2001. Disponível: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=29>>. Acesso em: 25 fev. 2009.

BARBOSA, J. N. **Deficiência Mental/Atraso Mental.** Disponível em:
BARROS, J.F.; CAVALCANTE, O.A.; FRANCELINO, F. F.; NUNES. R.L.

Determinação de padrões de referência nas variáveis neuro-motoras em portadores com deficiência mental no Distrito Federal. **Revista Digital** - Buenos Aires - Año 7 - N° 36 - Mayo de 2001.

BARBOSA. J. N. **Deficiência Mental: A Deficiência Mental não é uma doença**. Disponível em: <http://www.indianopolis.com.br/si/site/1153>. Acesso em 08 Jun 2008.

BARRETT, P.M.; Shortt, A.L. **Parental involvement in the treatment of anxious children**. In: Kazdin, A.E.; Weisz, J.R. **Evidence-based psychotherapies for children and adolescents**. Guilford, New York, 2003.

BARRETT, P.M.; Dadds, M.R.; Rapee, R.M. **Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial**. *J Consult Clin Psychol* 64:333-342, 1997.

BARRETT, P.; Healy-Farrell, L.; March, J.S. **Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial**. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:46-62, 2004.

BERTOLUCCI. PH, Brucki SM, Campacci SR, Juliano Y. **O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade**. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52:1-7.

BRASIL. **Parâmetros curriculares nacionais : Adaptações Curriculares / Secretaria de Educação Fundamental. Secretaria de Educação Especial**. - Brasília: MEC / SEF/SEESP, 1998.

BRUCKI SMD, NITRINI R, C. P, B. PHF, O. IH. **Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil**. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. 2003; 61(3B): 777-781

BUENO, J.G.S. **Práticas institucionais e exclusão social da pessoa deficiente.** Em Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Org.), Educação especial em debate (pp. 37-54). São Paulo: Casa do Psicólogo. 1997.

CARDOSO, A.F. **Capacidade e incapacidade funcional no envelhecimento.** Revista Digital - Buenos Aires - Año 13 - Nº 128 - Enero de 2006.

CARDOSO, M.S. **Aspectos históricos da educação especial: da exclusão á inclusão – uma longa caminhada.** In_STOBAUS, CLAUS DIETER & COSTA, E.F A; MONEGO, E.T. Revista da UFG, Vol. 5, No. 2, dez 2003. on line.www.proec.ufg.br. Acessado em 02.01.2009.

CORREIA, L.M. **Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares.** Porto: Porto Editora,1997.

COSTA E.C; NAKATANI A.Y.K., BACHION M.M. **Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária.** Acta Paul. Enferm., 19: 43-48, 2006.

CROCHÍK, J.L. **Aspectos que permitem a segregação na escola pública.** Em Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Org.), Educação especial em debate (pp. 13-22). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

CRUZ, L. R.; BARRETO, S.J. **A importância do lazer na inclusão da pessoa portadora de deficiência mental na sociedade.** Revista Leonardo Órgão de Divulgação Científica e Cultural do ICPG. Vol. 1 n.2 - jan.-jun/2003.

CUNHA, C; BRITO J. **Programa de animação esportiva em adultos portadores de deficiência mental. Aspectos metodológicos e operacionais: II Congresso Internacional da Montanha, Portugal, 2004.**

DIAS, A.M.; LIMA,A.C.; SELAU, M.; DIAS, S. L. A. **A fisioterapia e a síndrome do x frágil: um estudo de caso.** XII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/docs/Arquivos/arquivosINIC/INIC1483_01_O.pdf> Acesso em: 28 fev. 2009.

DIESTRE, G.; VILARMAU, M. T. — **Evolución de la capacidad funcional y características de los pacientes ingresados en la unidad de convalecencia y rehabilitación** (UCR). Rev. Mult. Gerontol, 10:1 (2000) 26-32.

DOLL, Edgar A. **Aspectos da hygiene mental na educação especializada. Educação.** vol VII, n. 4-5, abril-maio/1932, pp. 171-176.

DUARTE Y.A.O, ACL; LEBRÃO ML. **O Index de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos.** Rev Esc de Enferm USP, 41(2): 317-325, 2007.

_____. **Educação escolar de deficientes mentais: problemas para a pesquisa e o desenvolvimento.** Cad. CEDES vol.19 n.46 Campinas, 1998.

FERREIRA, M. E. C.; GUIMARÃES, M. **Educação inclusiva.** Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

FOLSTEIN MF, Folstein SE, McHugh PR. **Mini-mental state- a practical method for the cognitive state of patients for the clinician.** J Psychiatr Res, 1975.

FONSECA, V. de. **Educação Especial.** 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987

FREITAS, L.P.T.; OLIVEIRA, L. J.; FREITAS, J.D.B. **Conhecendo os portadores de necessidades especiais do município de Iguatu-Ceará.** II Congresso de Pesquisa e Inovação da Rede Norte Nordeste de Educação Tecnológica João Pessoa - PB - 2007

GLAT, R. **Integração dos portadores de deficiências: uma questão psicossocial.** Temas em Psicologia, 2, 89-94. 1995.

GONÇALVES, G. H; SANTANA, A. R. A; FERRACINI, L. B; SANTO, R. R.F; TONELLO, M. G. M. **A melhora das capacidades físicas em alunos com deficiência mental através do desenvolvimento de habilidades motoras básicas: andar e correr.** Revista Esporte Digital - Buenos Aires - Año 13 - N° 126 - Noviembre de 2008.

GORDILHO, A.; JOÃO S.; SILVESTRE, J.; RAMOS, L.R.; FREIRE, M. P. A. ESPINDOLA, N.; VERAS, R. P.; KARSCH, U. **Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso. Envelhecimento humano,** UNATI, Rio de Janeiro: UERJ, 2000.

GROSSMAN, G. W. **Construction of Fractals by Orthogonal Projection using Fibonacci sequence,** The Fibonacci Quarterly, v. 35, n. 3, 206-224, agosto, 1997.

GURALNIK JM, LACROIX AZ. **Assessing physical function in older populations.** In: Wallace RB, Woolson RF, editors. The epidemiologic study of the elderly. New York: Oxford University Press; 1992.

_____. **Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica.** Temas em Psicologia, 2, 63-70. 1995.

KIRK, S. A. **Educação da criança excepcional**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

KRINSKI, S. e Colaboradores. **Novos rumos da Deficiência Mental**. 1ª edição: Sarvier, São Paulo, 1996.

KRYNSKI, S. e Col. – **Deficiência Mental**. São Paulo: Atheneu, 1969.

LAWTON, M. P., BRODY, E — **Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living**. The Gerontologist, 1969.

LEVIN, J. - **Estatística Aplicada a Ciências Humanas**. 2ed. São Paulo: Harbra, 1987.

LUCKASSON, R.; COULTER, D.L.; POLLOWAY, E.A.; REISS, S.; SHALOCK, R.L.; SNELL, M.E.; SPITALNIK, D.M. E STARK, J.A. et al. **Retard mental: Définition, classification et système de soutien**. 9ª ed. Saint – Hyacinthe: Edisem Inc., 1994.

MAHONEY, F. I., BARTHEL, D. W. — **Functional evaluation : the Barthel Index**. Maryland State Medical Journal, 1965.

MANTOAN, M.T.E. **“Educação de deficientes mentais: O itinerário de uma experiência”**. Campinas: Unicamp/Faculdade de Educação, 1987, dissertação de mestrado.

MARTINS, L.A.R. **Educação integrada do portador de deficiência mental**. Revista Integração, 16, 27-32. 1996.

MAZZOTTA, M.J.S.; **Educação escolar comum ou especial**. São Paulo: Pioneira, 1987.

MEC- Ministério da Educação do Brasil. **Subsídios para organização e funcionamento de serviços de educação especial: área de deficiência mental**. Brasília, DF: 1998.

MOR V., MURPHY J., MASTERSON-ALLEN S., Willey C., RAZMPOUR A., JACKSON M.E. *et al.* **Risk of functional decline among well elders**. J Clin Epidemiol 1989.

MOSAQUERA, J. J. M. **Educação especial: em direção à educação inclusiva**. 3. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006.

NAGI SZ. **An epidemiology of disability among adults in the United States**. Milbank Mem Fund Q 1976; 54(4): 493-467.

NUNES, L.R.O.P. & FERREIRA, J.R. Deficiência mental: o que as pesquisas brasileiras têm revelado. Em E.M.L.S. de Alencar (Org.), **Tendências e desafios da educação especial** (pp. 50-81). Brasília: MEC/SEESP. 1994.

NUNES, R. L.; GODOY, J. R. P.; BARROS, J. F. **Efeitos de um programa de exercícios resistidos em indivíduos adultos portadores de deficiência mental**. Revista Digital - Buenos Aires - Año 9 - N° 64 - Septiembre de 2003.

OMOTE, S. **A integração do deficiente: um pseudo-problema científico**. Temas em Psicologia, 2, 55-62. 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, CIF: **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**. [tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português]. São Paulo: Edusp; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE: **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID 10**, São Paulo, EDUSP, 1999.

O'SULLIVAN S., SCHMITZ, J. T. **Fisioterapia. Avaliação e Tratamento**. 2ª ed. São Paulo: Editora Manole, 1993.

PAIXÃO, C. M.; RECHENHEIM, M. — **Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional dos idosos**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2005.

PASCOETTI, L. R.; ROCHA, M. **Desenvolvimento rítmico no desenvolvimento mental**. In. SUDBRACK Edite Maria. Especialização em Educação Especial: deficiência mental. URI, 1999.

PEREIRA, M. A. L.; RODRIGUES, M. C. **Perfil da capacidade funcional em idosos residentes no condomínio Vila Vida em Jataí-Go**. Revista Digital - Buenos Aires - Año 12 - N° 109 – Junio de 2007.

PESSOTI, I. **Deficiência mental: da superstição à ciência**. São Paulo: EDUSP. 1984.

PINHEIRO, O Q F. **A criatividade nos educandos com deficiência mental: oficina de criatividade “SEM LIMITES”**. Dissertação em Engenharia e Produção de Sistemas. Florianópolis, 2000.

RENOSTO, A.; TRINDADE, J. L. A. **A utilização de informantes-chave da comunidade na identificação de pessoas portadoras de alterações cinético-funcionais da cidade de Caxias do Sul, RS.** Ciência & Revista Saúde Coletiva, 2009.

SANCHEZ, M. A. **A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica.** Textos sobre envelhecimento, Rio de Janeiro, v. 03, 2000.

SASSAKI, R. K. **Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: Deficiência Mental ou Intelectual?** Artigo publicado na Revista Nacional de reabilitação, vol.n 43, mar/abr.2005.romeuk@uol.com.br acesso em 13/02/07.

SCHWARTZMAN, J.S. (Org.) **Histórico. Síndrome de Down.** São Paulo: Mackenzie. 1999.

SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A. **Deficiência Mental e Família: Implicações para o Desenvolvimento da Criança.** Psicologia Teoria e pesquisa. vol.17 no.2 Brasília May/Aug. 2001.

SILVA, O. M. **A Época Ignorada: A Pessoa Deficiente na História do Mundo de Ontem e de Hoje.** São Paulo; Caderno Cedes, 1986.

SILVEIRA, C.; VENÂNCIO, F. A. **Informação e formação: primeiros passos para construção de uma sociedade inclusiva.** Agudos São Paulo, 2007.

SOARES JCRS, JUNIOR KRC. **A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde.** Interface (Botucatu) 2007; 11(21): 65-78

SUDBRACK, E. M. **Especialização em Educação Especial: deficiência mental.** URI, 1999.

THAL LJ, GRUNDMAN M, GOLDEN R. **Alzheimer's disease: a correlational analysis of the Blessed Information - Memory-Concentration Test and the Mini-Mental State Exam.** *Neurology* 1986.

THOMAS, J. R; NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em atividade física.** 3^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

UHLMANN RF, Larson EB. **Effect of education on the Mini -Mental State Examination as a screening test for dementia.** *J Am Geriatr Soc* 1991; 39:876 -80.

VERDUGO M. A. **El cambio de paradigma em la concepción del retraso mental: la nueva definición de la AAMR.** *Ciclo Cero*, Vol. 25(3). Pág. 5-25, 1994.

WILKINS S, LAW M, LETS L. **Assessment of functional performance.** In: Bonder BR, Wagner MB. *Functional performance in older adults.* Philadelphia: F. A. Davis; 2001.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), de uma pesquisa. Leia com atenção as explicações sobre sua participação na pesquisa, ficando livre para esclarecer as dúvidas para o responsável pela pesquisa. Sua participação não é obrigatória, e a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a), ou com a instituição. Você não perderá qualquer benefício ao qual você tem direito. Você não será proibido (a), de participar de novas pesquisas. Não haverá despesas pessoais para o participante, também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. A pesquisa não oferecerá riscos nem prejuízos aos pesquisados.

E receberá uma via assinada deste termo de consentimento

Este estudo será conduzido por **Adriane Possari Lemos**.

Título da Pesquisa: **Capacidade funcional em deficientes mentais do Centro de Educação Especial Girassol – APAE, no ano de 2008.**

Descrição da pesquisa: **Esta pesquisa faz parte do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB.**

A finalidade deste estudo é avaliar o grau de capacidade funcional dos alunos do CEDEG/APAE, através de escalas comprovadas cientificamente e específicas, contendo perguntas sobre as atividades de vida diária, e atividades instrumentais de vida diária. Você, pais ou responsável deste aluno poderá contribuir através de sua participação nas respostas. Servindo assim para estabelecer novos desempenhos das habilidades nas rotinas da escola, no trabalho e em casa. Na tentativa de suprir as dificuldades funcionais, podem ser usados mecanismos de compensação e otimização como as tecnologias assistivas, técnicas específicas para o treinamento funcional e apoio social desses escolares.

Será marcado com antecedência o dia para esta avaliação. Os pais ou responsável que participará da pesquisa, deverá estar acompanhado do aluno.

Se você concordar em participar da pesquisa, a pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado, caso necessário, sem a sua permissão. Não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Será mantida a sigilidade das informações, a confidencialidade dos dados. A menos que requerido por lei, somente o pesquisador, a equipe de estudo da instituição e os membros do Comitê de Ética em Pesquisa, terão acesso a suas informações para verificar as informações da pesquisa.

Para perguntas referentes a esta pesquisa, ligue para:

Pesquisadora Adriane Possari Lemos: 8403-0483.

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS): 3345-7187.

Declaro que li, entendi este termo de consentimento e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e que sou voluntário (a) a participar desta pesquisa.

Assinatura dos Pais ou Responsável pelo aluno:

_____.

Data: __/__/____.

Telefone para contato: _____.

Assinatura da pesquisadora: _____.

ANEXO 2

FICHAS DOS QUESTIONÁRIOS-ESCALAS PARA OS REGISTROS DOS
DADOSMINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)
FOLSTEIN,FOLSTEIN&MCHUGH,1975

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas;

procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas.

Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta

a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e

ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem

legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros

gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar

com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

ESCALA DE BARTHEL

1- ALIMENTAÇÃO

(10) INDEPENDENTE. Capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável.

(5) AJUDA. Necessita de ajuda para cortar, passar manteiga, etc.

(0) DEPENDENTE.

2- BANHO

(5) INDEPENDENTE. Lava-se por completo em ducha ou banho de imersão, ou usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.

(0) DEPENDENTE.

3- VESTUÁRIO

(10) INDEPENDENTE. Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Amarra os cordões dos sapatos. Coloca cinta para hérnia ou o corpete, se necessário

(5) AJUDA. Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.

(0) DEPENDENTE.

4- HIGIENE PESSOAL

(5) INDEPENDENTE. Lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada, no caso de aparelho elétrico.

(0) DEPENDENTE.

5- DEJEÇÕES

(10) CONTINENTE. Não apresenta episódios de incontinência. Se forem necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si só.

(5) INCONTINENTE OCASIONAL. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sondas ou outro dispositivo.

(0) INCONTINENTE

6- MICÇÃO

(10) CONTINENTE. Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou outro dispositivo, toma suas próprias providências.

(5) INCONTINENTE OCASIONAL. Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo.

(0) INCONTINENTE

7- USO DO VASO SANITÁRIO

(10) INDEPENDENTE. Usa o vaso sanitário ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Se limpa e veste-se sem ajuda

(5) AJUDA. Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.

(0) DEPENDENTE.

8- PASSAGEM CADEIRA-CAMA

(15) INDEPENDENTE. Não necessita de qualquer ajuda, se utiliza cadeira de rodas, faz isso independentemente.

(10) AJUDA MÍNIMA. Necessita de ajuda ou supervisão mínima.

(5) GRANDE AJUDA. É capaz de sentar-se, mas necessita de assistência total para a passagem

(0) DEPENDENTE.

9- DEAMBULAÇÃO

(15) INDEPENDENTE. Pode caminhar sem ajuda por até 50 metros, embora utilize bengalas, muletas, próteses ou andador.

(10) AJUDA. Pode caminhar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão.

(5) INDEPENDENTE EM CADEIRA DE RODAS. Movimenta-se na cadeira de rodas, por pelo menos 50 metros.

(0) DEPENDENTE.

10- ESCADAS

(10) INDEPENDENTE. É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengala, ou se

apóie no corrimão.

(5) AJUDA. Necessita de ajuda física ou supervisão

(0)DEPENDENTE.

PONTUAÇÃO TOTAL: _____

Tabela:

Total: menor que 20 pontos

Grave: entre 20-35 pontos

Moderado: entre 40- 55 pontos

Leve: maior ou igual a 60 pontos

Independente: 100 pontos

ESCALA DE LAWTON.

A pontuação de máxima independência são 8 pontos, e a de maior dependência, zero.

1- CAPACIDADE PARA USAR O TELEFONE

- (1) Usa o telefone por iniciativa própria.
- (1) É capaz de anotar bem alguns números familiares.
- (1) É capaz de atender uma chamada, mas não anotar
- (0) Não utiliza o telefone.

2- COMPRAS

- (1) Realiza todas as compras necessárias independentemente.
- (0) Realiza independentemente pequenas compras.
- (0) Necessita de ir acompanhado para realizar qualquer compra
- (0) Totalmente incapaz de fazer compras.

3- PREPARO DAS REFEIÇÕES

- (1) Organiza prepara e serve, por si só, adequadamente.
- (0) Prepara adequadamente as refeições, se lhe são oferecidos os ingredientes
- (0) Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições.

4- TAREFAS DOMÉSTICAS

- (1) Mantém a casa sozinha ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados).
- (1) Realiza tarefas ligeiras, como lavar a louça ou fazer as camas.
- (1) Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível de limpeza adequado.
- (1) Necessita de ajuda nas tarefas domésticas.
- (0) Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5- LAVAGEM DE ROUPA

- (1) Lava toda a sua roupa.
- (1) Lava apenas peças pequenas.
- (0) A lavagem de toda a roupa esta a cargo de outra pessoa

6- USO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- (1) Viaja sozinho em transporte público ou em seu próprio carro.
- (1) É capaz de pegar um táxi, mas não usa outro meio de transporte.
- (1) Viaja em transporte público, quando acompanhado.
- (0) Utiliza táxi ou automóvel somente com ajuda de outros.
- (0) Não viaja de jeito nenhum.

7- RESPONSABILIDADE EM RELAÇÃO A SUA MEDICAÇÃO

- (1) É capaz de tomar a medicação na hora e doses correta.
- (0) Toma a medicação se lhe prepararem as doses previamente.
- (0) Não é capaz de tomar medicação.

8- GESTÃO DOS SEUS ASSUNTOS ECONÔMICOS

- (1) Toma a seu cargo os seus assuntos econômicos.
- (1)Necessita as compras de cada dia, mas necessita de ajuda nas compras grandes.
- (0)Incapaz de lidar com dinheiro.

PONTUAÇÃO TOTAL: _____

ANEXO 3

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UFMS –
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL.

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa / CEP/UFMS

*Carta de Aprovação*

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 1115 da Pesquisadora Adriane Cristina Possari Lemos intitulado “Capacidade funcional em deficientes mentais do Centro de Educação Especial Girassol – APAE no ano de 2008”, e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião ordinária no dia 24 de abril de 2008, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Prof. ~~Odair Pimentel Martins~~

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 28 de abril de 2008.

