

ARTIGO 1

TEMA: EDUCAÇÃO

“Educação para todos – saúde para todos”: a urgência da adoção de um paradigma multidisciplinar nas políticas públicas de atenção a pessoas portadoras de deficiências

Edidéa Mascarenhas Fernandes

RESUMO

O objetivo deste artigo é suscitar uma reflexão sobre o papel dos municípios frente à questão da educação e da saúde de pessoas portadoras de deficiências, em um momento em que, novamente, é proposto em protocolos internacionais o desafio local da garantia destes direitos inalienáveis a “todos” os cidadãos. Se até então, principalmente, no que concerne a saúde e educação de pessoas portadoras de deficiências, o modelo de atendimento oscilava entre o assistencialismo e a excessiva centralização dos serviços, há que se identificar que propostas metodológicas possam contribuir para a criação de um modelo multifatorial e interdisciplinar que possibilite a introdução de novos paradigmas de políticas públicas para o atendimento a pessoas portadoras de deficiências. O modelo da Associação Americana de Retardo Mental proposto por Luckason possui as características metodológicas para o estudo, e podemos considerá-lo o eixo suplementar da área de saúde para o paradigma da educação inclusiva.

Unitermos: políticas públicas de atenção a portadores de deficiências; diagnóstico multifatorial; inclusão e sistemas de suporte.

ABSTRACT

This article explains the role of the municipal districts regarding the subject of handicapped people's education and health. In fact, at this moment, local politics concerning the warranty of these inalienable rights to “all” citizens have been proposed on international documents. Up to then, the attendance model oscillated between over protection and excessive centralization of services, concerning the handicapped peoples's health and education. We must identify how proposed methodological trends can contribute to the creation of a multifactorial model that helps introducing new paradigms of public politics to the attendance to handicapped people. The model of the American Association of Mental Retardation, proposed by Luckason, takes the necessary methodological approach for the study and it could be considered the supplemental axis of health paradigm to inclusive education paradigm.

Uniterms: public politics of attention to handicapped people; diagnosis multifactorial; inclusion and systems of supports.

Introdução

A história do atendimento educacional nas esferas municipal e estadual a pessoas portadoras de deficiências é recente na Educação Brasileira. No Brasil Império, inicia-se o atendimento a cegos e surdos com a criação do Instituto Benjamin Constant e do Instituto Nacional de Educação de Surdos. Os portadores de deficiências mentais posteriormente passam a ser atendidos por organizações e associações de pais e comunidade; apesar de, em 1874, o Hospital Juliano Moreira haver criado uma escola, o modelo era de subsistência (Januzzi, 1985). Os médicos foram os primeiros que despertaram para a necessidade de escolarização desta clientela que se encontrava “misturada” nos hospitais psiquiátricos, sem distinção de idade.

Na terceira década deste século, quando o ensino público passa a se constituir em “ensino para todos”, “ensino para as classes operárias”, surgem os primeiros impasses do sistema público diante de uma parcela de “alunos que não aprendiam”. Através da criação de Serviços de Higiene Mental nas Secretarias de Educação, alguns estados como Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais começaram a “analisar” e “diagnosticar” esta clientela que não aprendia. Estes serviços instalariam o “modelo médico” em Educação Especial, ainda muito forte no ideário da educação brasileira, que privilegia o discurso da patologização no processo ensino-aprendizagem.

Este olhar médico-terapêutico seria definido por Costa (1990) em “Ordem Médica e Norma Familiar”, como forma marcante na definição de “normalidade” e “anormalidade”. É a escola que, no prelúdio de sua secularização, iria apontar a massa dos excluídos. Havia instrumentos legais que isentavam de matrícula em grupos escolares os “imbecis” ou os que, por qualquer defeito orgânico, fossem incapazes de receber instrução. Sendo assim, os anormais mais evidentes já eram excluídos *a priori*. Os Serviços de Higiene serviam, então, para cuidar das dependências físicas da escola, da “manutenção da saúde dos alunos”, professores e funcionários, mas também para selecionar os diversos “deficientes do sistema”, ou seja, os preguiçosos, tímidos, insofridos, indisciplinados, desatentos e retardados por diferentes causas tais como alcoolismo paterno, maus tratos e miséria. Januzzi (1985:46) ressalta que a história da educação de portadores de deficiência incorporou ao diagnóstico de deficiências padrões sociais assimilados pela escola, tais como moralidade, disciplina e abandono social.

Políticas públicas de educação para pessoas portadoras de deficiências – algumas trajetórias

A implantação de uma política nacional de atenção às pessoas portadoras de deficiências surge no contexto da Educação Brasileira, a partir dos anos 70, como fruto do movimento internacional de garantia de direitos às minorias. O Centro Nacional de Educação Especial (CENESP) do Ministério de Educação é criado no início da década de 70, possuindo como objetivo nortear as linhas e as diretrizes do atendimento educacional a pessoas portadoras de deficiências. O modelo de atendimento educacional proposto baseou-se no “mainstream”, ou seja, o de colocar a pessoa portadora de deficiência na corrente da vida escolar através do sistema de cascata ou pirâmide invertida que propunha o encaminhamento do aluno, após uma sistemática de avaliação, para salas de recursos, classes especiais, escola especial etc. O órgão propôs também currículos específicos para cada área de deficiência. Sendo assim, muitas Unidades Federadas criaram setores de Educação Especial. Porém, o fato de haver sido criado um órgão normatizador não garantiu que, ao longo destes vinte anos, tenha acontecido uma política descentralizada no atendimento educacional a portadores de deficiências mentais, visuais, físicas e auditivas nos sistemas municipais de ensino. Segundo dados do Ministério da Educação, ainda existem aproximadamente 2.000 municípios no país sem qualquer atenção educacional a pessoas portadoras de deficiências.

Outra questão polêmica e apontada em diversos estudos por Schneider (1985), Yamamoto (1988), Schielman (1989) e Fernandes (1997) evidencia que a oferta de serviços nas classes especiais públicas não atendia à população de alunos portadores de deficiências, mas sim, à parcela que fracassava nas classes iniciais, principalmente oriunda das classes trabalhadoras.

O processo de institucionalização da Educação Especial em sistemas de ensino como um serviço a favor da medicalização do fracasso escolar vem sendo analisado por diversos autores, como Paschoalick (1981) que distinguiu três visões básicas que permeiam o cotidiano das práticas da Educação Especial. A primeira visão de espelho que funciona dentro do ideário de que os alunos existem para a classe especial e não esta para atender às reais necessidades educacionais dos alunos portadores de deficiências. A segunda, uma visão ingênua de que os alunos da classe especial não sofrem discriminações e nem são estigmatizados. A terceira visão, a seletista, segundo a qual os alunos que apresentam condições incapacitadoras evidentes (como retardo mental, surdez, cegueira) devem ser eliminados da possibilidade de frequentarem classes especiais, por pertencerem à categoria de alunos a serem encaminhados a instituições.

A institucionalização da “medicalização do fracasso escolar” aliada à desinformação dos profissionais de educação e à ausência de políticas de descentralização de atendimento contribuíram para que alunos portadores de deficiências mental, física, cegueira e surdez ficassem ao longo dos anos impedidos de se beneficiarem do acesso ao sistema público de ensino de sua comunidade, dependendo de grandes deslocamentos para centros de referência ou permanecendo completamente sem assistência.

Yamamoto (1988) em sua investigação concluiu que, em diversos sistemas de ensino, o denominado “ensino regular” valia-se da Educação Especial para se livrar de crianças incômodas das classes regulares e geralmente oriundas da classe popular. Yamamoto também constatou, no estudo, que muitos alunos encaminhados para a inclusão nas classes especiais para deficientes mentais eram indicados pelos professores através de queixas difusas como repetência, falta de assimilação, apatia e desobediência. Os testes de avaliação utilizados estavam somente a serviço de um rótulo.

Fernandes (1992) avaliou a implantação do modelo pedagógico construtivista no sistema público do município de Duque de Caxias. Neste estudo, identificou que o modelo básico adotado era baseado no paradigma “clínico”,

onde a ênfase do discurso da atuação dos profissionais centrava-se na “deficiência” sinonimizada como “doença”. O único envolvimento da direção e da equipe da escola resumia-se em “enviar” os “alunos doentes do sistema” a serem avaliados pela Educação Especial. Os papéis da equipe técnica eram hermeticamente definidos: ao assistente social cabia a triagem; ao psicólogo e ao fonoaudiólogo, a testagem; ao pedagogo, a supervisão das classes; e, ao professor, a execução de propostas e do plano de atendimento que já vinha elaborado pela Secretaria de Educação. A avaliação cognitiva resumia-se, basicamente, em testagens padronizadas e um dos critérios para encaminhamento para avaliação era o de três anos de repetência nas séries iniciais do ensino fundamental. Com a implantação do modelo construtivista baseado nos estudos psicogenéticos de Ferreiro (1985), Inhelder (1971) e Mantoan (1996), a autora concluiu que a mudança de enfoque trouxe a possibilidade de redimensionar o papel da Educação Especial. Sendo assim, o sistema passou a abrir espaço para o acolhimento de alunos portadores de deficiência mental (por síndromes, seqüelas pré, peri ou pós-natais), portadores de cegueira, deficiências físicas e múltiplas, surdez, altas habilidades, condutas típicas. Estes alunos passaram a frequentar classes especiais ou salas de recursos específicas as suas necessidades. Anteriormente, muitos eram referenciados a instituições segregadas ou a atendimentos fora do município.

Atualmente, no campo internacional, deparamo-nos com o marco do Congresso Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais organizado pela UNESCO em Salamanca, na Espanha, objetivando o estabelecimento de uma política de orientação a governos, organizações internacionais, organizações de serviços de apoio nacionais, organizações não-governamentais e outros organismos através da implementação do documento de Salamanca (UNESCO, 1994) sobre Princípios, Política e Prática na área das Necessidades Educativas Especiais. Inspira-se na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nas normas das Nações Unidas sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência.

O documento da Declaração de Salamanca propõe:

“o princípio norteador deste Enquadramento de Ação consiste em afirmar que as escolas devem se ajustar a todas as crianças, independentemente das suas condições físicas, sociais, lingüísticas e outras. Neste conceito, terão de incluir-se crianças com deficiência ou superdotados, crianças de rua ou crianças que trabalham, crianças de populações remotas ou nômades, crianças de minorias lingüísticas, étnicas ou culturais e crianças de áreas ou grupos desfavorecidos ou marginais...”

(UNESCO, 1994:16)

Um dos princípios fundamentais das escolas inclusivas é de que todos os alunos possam aprender juntos, devendo se adaptar aos diferentes estilos de aprendizagem, necessitando de currículos adequados e de estratégias pedagógicas de cooperação entre as comunidades.

O pacto pela “Educação para Todos” é assegurado nas publicações e nas recomendações dos documentos do Ministério da Educação (SEESP, MEC, 1994); possuindo como um dos fundamentos axiológicos o princípio sociológico da interdependência que, devido à dimensão das questões acerca de deficiências, condutas típicas e altas habilidades, há necessidade de intercâmbio nas áreas sócio-médico-psicológicas, valorizando as parcerias entre educação, saúde, ação social e trabalho.

Políticas públicas de saúde para pessoas portadoras de deficiências – um esboço de análise

Se no campo da educação observamos como “medicalização do fracasso escolar” e “Educação Especial” teceram juntas sua trajetória, verificamos também que o campo da saúde ressentiu-se de investimentos nesta área, seja pela ausência de políticas públicas ou pela desinformação do profissional de saúde frente à questão das pessoas portadoras de deficiências.

Há depoimentos dolorosos de pais que recebem a comunicação do diagnóstico por atendentes de saúde, ou no pior dos casos, o profissional de saúde incita-os imediatamente a investir em outro filho, como se o filho portador de deficiência fosse “um caso perdido”. Outros pais em entrevistas de triagem nos informam que, ao relatarem ao médico que percebiam algo diferente no desenvolvimento de seu bebê, foram rotulados de ansiosos e orientados a terem calma e paciência. A saúde ainda convive com o ideário de que o profissional deva “trabalhar a família” e não “trabalhar com a família”.

No Brasil, existem poucas publicações referentes ao atendimento à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde. Não existem dotações orçamentárias específicas do Ministério da Saúde para ações relativas a prevenção, diagnóstico e atendimento de pessoas portadoras de deficiências, como já existem para o Programa de Saúde da Criança, o Programa de Saúde da Mulher, a Saúde da Família, as Doenças Sexualmente Transmissíveis, o Programa de Hipertensão etc. O sistema DATASUS ressentiu-se também pela ausência de um sistema de notificação compulsória em relação a atendimentos a pessoas portadoras de deficiências.

Apesar de possuímos representações de organizações não-governamentais envolvidas com a questão da pessoa portadora de deficiência no Conselho Nacional de Saúde, ainda não foi garantida a instauração de uma política pública de atenção a estes indivíduos.

Contamos com uma fonte documental do Ministério da Saúde intitulada “Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde – Planejamento e Organização de Serviços” (1993), que, como o próprio título sugere nos vocábulos planejamento e organização, dirige-se a interlocutores básicos, que seriam os gestores de saúde nas esferas estaduais e municipais:

“A competência dos programas nacional, estaduais e municipais de atenção à saúde e à reabilitação das pessoas com deficiências reside no incentivo, no apoio e na implementação de ações que garantam que essas pessoas possam usar os serviços de saúde como quaisquer outros cidadãos e também participar nas diferentes formas previstas para acompanhamento, controle e avaliação popular do Sistema de Saúde...”

(Ministério da Saúde, 1993:15)

Verificamos como tônica básica do documento as idéias de descentralização, regionalização e hierarquização presentes nas políticas internacionais e nacionais de saúde.

O documento utiliza um mecanismo de raciocínio crítico que busca as raízes históricas da situação de desatenção à pessoa portadora de deficiência, num modelo urbano de concentração de serviços e na adoção de critérios de elegibilidade que deixaram uma série de pessoas sem assistência; isto remete-se ao enfrentamento de grandes deslocamentos, às filas de espera em centros de referência e à ausência de uma política de prevenção. O documento propõe, então, a descentralização e a hierarquização de serviços. Este estilo já consta na Conferência de Alma-Ata e nos documentos que abordam os sistemas locais de saúde, documentos que deflagram o ideário do Sistema Único de Saúde, da Saúde para Todos do Ministério de Saúde (1990).

Quanto às raízes políticas, o documento enfatiza que as dicotomias saúde pública x saúde individual e prevenção x cura contribuíram para que a política de atendimento ao portador de deficiência, tivesse ficado, durante décadas, a cargo do Ministério da Previdência (prioritariamente a LBA), não ficando a cargo de nenhuma esfera governamental, o que, dentro desta visão, justifica o fato do atendimento à saúde a portadores de deficiências ter sido mantido por entidades filantrópicas.

O documento levanta a análise, nas páginas iniciais, sobre a incompetência do poder público, até então, em lidar com uma política de atendimento ao portador de deficiência. Entendemos que, na concepção ministerial, este documento possa ser denominado um marco inicial para a constituição de uma Política Nacional de Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência, possuindo como objetivo básico implantar na rede SUS a atenção integral à pessoa portadora de deficiência, incluindo ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e integração social. Seu objetivo é extremamente claro e possui como princípio a questão da inserção da pessoa portadora de deficiência na agenda do SUS. Esta idéia é percebida de forma clara e operacional nos seguintes trechos:

“Na assistência à criança: a inclusão da preocupação quanto à deficiência ou à morbidade relatadas na anamnese, a ênfase na testagem dos reflexos, no exame neuropsicomotor, durante a consulta pediátrica de rotina...

... testagem da acuidade visual e auditiva e exames de erros inatos de metabolismo...

...Na assistência à mulher, além da investigação de aspectos gerais da saúde e do exame ginecológico, encaminhamento para aconselhamento genético em casos de pais consanguíneos ou com antecedentes familiares de deficiências, estimulação ao aleitamento e planejamento familiar...

...Na assistência ao adolescente: a preocupação em antecedentes pessoais e familiares de deficiência, vacinação contra a rubéola...

...Na assistência ao trabalhador, à pesquisa de elementos ligados a situações potencialmente incapacitantes...

...Na assistência ao idoso, atenção às doenças crônico-degenerativas e aos quadros ligados ao processo de envelhecimento...”

(op.cit., 26)

O documento propõe um sistema piramidal de hierarquização de serviços que possui como ponto de entrada as unidades básicas de saúde, passando por centros de pequena e média complexidade, até hospitais de referência. Outra questão que o documento apresenta é o conceito de reabilitação baseada na comunidade (RBC), que possui como característica principal a utilização de familiar ou agente da comunidade capacitado e supervisionado. Este sistema baseia-se nas propostas da National Association for Home Care, nos Estados Unidos, que entende a assistência domiciliar como dividida em atendimento especializado e serviços de apoio.

O modelo proposto pretende contemplar uma cobertura maior de atendimentos a pessoas portadoras de deficiências através de um modelo hierarquizado e descentralizado, envolvendo familiares, supervisores comunitários, profissionais de saúde generalistas e a equipe específica da área de reabilitação. Este documento

aponta para uma revisão da política de reabilitação, bem como a necessidade do intercâmbio das diversas esferas de ação: saúde, educação, ação social, trabalho etc.

A 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 2 a 6 de setembro de 1996, concentrou-se no estabelecimento dos princípios de atenção integral à saúde propondo em níveis federal, estadual e municipal o rompimento do modelo de assistência individual, fragmentada, curativa e hospitalocêntrica. Recomendando, assim, o DATASUS (1999):

"O Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem garantir a Atenção Integral à Saúde das Pessoas Portadoras de Deficiências Mentais, Físicas, Auditivas e Visuais em Unidades, Serviços e Centros Especializados do SUS, facilitando o acesso a ações qualificadas que levem em conta suas especificidades, que sejam prestadas por equipes multidisciplinares nas unidades e nos serviços de saúde, que incluam reabilitação, medicamentos, equipamentos e procedimentos e insumos de alto custo. A Política de Atendimento Integral à Saúde das Pessoas Portadoras de Deficiências pressupõe a articulação com as demais políticas públicas, para a defesa de sua cidadania e ampliação da sua qualidade de vida."

(DATASUS, 1999: 13)

Porém, no que tange a execução da proposta, o documento da História das Conferências Nacionais de Saúde (FIOCRUZ, 1999) analisou o fato de que, se na 9ª Conferência Nacional de Saúde houve uma cobrança para a implantação do Sistema Único de Saúde e municipalização, a 10ª Conferência foi marcada pela necessidade de avaliação do sistema implantado e a busca de seu aprimoramento, em especial dos mecanismos de financiamento, principal empecilho identificado para a consolidação do SUS no país.

Educação e saúde para pessoas portadoras de deficiências: a busca de novos paradigmas

Na história da implantação de modelos de assistência à pessoa portadora de deficiência, não tem sido tradição uma visão interdisciplinar e totalizadora do sujeito. Tal fato deve-se ligar ao paradigma cartesiano que dominou a ciência e as práticas de educação e saúde da modernidade. Este paradigma não só possuía a tendência ao reducionismo, a hierarquização de modelos, mas, também, a separação dos diversos campos do saber. Neste modelo, também a busca da "verdade" e da "norma" constituía-se como uma das égides do que denominamos "cientificidade". Sem dúvida, as pessoas ou os grupos sociais que fugiam das supostas "normas" eram considerados desviantes e passíveis de serem submetidos a uma instituição para que fossem "normalizados". Assim sendo, a "deficiência" passou a ser considerada algo a ser expurgado.

O corpo do "deficiente", do "anormal", através de manipulações e treinamentos especializados, torna-se marcado e circunscrito como o corpo da diferença, da anormalidade: a "sialorréia do paralisado cerebral", a "hipotonia do Down", a "sexualidade do deficiente"... Um corpo-objeto a ser controlado, medido, mensurado, manipulado por uma eterna vigilância.

A chamada Pedagogia Terapêutica importava do campo médico, o que lhe servia para marcar o dado clínico da deficiência.

Vygotsky, em seu livro Defectologia (1997), tratando sobre a questão da deficiência mental, argumenta:

"Não à deficiência por si mesma, não à insuficiência por ela mesma... A criança com deficiência mental está formada não só por seus defeitos, seu organismo se reconhece como um todo. A personalidade como um todo se equilibra e se compensa com os processos de desenvolvimento da criança... É importante saber não somente que enfermidade tem uma pessoa, mas também que pessoa tem a enfermidade..." (p. 62)

Vygotsky apresenta também a tese de que, no momento em que se dá o impedimento de uma função orgânica, como a visão, por exemplo, ali também se encontram as forças que determinarão o equilíbrio do sujeito e as compensações para esta limitação, criando assim, o que se denomina uma "clínica da singularidade".

Atualmente, a medicina se defronta com a urgência da discussão de novos paradigmas sobre o adoecer humano fora da ótica do cartesianismo clássico. Castiel (1994) aponta para a necessidade da adoção do pensamento científico da complexidade, tal qual proposto por Capra, Bateson, Pirogine e Maturana. Esta visão impõe uma nova ordem onde não cabe espaço para dicotomias como: corpo x mente, natureza x cultura, biológico x psicológico.

No âmbito da Educação, assistimos à chegada do modelo da Escola Inclusiva, onde a metáfora definidora é o "caleidoscópio", que também se apoia na visão de caos e complexidade. Segundo Forest (1987), a escola seria um espaço constituído de subjetividades de formas e cores tão diversas que, a cada movimento, surja uma nova forma, uma nova organização. Corroborando com o pensamento de Vygotsky (1997), que afirma que:

“uma criança deficiente representa um tipo de desenvolvimento qualitativamente diferente e único. Se uma criança cega ou surda atinge o mesmo nível de desenvolvimento de uma criança normal, ela o faz de outra maneira, por outros meios; e, para o pedagogo, é particularmente importante estar ciente da singularidade deste caminho pelo qual deverá guiar a criança. Essa singularidade transforma o negativo da deficiência no positivo da compensação”. (p. 76)

Como ressaltamos anteriormente, não tem sido comum um intercâmbio interdisciplinar frente ao desafio da execução de políticas públicas para a pessoa portadora de deficiência. Ressaltamos alguns estudos recentes, como o de Llerena e cols. (1994), que desenvolve pesquisa sobre etiologia do retardo mental em parceria com sistemas públicos de ensino através de um modelo multidisciplinar enfatizando a Genética Social, a Neurologia, o Serviço Social, a Psicologia, a Pedagogia e a Psicopedagogia. No campo da deficiência visual, destacamos o estudo de Neurauter e cols. (1999) que desenvolve projeto de saúde ocular de alunos em escolas públicas com ênfase nos aspectos preventivos. Estes estudos diferenciam-se das práticas higienistas porque objetivam a visão singular do educando. Sendo assim, o diagnóstico transcende o campo do mero rótulo para configurar o campo do direito à educação e à saúde, numa prática médica que se desloca do espaço sacrossanto do consultório para a comunidade.

O modelo da associação americana de retardo mental: um possível paradigma interdisciplinar e multifatorial para as políticas públicas de educação, saúde e ação social

A Associação Americana de Deficiência Mental, na redefinição de Luckasson (1994), propõe a adoção de um sistema de avaliação orientado para a habilitação. Neste modelo, a deficiência mental não é vista somente como um traço expresso isoladamente pela pessoa, mas como a expressividade do impacto funcional da interação do sujeito com o seu meio. Esta concepção propõe um modelo ecológico de entendimento do indivíduo e orienta que, mais importante que o diagnóstico do nível de deficiência, é a verificação do nível de suporte de que o indivíduo necessita, bem como as habilidades específicas de que a pessoa precisa para se integrar ao meio em que vive. Consideramos que este modelo, apesar de proposto por uma associação envolvida com as questões da deficiência mental, possa servir como paradigma de diagnóstico e acompanhamento de portadores de outras áreas de deficiências ou necessidades especiais.

Este paradigma atenta para a necessidade de distribuição de serviços de atendimento que focalizem o eixo para a delimitação dos pontos fortes e das capacidades, bem como a adequação de ambientes normalizados e serviços integrados com os suportes necessários e, conseqüentemente, o fortalecimento dos indivíduos atendidos.



Os três eixos-base para investigação são: Capacidades, Ambiente e Funcionalidades. O modelo utiliza o triângulo equilátero para demonstrar a necessidade de equilíbrio destes três eixos (figura acima).

Este modelo multifatorial baseia-se em concepções essenciais para sua aplicação: a avaliação deve considerar as diversidades culturais e lingüísticas bem como as diferenças de comunicação e os padrões comportamentais. A existência de limitações nas capacidades adaptativas deve ser investigada através dos “pares” da mesma idade da pessoa avaliada, devendo ser identificados os suportes necessários. O modelo aponta também para o fato de que as

áreas de capacidades adaptativas possam conviver com pontos altos em algumas e fracos em outras, e que suportes apropriados, quando identificados, colaboram para o aumento do nível de funcionalidade da pessoa.

O diagnóstico para o planejamento da intervenção é o propósito básico, em vez de simplesmente a emissão de um rótulo. A utilização deste modelo desvia o foco do diagnóstico para “além do rótulo do indivíduo”.

Estes recursos de suportes podem estar no próprio indivíduo, na família, nas amizades, no acesso à comunidade, na organização dos sistemas de serviços, nos profissionais de educação e saúde e nas tecnologias.

Os suportes devem ocorrer de forma regular em ambientes integrados; as atividades de suporte devem ser oferecidas inicialmente no ambiente onde o indivíduo trabalha, vive, estuda e diverte-se. Os suportes, quando bem aplicados, colaboram para minimizar as limitações nas áreas adaptativas.

Há quatro dimensões básicas para o diagnóstico, a avaliação e o acompanhamento: a primeira dimensão refere-se às necessidades de suporte; a segunda dimensão vincula-se às considerações psicológicas e emocionais; a terceira envolve as considerações sobre a saúde; e a quarta refere-se às considerações ambientais.

Este modelo apresenta convergências com os pressupostos “inclusivistas” que buscam sistemas de educação, saúde, acessibilidade, trabalho e lazer para todos, em que o eixo não seja a “deficiência”, mas a potencialidade. Ambientes adequados a necessidades de todos numa oferta “natural”, sem que a pessoa portadora de deficiência seja encarada como a “desviante”. Suportes que estejam disponíveis a todos que deles possam se beneficiar: rampas, adaptações, ônibus rebaixados, semáforos sonoros, garantia do direito de ir e vir; legendas nos meios de comunicação, intérpretes de LIBRAS, aulas em LIBRAS, leitores em bibliotecas públicas e escolares, alfabetização em braille e em LIBRAS, comunicação alternativa e adaptações curriculares na garantia do acesso à educação e à informação. Preparação para o trabalho baseada nas potencialidades e nas necessidades de adaptações e suportes.

Conclusão

Este paradigma aplicado a políticas públicas impõe uma nova ordem nas práticas de Saúde, Educação e Assistência Social, implicando diretamente na necessidade de um intercâmbio entre as diversas estruturas do poder público, bem como a inter-relação com organizações não-governamentais (associações, grupos de pais e portadores de deficiências, conselhos de direito etc).

Atualmente, este modelo está sendo acompanhado por Fernandes (1999) através de Projeto de Pesquisa no Curso de Pós-Graduação do Instituto Fernandes Figueiras – FIOCRUZ, nível Doutorado, investigando limites e possibilidades de aplicação em uma comunidade do 3º distrito do Município de Duque de Caxias; devendo as conclusões serem socializadas através de artigos e documentos a serem enviados a órgãos governamentais e entidades da área.

Bibliografia

1. CASTIEL, L. D. O. O buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano. Campinas, SP: Papyrus, 1994.
2. COSTA, J. Ordem médica e norma familiar. Rio de Janeiro: GRAAL, 1990.
3. FERNANDES, E. M. A implantação do modelo pedagógico construtivista em educação especial: mudanças nas práticas pedagógica e institucional. Tese de Mestrado. Rio de Janeiro, 1991.
4. _____. Uma proposta para redimensionamento do atendimento educacional em rede pública de ensino a pessoas portadoras de retardo mental in O Campo da Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia Te Corá Editora, 1997.
5. _____. Estudo descritivo da aplicação do paradigma da Associação Americana de Retardo Mental in Anais do X Congresso Nacional de Neurologia e Psiquiatria – ABENEPI, Rio de Janeiro, 1999.
6. FERREIRO, E. Reflexões sobre alfabetização. São Paulo: Cortez, 1985.
7. FOREST, M. O caleidoscópio: um desafio ao conceito de classificação em cascata (mimeo), 1987.
8. INHELDER, B. El diagnostico del razonamiento en los debiles mentales. Barcelona: Editora Nova Terra, 1971.
9. JANUZZI, G. A luta pela educação do deficiente mental no Brasil. São Paulo: Cortez, 1985.
10. LLERENA, J. Aconselhamento genético visando prevenção das malformações congênitas e retardo mental in Revista Brasileira de Deficiência Mental, 1995.
11. _____. et al. Doenças genéticas e educação especial in Síndromes e Deficiência Mental – Secretaria de Estado de Educação, Rio de Janeiro, 1994.
12. LUCKASSON, R. et al. The changing conception of mental retardation implications for the field. Mental Retardation, vol. 32, nº 3, junho de 1994: 181-193.

13. MANTOAN, M. T. Educação escolar de deficientes mentais: problemas para a pesquisa e desenvolvimento. Campinas – LEPED – Unicamp, 1996.
14. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde – planejamento e organização de serviços. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.
15. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Política Nacional de Educação Especial. Secretaria Nacional de Educação Especial. Brasília, 1994.
16. NEURAUER, R. *et al.* Saúde escolar de alunos de escolas públicas: uma experiência localizada em bairros da Zona Sul do município do Rio de Janeiro *in* Benjamin Constant, ano 5, nº 12, 1999: 3-5.
17. PASCHOALICK, W. Análise do processo de encaminhamento de crianças às classes especiais para deficientes mentais desenvolvido nas escolas de 1º grau da delegacia de Marília. Dissertação de Mestrado, 135p. São Paulo: PUC, 1981.
18. SCHNEIDER, D. Alunos excepcionais: um estudo de caso de desvio *in* Desvio e Divergência – uma crítica da patologia social. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
19. VYGOTSKY, L. Fundamentos de defectologia. Cuba: Editorial Pueblo y Educaciòn, 1997.
20. YAMAMOTO, O. Educação especial – fracasso ou farsa? *in* Educação em Questão. Rio Grande do Norte: Editora Universitária.

Edicléa Mascarenhas Fernandes é Mestre em Educação Especial pela UERJ e doutoranda em Saúde da Criança e da Mulher pelo IFF-FIOCRUZ.