

DEFICIÊNCIA MENTAL E INCLUSÃO SOCIAL: MUDANÇA SIGNIFICATIVA EM RELAÇÃO AO PROJETO ESCOLAR

CAMPOS, Laila Monize Meneses
Laila_monize143@hotmail.com

ROCHA, Danielle Albanisa Feitosa
danielleafr@hotmail.com

SANTOS, Michelle Melo Correia dos
Chellynha_melo@hotmail.com

ARAUJO, Maria José de Azevedo (Orientadora)
Graduada em Pedagogia pela Universidade Federal de Sergipe, Mestre em Educação e
Professora do Curso de Letras da Universidade Tiradentes - UNIT.
azevedo1956@bol.com.br

RESUMO

O objetivo geral dessa pesquisa é avaliar a importância da convivência social dos deficientes mentais com pessoas que não apresentam os sintomas, ajudar a esclarecer dúvidas sobre possíveis transtornos e mostrar as pessoas que não precisam ter medo das limitações causadas por lesões cerebrais. Quanto à metodologia, este é um trabalho qualitativo, do tipo bibliográfico. A investigação está inserida na área de Letras e foi realizado a partir do estudo de algumas deficiências mentais como o autismo, a esquizofrenia, e o retardo mental distinguindo os diferentes tipos de deficiência inseridas na sociedade e na educação, mostrando suas causas e como lidar com determinadas situações. O processo de educação se realiza de um modo particular, de tal forma que durante o processo uma parte dos alunos é promovida e atravessam os vários níveis de desenvolvimento cognitivo, outra é marginalizada e excluída. Isso ocorre porque a escola é uma instituição bastante rígida que tem dificuldades para receber e trabalhar fora dos padrões. Os meios de comunicação e a academia mostram-nos como é importante conhecer as necessidades especiais dos alunos visando contribuir com a inclusão social.

PALAVRAS-CHAVE: Deficiência; Educação; Projeto escolar.

ABSTRACT

The general objective of this research is to evaluate the importance of social coexistence of mentally disabled people who have no symptoms, help to clarify questions about possible disorders and show people that need not be afraid of the limitations caused by brain damage. Regarding methodology, this is a qualitative study of type bibliography. The research is

embedded in the Letters and was conducted from the study of some mental disabilities such as autism, to schizophrenia, mental retardation and distinguishing the different types of disabilities into the society and education, showing their causes and how to deal with certain situations. The process of education takes place in a particular way, such that during the part of students and is promoted through the various levels of cognitive development, another is marginalized and excluded. This is because the school is an institution that is very rigid and difficult to get work outside of the standards. The media and academia show us how important it is to meet the special needs of students to contribute to social inclusion.

KEY WORDS: Disabilite; Education: School Project.

INTRODUÇÃO:

Este trabalho que tem como título *“Deficiência Mental e Inclusão Social: Mudança significativa em relação ao projeto pedagógico escolar,¹”* discutirá a deficiência mental inserida na sociedade e na educação, que vem sendo abordado diariamente pelos meios de comunicação, que pretendem mostrar a verdadeira face da deficiência, utilizando-se de personagens bem estudados para interpretar as deficiências de uma forma clara, sem preconceito.

Tendo como objetivo geral, mostrar que um deficiente pode levar uma vida normal, trabalhar, estudar, ingressar na faculdade, formar-se, casar e constituir uma família igualmente aquelas pessoas que não possuem algum tipo de deficiência. Bem como, acabar com o preconceito que muitos indivíduos persistem em possuir.

A escolha do tema *“Deficiência Mental e Inclusão Social”*, foi feita primeiramente por determinar a temática em abordar algo relacionado a todos nós, pois todos nós passamos por momentos de loucuras, de agressividade, de algum tipo de transtorno, como a depressão. E entender melhor as causas que levam um indivíduo a desenvolver algum tipo de deficiência.

Quando se fala em deficiência, questiona-se qual o motivo daquele indivíduo possuir? Se tem tratamento para controlar algum tipo de reação negativa? Como inserir aquele

¹ Para a realização desta pesquisa foi feita uma investigação através do material cedido pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), que esclarece questões relativas a alguns transtornos mentais, através do relato de pesquisas.

indivíduo na sociedade? Como educar um indivíduo com deficiência? Com a elaboração desse projeto, desejamos ampliar o nosso conhecimento cognitivo a respeito de inserir e ensinar um indivíduo com deficiência na sociedade e na escola. Pretendemos entender melhor as causas, os tratamentos e como lidar com um indivíduo que possua algum tipo de retardo mental.

Levando-se em consideração o fato de existir vários tipos de deficiências mentais, escolhemos três delas para a fundamentação deste artigo: autismo, retardo mental e esquizofrenia. Deficiências diferentes que possuem em comum algum tipo de reação, ou sintoma.

O autismo não causa outras doenças, mas outras doenças podem favorecer seu desencadeamento. Os fatores externos que causam o autismo são as doenças infecciosas da gravidez, como a rubéola, a sífilis e a toxoplasmose; as doenças infecciosas do cérebro, como a meningite; as lesões traumáticas; o uso de drogas pelos pais; além de doenças genéticas que cursam com retardo mental. A incidência é de quatro a cinco homens para cada mulher, mas quando a doença se dá no sexo feminino é mais grave. Os autistas possuem todas as variações possíveis de inteligência, mas nem todos estão aptos à inclusão escolar, que depende de uma série de condições da escola, de seus profissionais e da capacidade da criança. Alguns são muito inteligentes e se dão bem pedagogicamente em escolas regulares, apesar de não conseguirem se socializar, pois não entendem o mundo humano e social. Outros necessitam de outras escolas, e aqueles cuja inteligência é mais comprometida tem mais possibilidades em escolas especiais.

O retardo mental é um estado onde existe uma limitação funcional em qualquer área do funcionamento humano, considerada abaixo da média geral das pessoas pelo sistema social onde se insere a pessoa. Na maioria dos casos a (DM), especialmente os de níveis leves e moderados não se podem identificar as causas. Nos casos de deficiência mental leve os

programas educativos intensivos e adequados podem atenuar significativamente essa situação. A característica essencial do retardo mental é quando a pessoa tem um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de limitações no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, auto-cuidados, vida doméstica, habilidades sociais, relacionamento interpessoal, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança. Teoricamente, deveriam ficar em segundo plano as questões mensuráveis de QI, já que a unidade de observação é a capacidade de adaptação.

A esquizofrenia é uma doença mental grave que se caracteriza classicamente por uma junção de sintomas, entre os quais avultam alterações do pensamento, alucinações (sobretudo auditivas), delírios e confusão emocional com perda de noção da realidade, podendo causar um disfuncionamento social crônico, ou seja, é um severo transtorno do funcionamento cerebral. Culturalmente o esquizofrênico representa o estereótipo do “louco”, um indivíduo que reproduz grande estranheza social devido ao seu isolamento em relação à realidade. É hoje encarada não como uma doença única mas sim como um grupo de patologias, atingindo todas as classes sociais e grupos humanos. Poucos sabemos sobre essa doença. O máximo que podemos conseguir obter é o controle dos sintomas com os antipsicóticos. Nesta doença, deve-se levar em consideração alguns determinantes: início, curso, duração, forma da doença, sinais positivos e negativos, sua situação adversa e constrangedora na fase inicial.

1 DEFICIÊNCIA MENTAL E A INCLUSÃO SOCIAL

1.1 Deficiência mental

Deficiência Mental é um estado onde existe uma limitação funcional em qualquer área do funcionamento humano, considerada abaixo da média geral das pessoas pelo sistema social onde se insere a pessoa. Na maioria dos casos a (DM), especialmente os de níveis leve e moderado não se pode identificar as causas. Nos casos de deficiência mental leve os programas educativos intensivos e adequados podem atenuar significativamente essa situação. “A deficiência mental na educação está ligada, em boa medida, a inclusão social e ao desenvolvimento humano, e a relação existente entre deficientes e não deficientes”².

A característica essencial do Retardo Mental é quando a pessoa tem um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de limitações no funcionamento adaptativo em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, auto-cuidados, vida doméstica, habilidades sociais, relacionamento interpessoal, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança. Teoricamente, deveriam ficar em segundo plano as questões mensuráveis de QI, já que a unidade de observação é a capacidade de adaptação.

Geralmente o início da dessa Deficiência deve ocorrer antes dos 18 anos, caracterizando assim um transtorno do desenvolvimento e não uma alteração cognitiva como é a Demência. O funcionamento intelectual geral é definido pelo Quociente de Inteligência, ou seja, o QI.

É possível diagnosticar o Retardo Mental em indivíduos com QIs entre 70 e 75, mas é necessário que exibam déficits significativos no comportamento adaptativo. Recomenda-se que o Retardo Mental não deve ser diagnosticado em um indivíduo com um

² sites.uol.com.br/gballone/infantil/dm1.html (Autoria desconhecida).

QI inferior a 70, se não existirem déficits ou prejuízos significativos no funcionamento adaptativo.

Na Deficiência Mental, como nas demais questões da psiquiatria, a capacidade de adaptação do sujeito ao objeto, ou da pessoa ao mundo, é o elemento mais fortemente ligado à noção de normal. Teoricamente, já que a unidade de observação é a capacidade de adaptação, deveriam ficar em segundo plano as questões mensuráveis de QI.

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. Este tende a permanecer mais estável, independente das atitudes terapêuticas, até o momento.

A Deficiência Mental se caracteriza por um funcionamento global inferior a média, junto com limitações associadas em duas ou mais das seguintes habilidades adaptativas: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização da comunidade, saúde e segurança, habilidades escolares, administração do ócio e trabalho. As áreas de necessidades dos deficientes devem ser determinadas através de avaliações neurológicas, psiquiátricas, sociais e clínicas e nunca numa única abordagem de diagnóstico.

Essa classificação por graus de deficiência deixava claro que as pessoas não são afetadas da mesma forma, contudo, atualmente, tende-se a não enquadrar previamente a pessoa com Deficiência Mental em uma categoria baseada em generalizações de comportamentos esperados para a faixa etária.

O grau de comprometimento da Deficiência Mental irá depender também da história de vida do paciente, particularmente, do apoio familiar e das oportunidades vivificadas, bem como das necessidades de apoio e das perspectivas de desenvolvimento.

O atraso no desenvolvimento dos portadores de Deficiência Mental pode se dar em nível neuro-psicomotor, quando então a criança demora em firmar a cabeça, sentar, andar, falar. Pode ainda dar-se em nível de aprendizado com notável dificuldade de compreensão de normas e ordens, dificuldade no aprendizado escolar. Mas, é preciso que haja vários sinais para que se suspeite de Deficiência Mental e, de modo geral, um único aspecto não pode ser considerado indicativo de qualquer deficiência.

A avaliação da pessoa deve ser feita considerando-se sua totalidade. Isso significa que o assistente social, por exemplo, através do estudo e diagnóstico familiar, da dinâmica de relações, da situação do deficiente na família, aspectos de aceitação ou não das dificuldades da pessoa, etc. analisará os aspectos sócio-culturais.

O médico, por sua vez, procederá ao exame físico e recorrerá a avaliações laboratoriais ou de outras especialidades. Nesse caso, serão analisados os aspectos biológicos e psiquiátricos. Finalmente psicólogo, através da aplicação de testes, provas e escalas avaliativas específicas, avaliará os aspectos psicológicos e nível de Deficiência Mental.

O sujeito com deficiência é um "aluno especial", cujas necessidades específicas demandam recursos, equipamentos e níveis de especialização definidos de acordo com a condição física, sensorial ou mental. No âmbito da saúde, o mesmo aluno é tratado como "paciente", sujeito a intervenções tardias e de cunho curativo, enquanto no campo da assistência social ele é um "beneficiário" desprovido de recursos essenciais à sua

sobrevivência e sujeito a formas de concessão de benefícios temporários ou permanentes de caráter restritivo. “Integração é um processo. Integração é um fenômeno complexo que vai muito além de colocar ou manter excepcionais em classes regulares. É parte do atendimento que atinge todos os aspectos do processo educacional.”³

O termo integração tem aparecido associado ao termo inovação educacional. Refere-se a uma escola mais aberta e mais flexível para acolher uma diversidade de alunos com diferentes interesses, motivações e capacidades de aprender. O processo de integração tem o caráter de um programa aberto que dá lugar a projetos diversificados nos diferentes centros educacionais, adequando seus recursos e metodologias, não somente aos alunos com necessidades especiais, mas também aos alunos regulares. De acordo com tais idéias, deverá ocorrer uma mudança positiva e significativa em relação ao projeto pedagógico global, o que resultará num tratamento mais adequado à diversidade (de alunos, de professores, de entornos sociais e escolares). “A igualdade entendida como diversidade, como desenvolvimento das potencialidades educacionais através de uma oferta múltipla, pressupõe uma escolha decidida da integração escolar.”⁴

Mesmo assim, o diagnóstico de Deficiência Mental é muitas vezes difícil. Numerosos fatores emocionais, alterações de certas atividades nervosas superiores, alterações específicas de linguagem ou dislexia, psicoses, baixo nível sócio econômico ou cultural, carência de estímulos e outros elementos do entorno existencial podem estar na base da impossibilidade do ajustamento social adaptativo adequado, sem que haja necessariamente Deficiência Mental.

³ Pereira, 1980, p.3 .

⁴ Gortázar,1995, p.324.

1.2 Autismo

Autismo é uma desordem comportamental causada por mudanças súbitas em certas áreas do cérebro. É uma alteração que afeta a capacidade da pessoa comunicar, estabelecer relacionamentos e responder apropriadamente ao ambiente - segundo as normas que regulam estas respostas.

Algumas crianças, apesar de autistas, apresentam inteligência e fala intactas, outras apresentam importantes retardos no desenvolvimento da linguagem. Alguns parecem fechados e distantes, outros presos a comportamentos restritos e rígidos padrões de comportamento. Os diversos modos de manifestação do autismo também são designados de *Espectro Autista*, indicando uma gama de possibilidades dos sintomas do autismo.

As causas biológicas exatas do autismo e das desordens do espectro autista são desconhecidas e são um grande desafio para a sociedade. Embora não haja uma má formação cerebral, estudos recentes têm observado mudanças bruscas em algumas áreas do cérebro de pacientes autistas, incluindo um aumento moderado, que parece acontecer durante o desenvolvimento do cérebro fetal ou na 1ª infância. Fatores genéticos, ou a exposição do cérebro em desenvolvimento a alguma toxina ambiental ou infecção, pode ser a causa dessas anormalidades. O impacto cerebral pode piorar durante a vida, enquanto o indivíduo é continuamente exposto a tais fatores ambientais, ou dentre aqueles com incapacidade de quebrar e se livrar dessas toxinas.

No cérebro normal, essas áreas coletivamente conhecidas como o sistema límbico, estão envolvidas em atividades complexas como encontrar significado nas experiências sensoriais e perceptivas, no comportamento social, na emoção e na memória. O sistema límbico também está envolvido no controle de complexos movimentos habituais como, aprender a se vestir e se lavar, ou participar de atividades coletivas. A estrutura límbica, está

envolvida em diversos processos desde a criatividade artística, ao aprendizado de uma habilidade, reconhecimento de estruturas faciais, a ligação emocional, a agressão e ao vício. Então, anormalidades nessa área cerebral, cortam ou proporcionam impressões distorcidas da realidade, levando a incapacidade de efetivamente se relacionar com o mundo a sua volta, provocando um isolamento social.

Pessoas com autismo podem ficar presas a um mundo de comportamentos ritualísticos. Com variável incapacidade de interagir com as pessoas a sua volta. Uma pequena parcela mostra uma notável habilidade para executar algumas tarefas como tocar piano, executar cálculos matemáticos complexos, enquanto ao mesmo tempo não conseguem se alimentar sozinhos ou se vestir.

Os aspectos biológicos e comportamentais do autismo, remetem a desordens como a esquizofrenia, epilepsia e outras tantas raras condições neurológicas pediátricas. Desordens da química cerebral, particularmente envolvendo os neurotransmissores dopamina e serotonina, que protagonizam um papel importante no movimento e funcionamento do sistema límbico, têm sido apontadas. Ligações entre anomalias genéticas responsáveis pelo desenvolvimento do cérebro estão sob investigação. Descobertas recentes sugerem anomalias no sistema digestivo, e estudos mostraram que os sintomas de alguns pacientes são agravados por determinados fatores dietéticos que resultam possivelmente das alterações de populações bacterianas no sistema digestivo.

Há ligações entre várias desordens inflamatórias, tais como artrite reumatóide e recentes evidências de processos inflamatórios em curso no cérebro. Isto sugere que as alterações no sistema imunitário ou em alguns fatores ambientais possam contribuir para o autismo também. Parece que estes compostos biológicos, estão alterando diretamente ou indiretamente a função do cérebro em níveis variados. Entretanto, uma hipótese unificadora para esta desordem devastadora que considera todas estas observações, ainda não foi

encontrada. O autismo é claramente uma desordem do comportamento. Conseqüentemente uma análise detalhada desta desordem comportamental complexa, na condição humana e em modelos de experimentos animais é absolutamente essencial.

Um número de compostos metabólicos resultados da digestão alimentar e também os compostos inflamatórios liberados pelo organismo , as citocinas, são conhecidos por ter efeitos profundos no desenvolvimento do cérebro, na função de sistema límbico e finalmente no comportamento. Nem todo autista é igual, existem autistas mais sociais que outros, outros são mais intelectuais, e assim por diante. Por isso dá-se o nome de Espectro Autista a estas diferentes manifestações do autismo: o autismo tem vários níveis, desde os mais graves (o autismo típico em que as pessoas geralmente pensam) até os casos mais sutis. Muitos autistas não são muito diferentes de pessoas tidas como "normais": possuem hábitos consolidados, reagem com dificuldade a situações que os desagradam, possuem manias e preferências.

As características mais comuns do autismo são:

- Dificuldade na interação social (como todo e qualquer indivíduo, por exemplo);
- Dificuldade acentuada no uso de comportamentos não-verbais (contato visual, expressão facial, gestos);
- Sociabilidade seletiva;
- Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades;
- Preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados (movimento circular, por exemplo);
- Assumir de forma inflexível rotinas ou rituais (ter "manias" ou focalizar-se em um único assunto de interesse, por exemplo);
- Maneirismos motores estereotipados (agitar ou torcer as mãos, por exemplo);
- Preocupação insistente com partes de objetos, em vez do todo (fixação na roda de um carrinho ou na boca de alguém que fala, por exemplo);

- Seguir uma vida rotineira e resistir mais do que uma pessoa comum resistiria quando ela é mudada;
- *Tendência* a uma leitura concreta e imediatista do contexto, seja ele linguístico ou ambiental ("levar tudo ao pé da letra").

A educação de pessoas autistas não têm recebido até então a atenção necessária, disso estamos cientes. Nem mesmo a educação especial tem dado conta desse alunado, cuja sensibilidade se mistura com ares de quem não compreende a vida, provoca inúmeros sentimentos e abala a segurança de profissionais cuja competência é evidente. Mas, se há profissionais capazes o que falta? Informação! Esta é a palavra chave. E é esta informação que precisamos fazer chegar a estes profissionais.

Para Feuerstein a interação e o envolvimento com o material e o professor, não são suficientes para que haja a experiência de aprendizagem mediatizada. É preciso haver um mediatizador responsável, afetivo, conhecedor e competente para ser o intermediário entre o mediatizado e a experiência de aprendizagem mediatizada.⁵

O novo, desconhecido, diferente, não abala e fragiliza somente nossos alunos autistas, mas ao homem de maneira geral. Há quatro anos trabalho com crianças autistas e até hoje vivo a solidão de ser única na escola onde leciono. Tenho investido na divulgação do que é possível, nos vários trabalhos e das competências que podem ser desenvolvidas com nossas crianças, desta capacidade que está no interior de cada uma delas esperando para ser exposta, para desabrochar e dar os frutos que sabemos ser doce. Na solidão de minha sala de recursos, sonho dia-a-dia com o investimento na educação de nosso pequeninos, no despertar de mais profissionais, de ter e dar opções e adequar o trabalho que hoje é oferecido de forma tímida e

⁵ OEI- Revista Iberoamericana de Educación (ISSN: 1681-5653).

isolada. Mas sei, que sozinha, sem o investimento dos sistemas de ensino, pouco posso poder fazer.

Estamos a muito aguardando, é preciso aumentar a chama do profissional determinado, empreendedor. Mostrar que todo bom trabalho é como a terra, precisa ser preparada, adubada, para então germinar as sementes nela depositada. Nosso trabalho, como essa semente para se tornar uma bela árvore necessita de carinho (investimento pessoal), água (capacitação/informação), e calor (união de esforços), coisas fundamentais para que se possa ter e desenvolver uma prática educacional adequada e eficaz. Que supra a necessidade de nossas crianças e dê maior satisfação profissional, e esta vem do progresso de nossos alunos, que na sutileza do seu modo de ser, clama por seus direitos, tão bem declarados nos inúmeros documentos e leis, mas, tão esquecidos na prática.

1.3 Esquizofrenia

A esquizofrenia é uma doença mental grave que se caracteriza classicamente por uma junção de sintomas, entre os quais avultam alterações do pensamento, alucinações (sobretudo auditivas), delírios e confusão emocional com perda de noção da realidade, podendo causar um disfuncionamento social crônico, ou seja, é um severo transtorno do funcionamento cerebral. Culturalmente o esquizofrênico representa o estereótipo do “louco”, um indivíduo que reproduz grande estranheza social devido ao seu isolamento em relação à realidade.

Diz-se que os primeiros sinais e sintomas de esquizofrenia são insidiosos. O primeiro sintoma de sossego/calma e afastamento, visível num adolescente normalmente passa despercebido como tal, pois remete-se o facto para “é uma fase”. Pode inclusivamente ser um enfermeiro de saúde escolar ou um conselheiro a começar a notar estas mudanças. (...) É

importante dizer-se que é muito fácil interpretar incorrectamente estes comportamentos, associando-os à idade.⁶

É hoje encarada não como uma doença única mas sim como um grupo de patologias, atingindo todas as classes sociais e grupos humanos. Poucos sabemos sobre essa doença. O máximo que podemos conseguir obter é o controle dos sintomas com os antipsicóticos. Nesta doença, devem-se levar em consideração alguns determinantes: início, curso, duração, forma da doença, sinais positivos e negativos, sua situação adversa e constrangedora na fase inicial.

Seu desenvolvimento pode ser lento que nem o esquizofrênico nem as pessoas próximas percebem que há algo errado a não ser quando comportamentos abertamente desviantes se manifestam.

O período entre a normalidade e a doença deflagrada pode levar meses. Por outro lado há pessoas que desenvolvem a doença rapidamente, em questão de meses e até mesmo dias. A pessoa muda seu comportamento e entra no mundo criado por ele, o que geralmente alarma e assusta muito os parentes.

Não há uma regra fixa quanto ao modo de início: tanto pode começar repentinamente e eclodir numa crise exuberante, como começar lentamente sem apresentar mudanças extraordinárias, e somente depois de anos surgir uma crise característica.

A sua prevalência atinge 1% da população mundial, manifestando-se habitualmente entre os 15 e os 25 anos, nos homens e nas mulheres, podendo igualmente ocorrer na infância ou na meia-idade.

Os esquizofrênicos que atingem capacidade de trabalho demonstram melhor desempenho, pois conseguem estabelecer contato mais adequado com a realidade, estudam, freqüentam universidades, formam-se exercem profissões e se casam. Os casos mais reservados são encontrados nos indivíduos que têm severa perturbação da comunicação, das

⁶ www.psicosite.com.br/tra/psi/esquizofrenia.htm (Autoria desconhecida).

relações sociais e com perturbação do juízo de realidade, que permanecem dependentes dos familiares, necessitam de assistência permanente e evoluem com déficit até um processo demencial, com situações de risco grave, como suicídio ou homicídio.

Segundo o INSS, casos novos são raros antes da puberdade e depois dos 35anos. As mulheres apresentam um curso mais brando da esquizofrenia e, portanto, um melhor prognóstico e uma melhor possibilidade de adaptação social.

Observa-se que apenas 40,2% dos pacientes apresentam melhora ao longo de um período médio de acompanhamento de cinco e seis anos. Com o avançar da idade, há uma melhora na sintomatologia e prognóstico da doença.

Os quadros de Esquizofrenia podem variar de paciente para paciente, sendo uma combinação em diferentes graus dos seguintes sintomas:

- Delírios: o indivíduo crê em idéias falsas, irracionais ou sem lógica. Em geral, são temas de perseguição, grandeza ou místicos;
- Alucinações: o paciente percebe estímulos que em realidade não existem como ouvir vozes ou pensamentos, enxergar pessoas ou vultos, podendo ser bastante assustador.
- Discurso e Pensamento Desorganizado: o esquizofrênico fala de maneira ilógica e desconexa, demonstrando uma incapacidade de organizar o pensamento em uma seqüência lógica;
- Expressão das Emoções: tem um afeto inadequado ou embotado, ou seja, uma dificuldade de demonstrar a emoção que está sentindo. Ao consegue demonstrar se está alegre ou triste;
- Alterações de Comportamento: podem ser impulsivos, agitados ou retraídos, muitas vezes apresentando risco de suicídio ou agressão, além de exposição moral, como, por exemplo, falar sozinho em voz alta ou andar sem roupa em público.

Não há, contudo, sinais nem sintomas patognomônicos da doença, podendo-se de alguma forma fazer referência a um quadro prodrômico que são em grande parte sintomas negativos, como por exemplo inversão do ciclo de sono, isolamento, perda de interesse por actividades anteriormente agradáveis, apatia, descuido com a higiene pessoal, ideias bizarras, comportamentos poucos habituais, dificuldades escolares e profissionais, entre outras. Posterior a esta fase inicial surgem os sintomas positivos⁷.

Os sintomas da doença podem ser agrupados em: Positivos: delírios, alucinações e agitação psicomotora; Negativos: inibição psicomotora (ex.: catatonia), diminuição da vontade, embotamento afetivo, negativismo. ”Acompanham a evolução da doença e reflectem um estado deficitário ao nível da motivação, das emoções, do discurso, do pensamento e das relações interpessoais”⁸. Não há um exame que diagnostique precisamente a esquizofrenia, isto depende exclusivamente dos conhecimentos e da experiência do médico, portanto é comum ver conflitos de diagnóstico.

O diagnóstico é feito pelo conjunto de sintomas que o paciente apresenta e a história como esses sintomas foram surgindo e se desenvolvendo. Existem critérios estabelecidos para que o médico tenha um ponto de partida, uma base onde se sustentar, mas a maneira como o médico encara os sintomas é pessoal. Um médico pode considerar que uma insônia apresentada não tenha maior importância na composição do quadro; já outro médico pode considerá-la fundamental. Assim os quadros não muito definidos ou atípicos podem gerar conflitos de diagnóstico.

Sabe-se atualmente que não existe uma única causa, mas sim várias que concorrem entre si para o seu aparecimento, sendo muitas as teorias que surgiram para explicar esta doença:

⁷ pt.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia (Autoria desconhecida).

⁸ pt.wikipedia.org/wiki/Esquizofrenia (Autoria desconhecida).

1.3.1 Teoria Bioquímica

Sofrem de um desequilíbrio neuroquímico, portanto falhas na comunicação celular do grupo de neurônios envolvidos no comportamento, pensamento e senso-percepção.

1.3.2 Teoria Genética

Talvez essa seja a mais bem demonstrada de todas as teorias. Nas décadas passadas vários estudos feitos com familiares mostrou uma correlação linear e direta entre o grau de parentesco e as chances de surgimento da esquizofrenia. Pessoas sem nenhum parente esquizofrênico têm 1% de chances de virem a desenvolver esquizofrenia; com algum parente distante essa chance aumenta para 3 a 5%. Com um pai ou mãe aumenta para 10 a 15%, com um irmão esquizofrênico as chances aumentam para aproximadamente 20%, quando o irmão possui o mesmo código genético (gêmeo idêntico) as chances de o outro irmão vir a ter esquizofrenia são de 50 a 60%. A teoria genética, portanto explica em boa parte de onde vem a doença. Se explicasse tudo, a incidência de esquizofrenia entre os gêmeos idênticos seria de 100%.

1.3.4 Teoria do Estresse

O estresse não causa esquizofrenia, no entanto o estresse pode agravar os sintomas. Situações extremas como guerras, epidemias, calamidades públicas não fazem com que as pessoas que passaram por tais situações tenham mais esquizofrenia do que aquelas que não passaram.

1.3.5 Teoria das Drogas

Não há provas de que drogas lícitas ou ilícitas causem esquizofrenia. Elas podem, contudo, agravar os sintomas de quem já tem a doença. Certas drogas como cocaína ou

estimulantes podem provocar sintomas semelhantes aos da esquizofrenia, mas não há evidências que cheguem a causá-la.

1.3.6 Teoria Nutricional

A alimentação balanceada é recomendável a todos, mas não há provas de que a falta de certas vitaminas desencadeie esquizofrenia nas pessoas predispostas. As técnicas de tratamento por megadoses de vitaminas não têm fundamento estabelecido por enquanto.

1.3.7 Teoria Viral

A teoria de que a infecção por um vírus conhecido ou desconhecido desencadeie a esquizofrenia em pessoas predispostas foi muito estudada. Hoje essa teoria vem sendo abandonada por falta de evidências, embora muitos autores continuem considerando-a como possível fator causal.

1.3.8 Teoria Social

Fatores sociais como desencadeantes da esquizofrenia sempre são levantados, mas pela impossibilidade de estudá-las pelos métodos hoje disponíveis, nada se pode afirmar a seu respeito. Toda pesquisa científica precisa isolar a variável em estudo. No caso do ambiente social não há como fazer isso sem ferir profundamente a ética.

1.4 Modo de reconhecer a esquizofrenia no início

O reconhecimento precoce da esquizofrenia é uma tarefa difícil porque nenhuma das alterações é exclusiva da esquizofrenia incipiente; essas alterações são comuns a outras enfermidades, e também a comportamentos socialmente desviantes, mas psicologicamente normais. O diagnóstico precoce é melhor do que o diagnóstico tardio, pois tardiamente muito

sofrimento já foi imposto ao paciente e à sua família, podendo ter sido evitado com o tratamento precoce.

O diagnóstico é tarefa exclusiva do psiquiatra, mas se os pais não desconfiam de que uma consulta com este especialista é necessária nada poderá ser feito até que a situação piore e a busca do profissional seja irremediável. Qualquer pessoa está sujeita a vir a ter esquizofrenia; a maioria dos casos não apresenta nenhuma história de parentes com a doença na família. Abaixo estão enumeradas algumas dicas: como dito acima, nenhuma delas são características, mas servem de parâmetro para observação.

- Dificuldade para dormir, alternância do dia pela noite, ficar andando pela casa a noite, ou mais raramente dormir demais;
- Isolamento social, indiferença em relação aos sentimentos dos outros;
- Perda das relações sociais que mantinha;
- Períodos de hiperatividade e períodos de inatividade;
- Dificuldade de concentração chegando a impedir o prosseguimento nos estudos;
- Dificuldade de tomar decisões e de resolver problemas comuns;
- Preocupações não habituais com ocultismos, esoterismo e religião;
- Hostilidade, desconfiança e medos injustificáveis;
- Reações exageradas às reprovações dos parentes e amigos;
- Deterioração da higiene pessoal;
- Viagens ou desejo de viajar para lugares sem nenhuma ligação com a situação pessoal e sem propósitos específicos;
- Envolvimento com escrita excessiva ou desenhos infantis sem um objetivo definido;
- Reações emocionais não habituais ou características do indivíduo;
- Falta de expressões faciais (Rosto inexpressivo);

- Diminuição marcante do piscar de olhos ou piscar incessantemente;
- Sensibilidade excessiva a barulhos e luzes;
- Alteração da sensação do tato e do paladar;
- Uso estranho das palavras e da construção das frases;
- Afirmações irracionais;
- Comportamento estranho como recusa em tocar as pessoas, penteados esquisitos, ameaças de auto-mutilação e ferimentos provocados em si mesmo;
- Mudanças na personalidade;
- Abandono das atividades usuais;
- Incapacidade de expressar prazer, de chorar ou chorar demais injustificadamente, risos imotivados;
- Abuso de álcool ou drogas;
- Posturas estranhas;
- Recusa tocar outras pessoas.

Nenhum desses sinais por si comprova doença mental, mas podem indicá-la. Pela faixa etária esses sinais podem sugerir envolvimento com drogas, personalidade patológica ou revolta típica da idade. Diferenciar a esquizofrenia do envolvimento com drogas pode ser feito pela observação da preocupação constante com dinheiro, no caso de envolvimento com drogas, coisa rara na esquizofrenia. A personalidade patológica não apresenta mudanças no comportamento, é sempre desviante, desde as tenras idades. Na esquizofrenia incipiente ainda que lentamente, ocorre uma mudança no curso do comportamento da pessoa, na personalidade patológica não. Na revolta típica da adolescência sempre haverá um motivo razoável que justifique o comportamento, principalmente se os pais tiverem muitos conflitos entre si.

1.5 Esquizofrenia na escola

Os esquizofrênicos apesar do estereótipo de “louco”, podem levar uma vida normal. Existem remédios para controlar os surtos, além de sessões com psicólogos ou psiquiatras para ajudá-los. A vida escolar do esquizofrênico é igual à de todos os outros alunos. São muito inteligentes, aprendem rápido e não necessitam de aulas especiais. Muitos chegam à universidade e formam-se.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Faz-se necessário ficar atentos às pessoas que convivem próximos a nós, analisar as situações antes de tirar conclusões precipitadas a respeito do comportamento de algum indivíduo que esteja passando por algum tipo de problema, ou transtorno, conversar e tentar perceber se o indivíduo está realmente com algum transtorno para então levá-lo ao médico para que seja feito o diagnóstico adequado e caso precise iniciar o tratamento.

Também é importante a existência de diálogo entre os familiares, para uma melhor convivência entre todos. Saber distinguir quando o indivíduo está envolvido com drogas seja ela lícita ou ilícita, se a mudança de comportamento tem haver com a idade ou com o gosto pessoal, se é uma forma de chamar atenção, ou se é algum tipo de transtorno mental.

Caso essa pessoa tenha desenvolvido a esquizofrenia, é necessário que os parentes e amigos não fiquem assustados, com medo, pois, é importante o apoio da família e a compreensão para o que está acontecendo na vida do doente e para que ele fique calmo.

Finalmente buscar informações a respeito da doença é um fator essencial para que os familiares possam ajudar aquele indivíduo que está passando por transtornos mentais. No caso de uma crise psicótica, é bom alguém está próximo, pois, pode ajudar a pessoa a perceber que não tem ninguém o perturbando, falando com ele ou até mesmo o xingando.

Os esquizofrênicos que atingem capacidade de trabalho demonstram melhor prognóstico, pois conseguem estabelecer contato mais adequado com a realidade, estudam, freqüentam universidades, formam-se exercem profissões e se casam. Os casos mais reservados são encontrados nos indivíduos que têm severa perturbação da comunicação, das relações sociais e com perturbação do juízo de realidade, que permanecem dependentes dos familiares, necessitam de assistência permanente e evoluem com déficit até um processo demencial, com situações de risco grave, como suicídio ou homicídio.

REFERÊNCIAS

BRUNCA, Benedito Adalberto, GOMES, Filomena Maria Bastos, OLIVEIRA, Marco Antônio de. **Diretrizes de apoio: à decisão médico-pericial em transtornos mentais.** Brasília-DF, 2008.

GÓES, Maria Cecília Rafael de & LAPLANE, Adriana Lia Frizman (orgs.). **Políticas e práticas de educação inclusiva.** Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

www.bengalalegal.com

www.google.com