

UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
COORDENAÇÃO DE INTEGRAÇÃO DE POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PARA PROFESSORES DO ENSINO
FUNDAMENTAL E MÉDIO

ANNA PAULA CZAR MAZUR

USO INDEVIDO DE MEDICAMENTOS EM ESCOLARES DA ESCOLA DE
EDUCAÇÃO ESPECIAL RECANTO DA VIDA

NOVA TEBAS
2011

ANNA PAULA CZAR MAZUR

USO INDEVIDO DE MEDICAMENTOS EM ESCOLARES DA ESCOLA DE
EDUCAÇÃO ESPECIAL RECANTO DA VIDA

Monografia apresentada ao curso de Especialização em Saúde para Professores do Ensino Fundamental e Médio, da Universidade Federal do Paraná, como requisito para a conclusão do Curso na Modalidade à Distância.

Orientadora: Prof. Luciani L. Sigolo Vanhoni

NOVA TEBAS
2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ser fonte inesgotável de luz que ilumina e guia todos os meus passos, e por ter sido sustentação neste tempo de estudo que direcionaram à obtenção deste título.

A minha família, por todo amor, apoio e incentivo que dedicaram a mim.

À professora orientadora Luciani L. Sigolo Vanhoni e a todos os professores pelo apoio, compreensão, disponibilidade, transformando a tarefa de elaboração desse trabalho numa caminhada de prazer.

“Para ser grande, sê inteiro: nada teu exagera ou exclui. Sê todo em cada coisa. Põe quanto és no mínimo que fazes. Assim em cada lago a lua toda brilha, porque alta vive”.

Fernando Pessoa

(escritor português portador de TDAH)

MAZUR, A. C. **Uso indevido de medicamentos em escolares da escola de educação especial recanto da vida.** 2011. Monografia (Especialização em saúde para professores do ensino fundamental e médio) – Universidade Federal do Paraná

RESUMO


É de grande importância o uso correto e contínuo de medicamentos psicofármacos em alunos de classe especial, tendo em vista que o uso incorreto destes podem acarretar problemas na saúde da criança e no seu desenvolvimento escolar. Diante disso, busca-se com este trabalho analisar como ocorre o processo de ensino-aprendizagem na Educação Especial e a importância de uma parceria entre escola e família. Para tanto, este trabalho apresenta-se através de pesquisa de ordem bibliográfica e de campo, buscando compreender o papel da Educação Especial, seu histórico e importância social e educacional e analisando a responsabilidade dos pais quanto à administração da medicação controlada, uma vez que, o uso correto destes contribui muito para um bom resultado na aprendizagem e desenvolvimento dos alunos.

Palavras-chave: Estudantes. Família. Psicofármacos.

ABSTRACT



It is of great importance and correct use of psychotropic medications for ongoing special class students in order that the misuse of these can lead to problems in child health and development in your school. Nevertheless, one tries to analyze this work as the process of teaching and learning in special education and the importance of a partnership between school and family. Therefore, this paper presents research agenda through literature and field, Trying to Understand the role of Special Education, and Its Importance and Analyzing historical social and educational Responsibility of parents Regarding the administration of prescription drugs, since, the proper use of this contributes greatly to a good result in learning and student development.

Keywords:  Students. Family. Psychotropic.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	8
2.1 EDUCAÇÃO ESPECIAL: CONTEXTO HISTÓRICO.....	8
2.2 DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS.....	11
2.2.1 Psicomotricidade.....	14
2.2.2 Desenvolvimento Cognitivo.....	15
2.2.3 Desenvolvimento Sócio-afetivo.....	17
2.2.4 Linguagem.....	18
2.3 A EDUCAÇÃO ESPECIAL DE CRIANÇAS COM DIFICULDADES INTELECTUAIS.....	20
2.4 MEDICAMENTOS PSICOFÁRMACOS.....	21
2.5 AS RELAÇÕES ENTRE APRENDIZAGEM E FAMÍLIA.....	2
3 TRAJETÓRIA DA INTERVENÇÃO.....	32
3.1 LOCAL DA INTERVENÇÃO	32
3.2 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO.....	33
3.3 DESCRIÇÃO DA TRAJETÓRIA DA INTERVENÇÃO.....	33
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA INTERVENÇÃO.....	35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXO I – Cartazes de orientação do uso dos medicamentos.....	44
ANEXO II – Fotos da reunião e palestra com pais.....	46

1 INTRODUÇÃO

Educação e Saúde são dimensões da vida humana, e tal como, devem estar unidas, principalmente quando uma depende para o sucesso da outra, como no caso da Educação Especial.

Conceitua-se Educação Especial a educação de pessoas com deficiência, seja ela mental, auditiva, visual, motora, física, múltiplas ou decorrentes de distúrbios evasivos do desenvolvimento.

A Constituição Federal, 1988, é fundamentada na promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. O artigo 205 define a educação como um direito de todos, garantindo o pleno desenvolvimento da pessoa, o exercício da cidadania e a qualificação para o trabalho.

Estabelece, ainda, no artigo 206, como um dos princípios para o ensino, a igualdade de condições de acesso e permanência na escola. No artigo 208, garante como dever do Estado, o acesso aos níveis mais elevados do ensino, bem como a oferta do atendimento educacional especializado.

Sabe-se que para haver desenvolvimento no âmbito escolar, faz-se necessário o aluno estar em boa saúde, para tanto é importante utilizar de forma correta as posologias prescritas pelo médico, para que convulsões, problemas de comportamento, atenção e concentração não sejam vilões do processo de ensino-aprendizagem.

A falta de medicação ou ainda o uso incorreto, interfere diretamente no trabalho pedagógico, com atraso na aprendizagem e prejudica a saúde do aluno.

Diante de tais premissas, o objetivo geral deste trabalho foi demonstrar aos familiares de escolares com necessidades especiais, a importância do uso contínuo de medicamentos controlados no domicílio, promovendo orientações com o apoio de profissionais da saúde e sensibilizando os pais sobre as consequências do uso indevido da medicação, evitando convulsões que é um ataque provocado quando o

sistema nervoso central motor no cérebro é curto-circuitado. Isto conduz a que todos os músculos do corpo, incluindo os respiratórios estejam continuamente a ser ativados. A convulsão também pode ser mais sutil, consistindo apenas de uma breve "perda de contato" ou alguns momentos em que a pessoa parece estar sonhando acordada. Conforme Araújo (2011) independente da causa ou o tipo de crise convulsiva, o mecanismo básico é o mesmo. Há descargas elétricas: De origem nas áreas centrais do cérebro (afetam imediatamente a consciência); De origem numa área do córtex cerebral (produzem características do foro anatômico em particular); Com início numa área localizada do córtex cerebral e alastrando-se a outras porções do cérebro.

As crises convulsivas podem ser constantes, com casos de várias ocorrências durante o dia, e com isso prejudicam a aprendizagem escolar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 EDUCAÇÃO ESPECIAL: CONTEXTO HISTÓRICO

Desde os seus primórdios, a sociedade sempre inabilitou as pessoas com necessidades especiais, marginalizando-os e privando-os de liberdade. Essas pessoas, sem respeito, sem atendimento, sem direitos, sempre foram alvo de atitudes preconceituosas e ações impiedosas.

A história da Educação Especial percorreu uma trajetória que se iniciou com a segregação e separação em espaços institucionais, até chegar às escolas e classes especiais e, mais recentemente, às propostas de inclusão.

Estudiosos como Mazzota (2001), Mantoan (1997) e Romanelli (1991), consideram o século XVI como marco inicial da Educação Especial, com a educação dos surdos na Espanha. Porém, foi no século XVIII

que a Educação Especial se institucionalizou, quando foram criados os Institutos Públicos para surdos-mudos em Paris.

No final do século XVIII, surgiram das leprosarias os asilos ou hospitais gerais, para todos aqueles considerados “desviantes”. No final do século XIX e início do século XX, criaram-se instituições especializadas e diferenciadas, mas o projeto educativo restringia-se a ensinamentos elementares. (MANTOAN, 1981).

No Brasil, de acordo com Mazzota (1981), a separação dos indivíduos considerados “defeituosos” em espaços físicos diferenciados, começa a delinear-se em meados do século XIX com a criação do Hospício Pedro II em 1841, do Imperial Instituto dos Meninos Cegos em 1854 e do Instituto de Surdos-Mudos em 1856.

Até o século XIX não se instituíram no Brasil grandes espaços de exclusão, como os hospitais gerais da Europa. Em geral, os “loucos e defeituosos”, vistos como frutos de pecados paternos, eram confiados as suas famílias e podiam perambular pelas ruas, salvo se perturbassem a ordem pública, quando então eram recolhidos às Santas Casas ou às prisões.

No início do século XIX, a vinda da Corte real para o Rio de Janeiro produziu uma série de transformações na cidade, como a participação cada vez maior dos médicos higienistas, isto é, era preciso limpar as ruas consideradas reduto da insalubridade, da miséria e do vício. Assim, como forma de limpeza da cidade, surgem os asilos para internação de toda essa população que vivia nas ruas. Nesse período, com a aliança médico-filantrópica, surgem novas formas repressivas e assistenciais de controle das populações da cidade (polícia, medicina social, higienismo). Surgem nesse momento os estabelecimentos especializados e ocorre a validação das práticas de separação através das classificações que os saberes médico-psiquiátricos promovem. A medicina, imbuída do ideário estrangeiro da psiquiatria e da higiene, introduziu, no início do século XX, a perspectiva de uma medicina que visava a pedagogização da população e, por isso, tinha na

infância o alvo privilegiado, fazendo surgir a figura da “criança anormal”. (MAZZOTA, 1981).

Com o surgimento da figura da “criança anormal” no século XX, diversas classificações foram descritas e um critério comum perpassa todas elas: o critério negativo da falta. A escola cresce de importância, os critérios médicos mesclam-se aos pedagógicos e a “anormalidade” passa gradativamente a estar referida às possibilidades de escolarização.

Os sintomas que começam a aparecer com o ingresso da criança na escola, transformam-se em critérios de separação classificatória e demarcam a inclusão em espaços institucionais diferentes: crianças de escolas regulares, as de escolas especiais e as de asilo por serem “ineducáveis”. (MAZZOTA, 1981).

A partir da década de 30, com a expansão da rede pública, em decorrência da solicitação da sociedade industrial, surgem as primeiras classes especiais nas escolas públicas. Nesta década surge também o Ministério da Educação e Cultura (MEC).

Entende-se que a exclusão não se deveu apenas aos testes psicológicos e seleções escolares, mas também pela precariedade das condições de funcionamento das escolas e a degradação do ensino público. Surgem as figuras do “atrasado escolar” e dos “distúrbios de aprendizagem”. (MITTLER, 2003, p. 21).

Na década de 80, importantes movimentos em favor dos direitos civis, provocaram iniciativas em torno da integração da pessoa com necessidades especiais na sociedade.

Na prática, o rompimento com os modelos segregadores (ruptura esta não tão efetiva) resultou em iniciativas voltadas à integração no âmbito escolar.

Segundo Mantoan:

Em 1986 é criada a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) e em 1992, o MEC, em sua nova reforma, recolocou o órgão da Educação Especial na condição de Secretaria, agora denominada Secretaria de Educação Especial (SEESP) (MANTOAN, 1998, p. 69).

Percebe-se que o histórico da Educação Especial no Brasil vem marcado por várias mudanças, do ponto de vista de como o Portador de Necessidades Especiais é visto pela sociedade, onde os mesmos eram excluídos do convívio familiar e não tinham acesso à educação. Mais a frente foram criados centros especiais de atendimento e hoje, busca-se uma proposta de educação especial para os mesmos, uma educação não mais baseada na segregação, mas, na inclusão, onde também deixam de ser deficientes para serem chamados Portadores de Necessidades Educacionais.

2.2 DESENVOLVIMENTO DE PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Sabe-se que o crescimento e o desenvolvimento humano variam de pessoa para pessoa, mas que normalmente seguem ritmo e seqüências semelhantes a todos da espécie humana. Porém, como indivíduos com necessidades especiais possuem características diferenciadas de desenvolvimento, conforme cada deficiência, exige-se do professor de classe especial ou inclusiva, o domínio de técnicas apropriadas a cada caso e principalmente, preparo emocional.

Ou seja, são alunos que se diferenciam por seus ritmos de aprendizagem e manifestam comportamentos particulares, consequentes de características orgânicas como lesões neurológicas por falta de oxigenação pré, peri ou pós-natal e também as síndromes, o que impede os encaminhamentos rotineiros de práticas pedagógicas, pois são pessoas que necessitam de instrumentos, sinais e códigos apropriados para se comunicar, locomover-se, ler e escrever.

O indivíduo com deficiência mental, caracteriza-se por registrar um funcionamento intelectual geral 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 e comunidade;
- independência na locomoção;
- saúde e segurança;
- desempenho escolar;
- lazer e trabalho.

Nos alunos com necessidades educacionais especiais, o desenvolvimento físico e cognitivo é muito variável, portanto não se pode descrever características comuns a todos.

Sobre o desenvolvimento e aprendizado, Vygotski (1989) considera como processos não coincidentes, embora esteja o aprendizado diretamente relacionado ao curso de desenvolvimento da criança, tomando como concepção que o desenvolvimento é a apropriação de formas cada vez mais elaboradas de atividade humana e, ressaltando o papel da educação escolar como ambiente específico para promover o desenvolvimento do aluno. A partir daquilo que a criança já sabe, de sua capacidade de equacionar problemas sem ajuda (desenvolvimento real), poderão ser criadas mais possibilidades de aprendizagem através da elaboração compartilhada, ou seja, o que ela ainda não realiza sozinha, poderá ter condições de realizá-lo sob a orientação dos adultos ou com a colaboração das crianças mais velhas (desenvolvimento proximal). Ao professor cabe provocar avanços na aprendizagem dos alunos, que não ocorreriam espontaneamente. O desenvolvimento humano não trata-se apenas da formação de conexões reflexas ou associativas ou a formação de sinapses, mas como se sabe o ser humano é muito sensível aos efeitos do meio.

O desenvolvimento das crianças com deficiências não ocorre de forma regular, homogênea; existem variações no seu curso que fazem

com que algumas áreas se desenvolvam mais e outras menos, embora a literatura demonstre que, via de regra, seguem a mesma ordem do desenvolvimento normal.

O processo de desenvolvimento das crianças com necessidades especiais, como se observa, ocorre de uma maneira mais lenta e as diferenças interindividuais são mais acentuadas e, portanto, melhor evidenciadas.

Segundo o pensamento de Vygotsky apud RABELO (1999, p.20) “uma criança portadora de um defeito não é simplesmente uma criança menos desenvolvida que as demais, apenas se desenvolve de forma diferente”. A criança em sua essência é a mesma, precisa do outro para se socializar e crescer. Neste sentido se constata, conforme a teoria vygotsquiana, que o desenvolvimento das capacidades e habilidades do indivíduo portador de necessidades educacionais especiais não pode fugir aos efeitos do meio social e, portanto não se pode desvalorizar, tampouco subestimar o papel transformador deste sujeito na aprendizagem e em seu desenvolvimento de um modo geral.

Construir seu conhecimento através de sua interação com os demais, fará desse indivíduo um ser capaz como os outros, não da mesma forma, mas com suas limitações, seus desejos, suas frustrações, seus sonhos e sua vontade de ser respeitado como gente que pensa, sofre, ama, sorri, se decepciona e que busca o que todo ser humano deseja, ou seja, ser feliz e aceito por todos.

Durante muito tempo o ato de ensinar consistia apenas em falar, coordenar as idéias de forma lógica, seguindo um programa que na maioria das vezes não era condizente com a realidade do aluno. No entanto, a criança não pode ser encarada como um gravador e a experiência pessoal e atividade do próprio aluno podem ser consideradas condições importantes para a assimilação de novos conhecimentos pelos educandos.

Oferecer exercícios mecânicos e padronizados, não estimula o aluno a experimentar e confrontar diversas situações, de modo que possam

construir o conhecimento através da abstração reflexiva. Dessa forma não pode-se analisar a criança apenas sob este aspecto, mas percebendo que o corpo, a emoção e a cognição devem desenvolver-se juntas. No entanto, o papel do professor neste contexto é muito maior, pois a ele cabe integrar o aluno especial e agir para que o ambiente de sala de aula torne-se um espaço de trocas e de igualdade, seja na aprendizagem ou na convivência entre os alunos e também com o professor. Sem esta esfera de apoio e igualdade de oportunidades, o ensino-aprendizagem do portador de necessidades especiais torna-se em vão.

Nesse sentido, é preciso estar atento para o fato de que, na dimensão da estimulação educativa, seja eleita uma metodologia que possibilite a adequação ao fluxo de desenvolvimento dos indivíduos.

2.2.1. Psicomotricidade

A psicomotricidade é a técnica ou conjunto de técnicas que tendem a interferir no ato intencional significativo, para estimular ou modificar, usando como mediadores a atividade corporal e sua expressão simbólica, com o objetivo de aumentar a capacidade de interação do sujeito com o ambiente. Através da motricidade a criança apropria-se de um conjunto de informações, que, progressivamente aprende a utilizar. Através do movimento começa a conhecer-se a si própria, aos outros e aos objetos.

Compreende-se desenvolvimento psicomotor, como a interação existente entre o pensamento, consciente ou não, e o movimento efetuado pelos músculos, com ajuda do sistema nervoso. Desse modo, cérebro e músculos influenciam-se e educam-se, fazendo com que o indivíduo evolua, progredindo no plano do pensamento e da motricidade.

O desenvolvimento psicomotor abrange o desenvolvimento funcional de todo o corpo e suas partes. Geralmente este desenvolvimento está dividido em vários fatores psicomotores. Conforme Fonseca (1995), há

sete fatores: o equilíbrio, a tonicidade, a noção corporal, a lateralidade, a estruturação espaço-temporal e praxias fina e global.

A partir da afirmação de Fonseca (1995, p. 23) “Nascemos com uma relação inconclusa entre o corpo e o cérebro que não tem vias de comunicação, nem de interação. É o desenvolvimento da motricidade que vai proporcionar essa comunicação”. Analisa-se, portanto a criança portadora de necessidades especiais, sem nenhum preconceito ou tabu. Toda criança pode aprender, seja através dos movimentos ou da expressão. O desenvolvimento humano implica transformações contínuas, que ocorrem através da interação dos indivíduos entre si e entre os indivíduos e o meio em que vivem.

O corpo nada mais é que o ponto chave para a integração com o meio. No caso do portador de deficiência física, o desenvolvimento correto e permanente facilita seu desenvolvimento moral e intelectual. As experiências vividas a partir do próprio corpo possibilitam uma captação diferente do mundo, uma apreensão de conceitos que, por haverem sido vivenciados, deixam uma impressão mais profunda que os conhecimentos racionais.

Desenvolver as faculdades sensoriais e mentais de forma equilibrada, ajuda a enfrentar as exigências que as aprendizagens escolares supõem, mas também abre um campo de livre expressão, necessária para incentivar sua criatividade, seu potencial interior e a inter-relação ativa e positiva com as demais crianças.

2.2.2 Desenvolvimento Cognitivo

O indivíduo com necessidades especiais depara-se com uma série de problemas específicos no desenvolvimento cognitivo. Devido a estas dificuldades, o aluno está mais sujeito a frustrações na realização de tarefas comuns, do que as crianças ditas normais. O professor, no entanto, deve identificar as áreas nas quais este aluno possui mais facilidade, para então

criar situações propícias para que este possa se sobressair no processo de aprendizagem. Ou seja, conhecendo o estado geral do desenvolvimento e as dificuldades específicas apresentadas, deve-se atender também as capacidades de aprendizagem de cada um, para evitar que os objetivos educativos não sejam nem demasiado exigentes, a ponto de o aluno não poder atingi-los, nem tão simples, que não favoreçam ao máximo o desenvolvimento das suas potencialidades.

Atualmente há uma tendência em classificar a deficiência mental conforme o suporte que a pessoa necessitará. Esta classificação exige conhecimentos a respeito das características do sujeito e das demandas de seu ambiente. Vygotski (1989) ressalta que as deficiências intelectuais não são as únicas responsáveis pelo rebaixamento cognitivo, pois existem outros fatores que poderiam estar influenciando, entre eles a desmotivação, característica predominante nesta categoria. A criança com deficiência mental leve apresenta um comportamento baseado na relação de escolha – “este ou aquele”, em decorrência da rigidez de sua psiquê, a qual se estende tanto ao aspecto cognitivo quanto ao afetivo, incapacitando-a para relativizar seus pontos de vista e realizar generalizações a partir de conceitos ou vivências. Nesse sentido, são importantes as atividades que exigem abstração, e que possibilitam maior flexibilidade, com vistas à transformação qualitativa das capacidades cognitivas.

A deficiência mental caracteriza-se por registrar um funcionamento intelectual geral 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. A idade de início da deficiência situa-se antes dos dezoito anos de idade.

Nesta perspectiva, a deficiência mental é considerada uma condição desarmônica entre o indivíduo e o meio ambiente. As características do próprio sujeito e os componentes ambientais que o circundam poderão estar impondo limitações sobre o seu funcionamento presente.

Falando do desenvolvimento de um portador de deficiência mental, não se deve enquadrá-lo em períodos concretos de aprendizagem, tendo em conta exclusivamente as correntes psicométricas, mas se faz necessário a realização de uma avaliação complexa e exaustiva para poder situar no processo geral de desenvolvimento, assinalando os aspectos positivos, ou aquilo que é capaz de fazer.

2.2.3 Desenvolvimento Sócio-afetivo

Os problemas enfrentados pelos portadores de necessidades especiais vão desde a dificuldade de conquistar amizades, de casar, ter filhos, isto é, há muitas barreiras que impedem estas pessoas muitas vezes de levar uma vida normal. Telford e Sawrey afirmam:

A pessoa deficiente não precisa de comiseração e piedade. Precisa de compreensão e aceitação como pessoa que apresenta certas limitações. Pouco adianta treinar uma pessoa que apresenta certas limitações. Pouco adianta treinar uma criança deficiente para que se torne socialmente apta e consciente, se os vizinhos amedrontados e ansiosos não permitirem que seus filhos brinquem com ela. Não há utilidade em ensinar-lhe a lidar com jogos, ou a cantar e dançar, se ela permanecer socialmente inaceitável. (TELFORD & SAWREY, 1988, p.149).

Os primeiros anos de vida da criança com necessidades especiais, são muito importantes para que a criança possa satisfazer suas necessidades de afeto e aceitação, tal como do desenvolvimento da auto-estima, sendo este decisivo na determinação dos ajustamentos posteriores. Por isso, é importante que todo trabalho realizado com alunos pressuponha também uma intervenção junto aos pais, no sentido de que seus conflitos e suas próprias ansiedades não prejudiquem o relacionamento interpessoal da criança, pois a instabilidade no lar, em muitos casos, poderá contribuir para a instabilidade do aluno. Essas dificuldades relacionais que têm início muitas vezes na família, se repetem no ambiente escolar e social.

O aluno com necessidades especiais, acredita na sua capacidade de desenvolvimento da aprendizagem quando percebe o incentivo proporcionado tanto pelo grupo do qual pertence quanto do profissional que está mais próximo dele. A relação afetiva nesta proposta de educação é fator essencial na busca do aprender a aprender. Contudo, evidencia-se que a criação de um espaço afetivo harmônico, favorece o desenvolvimento da criança, à medida que o afeto é identificado como questão básica para o crescimento do potencial cognitivo. Sendo assim, neste aspecto, qualquer deficiência é considerada como algo a mais a ser trabalhada.

2.2.4 A Linguagem

A linguagem é uma forma de representação e consiste num sistema de significações no qual a palavra funciona como significante, permitindo ao sujeito evocar verbalmente objetos ou acontecimentos ausentes.

Ocorrem transtornos nos quais as modalidades normais de aquisição da linguagem estão comprometidos, desde os primeiros estádios do desenvolvimento, e que não são diretamente atribuíveis à anomalias neurológicas, anomalias anatômicas do aparelho fonador, comprometimentos sensoriais, retardo mental ou a fatores ambientais. Estes transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem, se acompanham frequentemente de problemas associados, tais como dificuldades da leitura e da soletração, perturbação das relações interpessoais, transtornos emocionais e transtornos comportamentais.

Os distúrbios relacionados à fala e a linguagem são comuns em nosso convívio diário, passando muitas vezes despercebidos. Percebendo o problema, mesmo quando leve, um tratamento deve ser feito, com o objetivo de oferecer uma melhor qualidade de vida futuramente.

Sabe-se que os primeiros sons produzidos pela criança são principalmente sons vocálicos, indiferenciados e mais ou menos nitidamente articulados; também aparecem alguns sons consonânticos. Estas produções são ainda e apenas uma atividade sensória - motora e os sons produzidos são por vezes estranhos aos que comporta a língua falada em redor da criança. Nesta fase, os sons produzidos pelas crianças surdas e pelas crianças ouvintes são idênticos, o que confirma a natureza sensório - motora desta atividade vocal, bem como o papel pouco representativo da imitação deste estágio. Passam a surgir diferenças sensíveis ao nível das produções vocais entre as crianças surdas e as crianças ouvintes, a partir do momento em que a atividade vocal ultrapassa o exercício sensório - motor para se transformar num sistema sonoro de comunicação, onde os exercícios de imitação e as emissões conscientes emergem. É neste estágio que a produção vocal começa a especializar-se, a diferenciar-se, a criança que ouve pode proceder a uma seleção de sons que emite. Esta seleção realiza-se a partir da experiência auditiva da criança: a audição repetida dos mesmos fonemas pronunciados pelos que a rodeiam suscita o exercício por imitação e por auto - estimulação.

Assim, uma criança cujas perturbações da linguagem estão associadas a uma deficiência conhecida, como é o caso da surdez, terá várias dificuldades no desenvolvimento da linguagem e, sobretudo da linguagem oral, uma vez que não recebe informação via audição.

É evidente que estes problemas variam de criança para criança, conforme o grau de surdez e até a intervenção educativa a que está submetida. Mas, em qualquer caso, é importante que a reeducação da criança surda seja desenvolvida, tendo sempre em vista a sua inserção no mundo dos ouvintes que a rodeiam.

Ao se conhecer a sequência e o ritmo do desenvolvimento normal, fica mais fácil avaliar se existe ou não o distúrbio. Com relação à inteligibilidade da fala, de acordo com a idade, aos 18 meses é de 25%, aos dois anos é de 60%, aos três anos é de 90% e aos cinco anos atinge 100%.

Com relação ao vocabulário, deve ser de 25 palavras aos 18 meses, 50 palavras aos dois anos e 250 a 800 palavras aos três anos.

Crianças com limitações de comunicação e dificuldades no desenvolvimento normal da linguagem, podem apresentar deficiência auditiva. Se chegarem à idade escolar sem que a surdez seja diagnosticada, o aprendizado será complicado porque, além de ouvirem mal o que está sendo ensinado, têm graves problemas na linguagem oral, necessitando se comunicar por gestos, em razão da falta de audição.

Alterações na linguagem podem ser por distúrbios do desenvolvimento, ou seja, falha em desenvolver uma linguagem para comunicar-se, ou por distúrbios adquiridos, como perda parcial ou total da linguagem previamente adquirida por comprometimento do cérebro, em uma queda ou acidente de trânsito por exemplo.

O mais importante nos distúrbios da fala é a descoberta precoce. Por isso, é fundamental que a família fique atenta observando os seguintes quesitos na criança: reações aos sons, reações aos gestos, reações a estímulos visuais e táteis, vocalização e função motora, evitando assim complicações futuras.

2.3 A EDUCAÇÃO ESPECIAL DE CRIANÇAS COM DIFICULDADES INTELLECTUAIS

Conforme Fonseca (1995, p. 49), “O problema da Deficiência Mental (DM) não se resolve nem com piedade e paternalismos provincianos, nem com medos e autopunições irracionais. A DM não é uma doença, mas sim uma condição, que em termos humanos deve ser respeitada em todos os níveis”.

As crianças portadoras de deficiências mentais são acentuadamente mais lentas do que seus companheiros da mesma idade, para usar a memória com eficácia, raciocinar, classificar e associar

informações e fazer julgamentos adequados. O desenvolvimento é caracterizado por dificuldades psicomotoras, sensoriais, autonomia e relações sociais.

É difícil a comunicação com estas crianças, pois por um lado há a necessidade de penetrar em seu mundo de objetos e representações e, por outro, no mundo das pessoas “normais” existe um campo de experiências que estão fora do alcance dessas crianças. Esta dificuldade de comunicação faz com que o tipo de educação deve estar baseada numa série de estratégias diferentes das utilizadas do ensino regular. Com estas crianças, deve-se utilizar estratégias que permitam educar sua percepção, motricidade e linguagem e treinar sua capacidade para estabelecer diferenciações, cujas estruturas necessárias atendam as aprendizagens escolares revestidas de significado.

2.4 MEDICAMENTOS PSICOFÁRMACOS

A história da psicofarmacologia é antiga, apesar de não ser a que conhecemos hoje. Algumas das medicações usadas naquela época ainda têm lugar no arsenal terapêutico. Há relatos do uso do haxixe como anestésico entre os chineses no século II a.C., do laudanum (ópio) como sedativo e da mandrágora como afrodisíaca. (CORDIOLI, 2010)

Alguns autores marcam como início da psicofarmacologia moderna, a descoberta das propriedades do Ácido Lisérgico (LSD) por Albert Hoffmann. O uso de LSD associado à mescalina foi sugerido por Jean Delay, ao propor a oniro-análise. A maior parte dos autores considera o início da psicofarmacologia moderna a publicação de um artigo sobre o efeito da Clorpromazina por Delay, Deniker e Harl.

Sabe-se que a partir dos anos 50, o uso de psicofármacos no tratamento de transtornos mentais teve uma mudança significativa, com uma ampla reformulação das concepções e práticas vigentes, de forma que se

torna essencial conhecer os medicamentos existentes e as evidências que embasam seu uso.

A decisão de utilizar ou não um psicofármaco, depende antes de tudo do diagnóstico que o paciente apresenta, incluindo eventuais comorbidades. Para muitos transtornos, os medicamentos são o tratamento preferencial, como na esquizofrenia, no transtorno bipolar, em depressões graves ou no controle de ataques de pânico. Em outros, como nas fobias específicas, transtornos de personalidade, problemas situacionais, as psicoterapias podem ser a primeira opção. E em muitas situações o ideal talvez seja a combinação de ambos os métodos. (CORDIOLI, 2010, p.01)

O autor relata alguns dos principais marcos da Psicofarmacologia:

TABELA 1: MARCOS DA HISTÓRIA DA PSICOFARMACOLOGIA

1864	Síntese do hidrato de cloral, usado como hipnótico-sedativo síntese do ácido barbitúrico por Friedrich von Baeyer. Foi chamado barbitúrico em homenagem a Santa Bárbara, padroeira do dia de sua síntese
1873	Hammond descreve o efeito do brometo de lítio para episódios maníacos, no entanto creditava a efetividade ao brometo
1884	Freud publicou um livro em 1884 onde abordava vários usos terapêuticos para a cocaína, mas após algum tempo percebeu o potencial de causar dependência desta substância
1886	Lange & Lange descrevem o efeito profilático do Lítio para a depressão.
1887	Síntese do paraldeído, utilizado como hipnótico-sedativo Síntese da anfetamina
1892	Emil Kraepelin cunha o termo Farmacopsicologia; é considerado o pai da Psicofarmacologia
1912	Síntese do fenobarbital (Gardenal®)
1937	Uso da bezedrina (anfetamina) no tratamento de crianças

	hiperativas
1943	Albert Hofmann descoberta do Ácido Lisérgico quando estava pesquisando uma medicação com o objetivo de melhorar a circulação sanguínea, no entanto os resultados não foram satisfatórios para este fim. Acidentalmente o pesquisador ingeriu a substância, e percebeu seus efeitos alucinatórios. Foi utilizado no tratamento do alcoolismo, adição a opióides, transtornos sexuais e psiconeuroses
1947	Síntese da prometazina (Fenergan®)
1949	O lítio era usado desde 1840, no tratamento de cálculos renais e gota. Cade, observa o efeito de causar letargia quando o lítio era injetado em animais e em 1949 descreve a utilidade do Lítio (Carbolitium®) na excitação maníaca. Nas décadas de 50 e 60 Schou demonstra a eficácia do lítio sobre o transtorno bipolar. O lítio passou a ser usado na Europa em 1956 e nos EUA em 1970
1950	Paul Charpentier sintetizou a Clorpromazina (Amplictil®), derivada da Prometazina (Fenergan®). A clorpromazina pertence ao grupo das fenotiazinas, que eram usadas como anti-helmínticos em Veterinária e antisépticos urinários em humanos. Inicialmente a clorpromazina foi utilizada em anestesia, por Laborit. Pierre Deniker e Jean Delay passam a utilizá-la em pacientes agitados
1952	Publicação de artigo sobre a clorpromazina (Amplictil®) por Delay, Deniker e Harl, este estudo é considerado o início da Psicofarmacologia moderna
1954	Síntese do meprobamato (ansiolítico) Síntese da reserpina, posteriormente utilizada nos quadros de mania, abandonada por apresentar como efeitos adversos depressão e idéias suicidas Síntese do clordiazepóxido (Psicosedin®) por Sternbach

1956	Criação da disciplina de Psicofarmacologia por Delay e Deniker Descrita a ação estimulante do fosfato de iproniazida, um dos primeiros antidepressivos. Esta substância era usada no tratamento da tuberculose, causando euforia, conforme estudo de Crane (1956); posteriormente Kline confirma esta ação, em 1958.
1957	Descrição da ação antidepressiva da imipramina (Tofranil®) por Kunh
1958	Síntese do haloperidol (Haldol®) por Paul Janssen
1959	Síntese do diazepam (Valium®) por Sternbach
1966	Relato do uso de valproato (Depakene®) no transtorno de humor bipolar (Lambert)
1967	Relato do uso de clomipramina (Anafranil®) no Transtorno Obsessivo-Compulsivo por Fernandez & Lopez-Ibor
1971	Relato do uso de carbamazepina (Tegretol®) no Transtorno de Humor Bipolar, por Tekezaki & Hanaoka
1974	Descoberta dos neurotransmissores
1987	Fluoxetina (Prozac®) é aprovada para tratamento da depressão
1988	Relato do uso da clozapina (Leponex®) em esquizofrenia refratária (Kane et al.)

Cordioli (2010) explica que existem muitas dúvidas e receios sobre o uso destes medicamentos, principalmente a longo prazo. Para tanto, vale ressaltar a importância da busca por informações sobre a natureza do transtorno, tal como o que se espera com seu uso. Deve ser feito um plano de tratamento visando verificar as evidências de sua eficácia, tempo necessário para se observar o efeito, possíveis efeitos colaterais e possíveis medidas que podem ser adotadas para reduzi-los. Ou seja:

Uma vez escolhida a droga, definidos os sintomas alvo, o clínico fará um plano de tratamento que envolve a fase aguda, a manutenção e as medidas para prevenção de recaídas. Deverá ainda ter em mente, as doses que irá utilizar em cada uma destas fases, o tempo necessário e os critérios nos quais se baseará para concluir sobre a efetividade ou não da droga, bem como a opção de associar ou não outras estratégias terapêuticas. (CORDIOLI, 2010, p. 02)

Com o surgimento dos medicamentos eficazes, houve uma verdadeira revolução no tratamento das doenças psiquiátricas, e com isso diminuiu o número e o tempo de hospitalizações, e, melhorou muito a qualidade de vida dos pacientes.

Sabe-se que muitos problemas psiquiátricos são beneficiados com o uso de medicamentos psicofármacos, contudo, há pessoas que, mesmo com indicação médica para o uso contínuo desses medicamentos, declaram-se resistentes, acreditando que podem dar conta dos sintomas sozinhas.

Existem várias classes de psicofármacos, como os antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos (neurolepticos), hipnóticos (indutores do sono), moduladores do humor entre outros.

A seguir, demonstra-se os medicamentos psiquiátricos mais utilizados no Brasil, na primeira coluna está o nome farmacológico e na segunda os nomes comerciais.

TABELA 2: MEDICAMENTOS PSICOFÁRMACOS MAIS UTILIZADOS NO BRASIL

Fármaco	Nome comercial no Brasil	Ação
Acamprosato	Campral	alcoolismo
Ácido Valpróico	Depakene®, Valpakene®, Epilenil®, Valprene®, Zyvalprex®	anticonvulsivante
Agomelatina	Valdoxan®	antidepressivo

Alprazolam	Frontal®, Apraz®	ansiolíticos
Amineptina	Survector®	
Amitriptilina	Tryptanol®, Amytril®,	antidepressivo
Aripiprazol	Abilify®	antipsicótico
Biperideno	Akineton®	antiparkinsoniano
Bromazepan	Lexotan®	ansiolíticos
Bupropiona	Wellbutrin®, Zyban®, Zetron®, Bup®	antidepressivo
Buspirona	Buspar®, Ansitec® Buspanil®	ansiolíticos
Carbamazepina	Tegretol®, Tegretard®	anticonvulsivante
Carbonato de lítio	Carbolitium®, Carbolim®, Neurolithium®	estabilizador do humor
Citalopram	Cipramil®, Procimax®, Citta®, Denyl®, Maxapram®, Celapram®, Zycitapram®, Alcitam®	antidepressivo
Clobazam	Frisium®, Urbanil®	ansiolítico
Clomipramina	Anafranil®	antidepressivo
Clonazepam	Rivotril®, Clonotril®	ansiolítico
Clorazepato	Tranxilene	ansiolíticos
Clordiazepóxido	Psicosedin®, Limbitrol®	ansiolítico
Clorpromazina	Amplitil®, Clorpeomaz®	antipsicótico
Cloxazolan	Olcadil®, Clozal®	ansiolítico
Clozapina	Leponex®	antipsicótico
Desvenlafaxina	Pristiq®	antidepressivo
Diazepam	Valium®, Dienpax®, Ansiliv®, Kiatrium®, Menostress®, Relapax®, Somaplus®, Calmociteno, Diazeft®, Noan®	ansiolítico

Divalproato de Sódio	Depakote®	anticonvulsivante
Dissulfiram	Antietanol®, Sarcotom®	alcoolismo
Duloxetina	Cymbalta®	antidepressivo
Estazolam	Noctal®	hipnótico
Escitalopram	Lexapro®	antidepressivo
Flunitrazepam	Rohypnol®, Rohydorm®	hipnótico
Fluoxetina	Prozac® , Verotina®, Daforin®, Psiquial®, Fluox®, Fluxene®, Depress®, Eufor®, Prozen®, Depoflox®, Zyfloxin®	antidepressivo
Flurazepam	Dalmadorm®	hipnótico
Fluvoxamina	Luvox®	antidepressivo
Gabapentina	Neurontin®	anticonvulsivante
Haloperidol	Haldol®	antipsicótico
Imipramina	Tofranil®	antidepressivo
Lamotrigina	Lamictal®, Lamitor®, Neural®	anticonvulsivante
Levomepromazina	Neozine®, Levozine®	antipsicótico
Lorazepan	Lorax®, Mesmerin®	ansiolíticos
Maprotilina	Ludiomil®	antidepressivo
Metilfenidato	Ritalina®, Ritalina LA®, Concerta®	estimulante
Mianserina	Tolvon®	antidepressivo tetracíclico
Midazolam	Dormonid®, Dormire®, Dormium®	hipnótico
Mirtazapina	Remeron®	antidepressivo
Moclobemida	Aurorix®	antidepressivo
Modafinila	Stavigile®	sonolência diurna

Naltrexona	Revia®	alcoholismo
Nitrazepam	Sonebom®, Nitrazepol®	hipnótico
Nortriptilina	Pamelor®	antidepresivo
Olanzapina	Zyprexa®	antipsicótico
Oxcarbazepina	Trileptal®	anticonvulsivante
Pipotiazina	Piportil®	antipsicótico
Prometazina	Fenergan®	anti-histamínico
Paliperidona	Invega®	antipsicótico
Paroxetina	Paxil®, Aropax®, Cebrilin®, Paxan®, Paxtrat®, Benepax®, Roxetin®, Pondera®, Arotin®	antidepresivo
Pimozida	Orap®	antipsicótico
Quetiapina	Seroquel®	antipsicótico
Risperidona	Risperidal®, Zargus®, Risperidon®, Respidon®, Riss®, Viverdal®	antipsicótico
Sertralina	Zoloft®, Tolrest®, Assert®, Dieloft®, Serenata®, Sered®, Zoltralina®	antidepresivo
Sulpirida	Equilid®, Dogmatil®, Sulpan®, Bromopiran®	antipsicótico
Tianeptina	Stablon®	antidepresivo
Tioridazina	Melleril®	antipsicótico
Tranilcipromina	Parnate®	antidepresivo
Triazolam	Halcion®	hipnótico
Topiramato	Topamax®, Toptil®, Amato®	anticonvulsivante
Trazodona	Donaren®, Donaren	antidepresivo

	Retard®	
Triexifenidil	Artane®	antiparkinsoniano
Vareniclina	Champix®	anti-tabaco
Venlafaxina	Efexor®, Venlift®, Alenthus®, Venlaxin®	antidepressivo
Ziprazidona	Geodon®	antipsicótico
Zolpidem	Stilnox®, Lioram®	indutor sono
Zopiclone	Imovane®	indutor sono
Zuclopentixol	Clopixol®	antipsicótico

Para que se tenha um trabalho completo na Educação Especial, saúde e educação andam juntas. Para tanto ressalta-se a importância do uso correto dos medicamentos psicofármacos dos alunos de Educação Especial, evitando situações que atrasam o desenvolvimento destes, tal como as convulsões, que são controladas com o uso dos medicamentos próprios.

A falta de medicação ou ainda o uso incorreto acarretam muitos problemas, pois interferem diretamente no trabalho pedagógico, trazendo stress e descontentamento aos professores, uma vez que não há o rendimento pedagógico esperado pelos envolvidos.

2.5 AS RELAÇÕES ENTRE APRENDIZAGEM E FAMÍLIA

Aprender é uma atividade construída sob a égide de uma relação familiar saudável e segura. Ou seja, o ambiente familiar estável e afetivo, contribui positivamente para o bom desempenho da criança na escola.

Em qualquer situação, a participação dos pais na vida escolar dos filhos apresenta papel importante para o desempenho escolar, e o diálogo entre a família e a escola tende a colaborar para um equilíbrio. Desta forma, o modelo de aprendizagem não se caracteriza como algo de cunho

somente individual, mas também como um modelo desenvolvido em uma rede de vínculos que se estabeleceu em família. Conforme afirma o autor Içami Tiba, ao referir-se sobre a bela parceria entre escola e família:

Se a parceria entre família e escola for formada desde os primeiros passos da criança, todos terão muito a lucrar. A criança que estiver bem vai melhorar e aquela que tiver problemas receberá a ajuda tanto da escola quanto dos pais para superá-los. (TIBA, 2002, p. 183).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), em seu artigo 2º, afirma que a educação é dever da família e do estado, o que implica ser obrigação dela arcar com o acompanhamento constante dos filhos na escola, isto significa que não basta apenas matricular a criança na escola como prescreve a lei, mas é também dever da família acompanhar o filho em seus estudos, dando-lhe condições mínimas e apoio sempre.

Vigotsky (1989), ao considerar a aprendizagem como profundamente social, afirma que quando os pais ajudam e orientam a criança desde o início de sua vida, dão a ela uma atenção social mediada, e assim desenvolvem um tipo de atenção voluntária e mais independente, que ela utilizará na classificação e organização de seu ambiente. Tal consideração se baseia no fundamento de que o homem torna-se humano, apropriando-se da humanidade produzida historicamente. O ensino tem, nesse contexto, a função de transmitir as experiências histórico-sociais que se modificam no decorrer dos tempos.

A influência educativa dos pais sobre a criança inicia-se com o nascimento. É preciso que os pais aceitem sua função e obrigação de educadores, pois, a criança educa-se, forma-se e adquire hábitos desde o nascimento, sendo o ambiente familiar de muita influência.

O significado que a família atribui ao tempo e às transformações está intimamente ligado à possibilidade de se adquirir novos conhecimentos, diferenciar-se do grupo de origem, através do saber, e adquirir assim uma identidade própria. Por isso, atribuímos grande

importância à forma como a família permite que seus membros enfrentem as mudanças, ao longo do tempo. Atualmente, existem muitas evidências de que os estresses familiares, que costumam ocorrer nos pontos de transição dos ciclos de vida, freqüentemente criam situações favoráveis ao aparecimento de algum sintoma. (CARTER, 1989).

Para Carter (Ibid), se não houver esse desejo explícito da família e da escola, a pergunta será aprender para quem e para quê, ou seja, a serviço de quê estará o aprender. Cabe lembrar que as propostas escolares devem ser compatíveis com as possibilidades cognitivas e afetivas, porque senão o conhecimento fica num lugar proibitivo, impossível para ela, rompendo com o desejo de aprender, o prazer de saber.

Entretanto, se a criança puder percorrer esse longo caminho com razoável equilíbrio e relativo sucesso, sem dúvida chegará à adolescência capaz não só de atender aos desejos da família, da escola, mas, sobretudo ao prazer e desejo de aprender para ela, questionando conhecimentos, relacionando matérias com escolhas futuras, percebendo o conhecimento como facilitador de sua discriminação e competência num momento em que busca legitimidade, vivendo relações conflituosas consigo mesmo e com o adulto. Manter o desejo de aprender, nesta fase depende de como e para quem construiu seu processo e desejo de aprender.

Pode-se dizer que tanto a escola como a família tem importante papel formador. A família precisa da escola, de sua metodologia, de seus professores e de seu ambiente para construir o conhecimento de seus filhos, enquanto que a escola precisa da família, de sua história, de seu contexto afetivo-emocional, de sua estrutura e dinâmica para cumprir seu papel educacional.

Para Freire (1996, p.120), "A participação dos pais se deve dar, sobretudo na análise, com os filhos, das conseqüências possíveis da decisão a ser tomada".

É essencial saber distinguir o que é próprio da criança, em termos de dificuldades, daquilo que ela reflete em termos do sistema em que se insere.

Com a família de crianças especiais não é diferente, pois estas também necessitam de limites, amor, diálogo. Em relação aos limites, podemos incluir a administração correta dos medicamentos, uma vez que, para que isso ocorra, é importante muita atenção por parte dos pais, para que posteriormente os filhos possam saber de suas necessidades quanto a medicação.

3 TRAJETÓRIA DA INTERVENÇÃO

3.1 LOCAL DE INTERVENÇÃO

Ocorreu na Escola de Educação Especial Recanto da vida, situada no bairro Maria do Carmo, Rua Manoel Mendes de Camargo, n. 291, Pitanga PR.

A referida escola tem como mantenedora a APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) de Pitanga, pertencente a uma rede de aproximadamente 180 escolas filiadas ao movimento filantrópico do mundo e do Brasil, sob responsabilidade da Federação Nacional das APAES.

No estado do Paraná, tem-se a Federação Estadual e as delegacias Regionais que são as articulações e visam garantir a unidade filosófico-educacional do Movimento Apaeano, com a missão de promover e articular ações de defesa de direitos, prevenção, orientações, prestações serviços, apoio à melhoria da qualidade de vida dos alunos especiais e à construção de uma sociedade justa e solidária. A APAE de Pitanga está vinculada diretamente à Coordenadoria Regional de Guarapuava.

A sede da escola está localizada em um bairro de classe média baixa, não havendo até o momento saneamento básico e calçamento. A clientela reside na própria sede do município, advindos da área urbana e rural.

O alunado é composto por pessoas com deficiência intelectual com altas especificidades e múltiplas deficiências e atualmente estão matriculados 180 alunos, onde alguns com idade superior a 16 anos permanecem na escola em período integral.

3.2 SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

Os sujeitos da intervenção são 10 alunos, na faixa etária de 8 a 17 anos, compreendendo dessa forma as etapas do Ensino Fundamental/Anos Iniciais e Educação Profissional/Etapa inicial, no período matutino, sendo 7 meninos e 3 meninas. Um fato importante que necessita ser ressaltado é que 5 destes alunos fazem parte de uma mesma família, ou seja, são irmãos.

Todos os sujeitos desta intervenção são pertencentes a famílias de nível socioeconômico baixo, e vivem precariamente.

3.3 DESCRIÇÃO DA TRAJETÓRIA DA INTERVENÇÃO

A intervenção ocorreu com o objetivo de conscientizar pais e familiares sobre a importância do uso correto dos medicamentos psicofármacos, tendo em vista que a falta e o uso incorreto acarretam ao aluno: surtos psicóticos, convulsões, paradas respiratórias, podendo até mesmo chegar a paradas cardíacas, além do baixo rendimento escolar devido à falta de atenção, agitação, agressividade, sialorréia (baba em excesso).

Diante do exposto acima, viu-se a necessidade da realização de atividades envolvendo os pais de alunos que fazem uso de medicamentos, tendo em vista que muitos pais agem com descaso e irresponsabilidade na administração correta de tais medicamentos.

Para tanto, na primeira etapa de intervenção foi feita uma listagem, com a ajuda da enfermeira responsável, de todos os medicamentos que os alunos fazem uso.

Posteriormente foram realizadas visitas nas casas das famílias, com o intuito de verificar como as famílias estão administrando os medicamentos dos filhos. Neste momento realizou-se uma pesquisa qualitativa com aquisição de informações por meio de questionários, nos quais as perguntas foram:

- 1) Como faz a organização dos medicamentos visto que tem mais de um filho que faz uso e todos utilizam mais de um? (Quando termina? Para pegar receita? Você utiliza alguma estratégia?)
- 2) Quais são os efeitos positivos dos remédios que você pode relatar?
- 3) Qual o papel da família na organização dos medicamentos, quem é responsável?
- 4) Quanto tempo faz que os seus filhos utilizam medicamentos?
- 5) Alguma vez retirou a medicação do seu filho sem orientação médica? Porque?
- 6) Você percebe quando o remédio faz efeito? Quais os sintomas?
- 7) Você costuma levar o seu filho ao médico para verificar a medicação ou o encaminha quando está apresentando alguns comportamentos ou quando tem convulsões?
- 8) Qual a situação de renda, moradia, situação familiar?

A próxima etapa de intervenção foi a distribuição de questionários aos professores da escola, buscando saber sobre as influências do uso dos medicamentos no comportamento dos alunos e no desempenho escolar destes.

- 1) No cotidiano escolar, você diferencia o aluno medicado e não medicado? Como?
- 2) Você relata efeitos negativos no aluno quando medicado? Em caso afirmativo relate os sintomas.
- 3) Quais os efeitos positivos quando o aluno está medicado?
- 4) Você pode descrever como o aluno se apresentava antes do tratamento medicamentoso?

- 5) Quando é interrompido o remédio bruscamente, reflete em sala de aula? Quais os sintomas?
- 6) No aspecto pedagógico, o aluno apresenta facilidades em atividades que exijam atenção/ concentração, quando está medicado corretamente?

A ultima etapa foi a realização uma reunião com os pais, na qual foi explicado sobre a importância de cada medicamento e sua ação no organismo de cada criança. Tal reunião contou com a participação de toda equipe multiprofissional da escola, para esclarecimento de todas as dúvidas apresentadas pelas famílias.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA INTERVENÇÃO

Sabe-se que muitos pais acreditam que à medida que os filhos melhoram, eles podem diminuir ou simplesmente deixar de usar os medicamentos. Diante disso, foi importante levar ao conhecimento destes pais informações sobre a atuação de cada medicamento no organismo da pessoa, levando-os a entender, principalmente, que seus filhos melhoram porque estão fazendo uso deles e que tais medicações não irão “curar” o problema de cada um, e sim controlar os sintomas, o que fará com que a criança possa ter uma vida normal e desenvolver sua aprendizagem dentro de suas limitações.

Durante as visitas nos domicílios, foi possível constatar que as famílias vivem precariamente, e os pais são semi-analfabetos.

Neste momento foram realizadas entrevistas com os pais.

Referentes à primeira questão: “Como faz a organização dos medicamentos visto que tem mais de um filho que faz uso e todos utilizam mais de um? (Quando termina? Para pegar receita? Você utiliza alguma estratégia?)

A mãe entrevistada A, relatou que está acostumada, que separar os medicamentos de um dos filhos em uma sacola, e os demais deixa nas próprias caixas. Quanto às receitas, ela solicita à enfermeira da escola.

A mãe entrevistada B, relatou que também guarda os medicamentos em sacolas e que sabe qual é de cada filho e a quantidade também. Quanto às receitas, ela afirmou que procura o posto de saúde ou a enfermeira da escola, antes de terminar a medicação.

Em relação à segunda questão: “Quais são os efeitos positivos dos remédios que você pode relatar?”

A mãe entrevistada A, afirmou que seus filhos ficam mais calmos.

A mãe entrevistada B, também relatou que seus filhos ficam mais calmos.

Na terceira questão foi perguntado: “Qual o papel da família na organização dos medicamentos, quem é responsável?”

As duas mães entrevistadas afirmam que são elas as responsáveis, sendo que uma delas diz que quando precisa sair, uma das filhas fica com a responsabilidade.

Sobre a quarta questão: “Quanto tempo faz que os seus filhos utilizam medicamentos?”

Ambas responderam que o uso dos medicamentos se iniciou no ingresso na escola de Educação Especial.

Na quinta pergunta questionou-se “Alguma vez retirou a medicação do seu filho sem orientação médica? Por quê?”

As duas mães afirmaram nas respostas que nunca deixaram de dar os medicamentos aos filhos.

Sexta questão: “Você percebe quando o remédio faz efeito? Quais os sintomas?”

Ambas relataram que os filhos dormem melhor e ficam mais calmos e tranquilos.

Na sétima questão: Você costuma levar o seu filho ao médico para verificar a medicação ou o encaminha quando está apresentando alguns comportamentos ou quando tem convulsões?

A mãe entrevistada A, relatou que sim, e que leva no médico neurologista.

A mãe entrevistada B, relatou que sempre leva ao médico.

Oitava questão: Qual a situação de renda, moradia, situação familiar?

A mãe entrevistada A, afirmou que a casa é própria e que possui três benefícios da agricultura familiar.

A mãe entrevistada B, relatou que a casa é da prefeitura e possui dois benefícios.

Nas famílias visitadas, notou-se a dificuldade da mãe com a organização dos medicamentos, uma vez que 5 alunos foco desta pesquisa são pertencentes a mesma família e os outros 6 de outra. Com isso, percebeu-se a importância de um método que facilitasse a administração dos medicamentos para cada filho. Diante de tal exposto, foram produzidos pequenos cartazes ilustrativos (vide anexo 1), contendo os horários e o nome de cada medicação para cada criança e sua posologia. Estes cartazes foram entregues a cada família. Desta forma, família e escola se unem para o bem do aluno.

Hoje, percebe-se que a escola e a família são instituições interdependentes e complementares. O que a criança faz em casa, faz na escola, ou seja, ela transfere para a escola coisas da casa, e isso pode justificar a união constante e perpétua dessas únicas duas instituições de educação.

É preciso que escola e família entendam que:

[...] tanto a família quanto a escola desejam a mesma coisa: preparar as crianças para o mundo; no entanto, a família tem as suas particularidades que a diferenciam da escola, e suas necessidades que a aproximam dessa mesma instituição. A escola

tem sua metodologia e filosofia para educar uma criança, no entanto, ela necessita da família para concretizar o seu projeto educativo. (PAROLIN, 2003, p. 99).

Ou seja, para que a parceria entre escola e família dê certo, é preciso que haja respeito mútuo, o que favorece a confiança e demonstra competência de ambas as partes. Mas, para que isso aconteça, é preciso haver delimitações no papel de cada uma.

A próxima etapa da intervenção foi o levantamento de dados através de entrevistas com pais e professores.

Com as respostas do questionário para os professores, foi possível perceber o quanto o uso incorreto dos medicamentos interfere diretamente na aprendizagem do aluno, conforme as respostas à questão 1: “No cotidiano escolar, você diferencia o aluno medicado e não medicado? Como?”

Professor A: “Sim, quando medicado fica mais calmo, mais concentrado e mais afetivo. Já o educando quando não está medicado, demonstra claramente irritação, falta de concentração, agressividade”.

Professor B: “Sim. Há alunos que quando medicados com orientação correta, apresentam um desempenho superior. Comportam-se bem”.

Professor C: “Sim, pois o aluno quando medicado apresenta-se menos ansioso, e quando não, fica muito agitado.”

Professor D: “Sim, pois o aluno medicado fica mais tranquilo, tem concentração e atenção para realização de atividades e o não medicado fica agitado, grita sem motivo nenhum, não obedece regras e muitas vezes se torna agressivo.”

Em relação à segunda questão: “Você relata efeitos negativos no aluno quando medicado? Em caso afirmativo relate os sintomas.” Todas as respostas foram não. Ou seja, os medicamentos não causam nenhum tipo de reação ou efeito negativo que venha a atrapalhar ou prejudicar o desempenho do aluno.

Terceira questão: “Quais os efeitos positivos quando o aluno está medicado?”

Respostas:

Professor A: “A aluna não demonstra irritação, fica mais tranqüila, consegue desenvolver atividades que lhes são propostas, demonstra afetividade com os colegas, etc.”.

Professor B: “Melhora no comportamento, no relacionamento e na aprendizagem”.

Professor C: “O aluno quando medicado se concentra durante a aula, não fica agitado, é cooperativo com os colegas, havendo uma interação positiva”.

Professor D: “O aluno medicado apresenta atenção, concentração, maior facilidade para aprender, sabe esperar sua vez, tem melhor rendimento nas atividades.”

Com essas respostas, fica evidente que o uso dos medicamentos são imprescindíveis para o bom desempenho do aluno na escola e para o bem de sua saúde.

Para entender as mudanças no comportamento do aluno após o início do tratamento com medicamentos controlados, na quarta questão do questionário indagou-se: “Você pode descrever como o aluno se apresentava antes do tratamento medicamentoso?”

Respostas:

Professor A: “A educanda não se concentrava, ficava agressiva com os colegas e professor, se auto agredia, não conseguia resolver as atividades propostas e se irritava com facilidade”.

Professor B: “Há alunos que apresentavam uma hiperatividade acima do normal e quando medicados corretamente, apresentaram mudanças no comportamento e conseguiam desenvolver-se.”

Professor C: “O aluno antes do tratamento não mantinha a calma, era agressivo com os colegas e professor”.

Professor D: “O aluno apresentava comportamentos inadequados como: provocar os colegas (puxando o cabelo, beliscando, pegando atividades), era teimoso em excesso, agressivo, gritava sem motivo aparente, entre outros.”

Constata-se que os medicamentos levam os alunos a sentirem-se calmos, tranqüilos e não apresentarem nenhuma reação agressiva com os colegas e professores.

A quinta questão apresentada foi: “Quando é interrompido o remédio bruscamente, reflete em sala de aula? Quais os sintomas?”

Respostas:

Professor A: “Mesmos sintomas da resposta 4”

Professor B: “A interrupção brusca de um medicamento ou esquecimento de sua administração correta é um perigo para o aluno. A abstinência de certas drogas pode causar os mais diversos sintomas, como: hiperatividade, depressão, choro, irritação, comportamento violento, entre outros.”

Professor C: “Sim, reflete, pois o aluno fica o tempo todo irritado e muito agitado, o que prejudica o andamento da aula”.

Professor D: “Com certeza, o aluno começa a ter as mesmas atitudes negativas já citadas, muitas vezes com mais agressividade e incomodando os colegas a todo momento.”

Estas respostas representam bem a questão principal discutida neste trabalho, sendo possível notar que a interrupção do tratamento pode ser observada nitidamente através das atitudes do aluno em sala de aula, com as diversas reações causadas pela falta da medicação.

A sexta e última questão apresentada na entrevista aos professores foi: “No aspecto pedagógico, o aluno apresenta facilidades em atividades que exijam atenção/ concentração, quando está medicado corretamente?”

As respostas foram:

Professor A: “Quanto ao aspecto pedagógico, o educando demonstrava grandes dificuldades. No entanto quando medicado, ficou evidente sua atenção e concentração em determinadas atividades”.

Professor B: “Sim. Principalmente alunos hiperativos, que, quando medicados corretamente apresentavam um nível mais elevado de atenção e concentração nas atividades acadêmicas desenvolvidas em sala de aula.”

Professor C: “Sim, quando medicado corretamente houve uma resposta significativa no aspecto pedagógico, conseguindo internalizar as atividades propostas e as realizando com sucesso.”

Professor D: “Sim, pois o aluno medicado conseqüentemente terá um melhor rendimento escolar.”

Cabe aqui ressaltar sobre a importância da Educação Especial na formação deste aluno que faz uso de medicamentos, tendo em vista que este pode ter uma vida totalmente normal, livre de discriminações e com possibilidades de aprender e desenvolver-se de forma significativa. Raiça e Oliveira (1990) afirmam:

É necessária uma conscientização geral e profunda do valor do ser humano, deficiente ou não, a convicção de que a educação é direito de todos, principalmente daqueles que tem maiores dificuldades para integrar-se em seu processo. Mais ainda, a visão humanista de que é só através de uma educação “especial” de verdade que tais alunos poderão vencer, pouco que seja, suas deficiências e integrar-se social e profissionalmente, sentindo-se úteis e aceitos. (RAIÇA; OLIVEIRA, 1990, p.31).

Após levantamento de dados com os docentes da escola, foi realizada uma reunião com os pais. Esta foi de grande valia, pois neste momento os pais puderam compreender a importância da posologia correta dos medicamentos e de seguir os horários recomendados, além da conscientização a respeito da não interrupção do tratamento sem ordem médica.

De um modo geral, pode-se concluir que os objetivos da intervenção foram atingidos, os alunos e famílias estão sendo

acompanhados, e percebe-se que o método aplicado contribuiu muito para a conscientização dos pais quanto aos medicamentos e desta forma há um rendimento melhor na escola.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das reflexões realizadas, conclui-se que a família e os profissionais da Educação Especial devem unir-se, havendo um compromisso de cada um com suas responsabilidades e participando ativamente do processo de formação do aluno.

Considerando todo o trabalho realizado, constata-se que o projeto desenvolvido na Escola de Educação Especial Recanto da Vida em Pitanga PR, foi muito satisfatório. Houve o envolvimento dos profissionais e com isso tornou-se prazeroso o desenvolvimento da intervenção, visto que todos demonstraram disponibilidade e interesse em ajudar, durante todas as etapas.

Conclui-se que o sucesso da intervenção se deu quando foi possível observar que os pais demonstraram estar conscientes da importância do uso correto da medicação, e que não poderiam interromper, tão pouco diminuir a dosagem destes.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ARAUJO, A. **Convulsões**. Disponível em <<http://enfermeiro.no.sapo.pt/convulsoes.html>> Acesso em 23 de março de 2011.

CARTER, B. **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

CORDIOLI, A. V. **Psicofármacos nos transtornos mentais**. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/Caballo%206_8.pdf>. Acesso em 23/11/2010.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FONSECA, V. **Educação Especial**: programa de estimulação precoce - uma introdução às idéias de Feuerstein. 2ª.ed. Porto Alegre: artes médicas, 1995.

MANTOAN, M. T. E. **A Integração de pessoas com deficiência**: contribuições para uma reflexão sobre o tema. São Paulo: Memnon. Editora SENAC, 1997.

MAZZOTTA, M. J. S. **Educação Especial no Brasil**: História e políticas públicas. São Paulo: Cortez, 2001.

MITTLER, P. **Educação inclusiva**: contextos sociais. Trad. Windy Brazão Ferreira, Porto Alegre: Artmed, 2003.

PAROLIN, I. C. H. **Da família para a escola - a construção do cidadão**. In Boletim Informativo AEC. Curitiba: Associação de Educação Católica do Paraná, 2000.

RAIÇA, D.; OLIVEIRA, M.T.B. de. **A Educação especial do deficiente mental**. São Paulo: EPU, 1990.

TELFORD, C. W.; SAWREY, J. M. **O indivíduo excepcional**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.






VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**, trad. por Neto, j.c. e colab. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

TIBA, I. **Quem ama, educa!** São Paulo: Editora Gente, 2002.

ANEXO I

Cartazes para orientação do uso dos medicamentos

<p>Leone</p>  <p>MANHÃ ☀️</p> <ul style="list-style-type: none"> • TOFRANIL (10 mg) 1 comprimido <p>TARDE</p> <p>NOITE 🌙</p>	<p>Edilaine</p>  <p>MANHÃ ☀️</p> <ul style="list-style-type: none"> • TOFRANIL 25 mg 1 comprimido • RITALINA 10 mg 1 comprimido • TEGRETOL 200 mg 1 comprimido <p>TARDE</p> <p>NOITE 🌙</p> <ul style="list-style-type: none"> • TOFRANIL (25 mg) 1 comprimido 	<p>Leonardo</p>  <p>MANHÃ ☀️</p> <ul style="list-style-type: none"> • TOFRANIL 25 mg 1 comprimido • RITALINA 10 mg 1 comprimido • TEGRETOL 200 mg 1 comprimido <p>TARDE</p> <p>NOITE 🌙</p> <ul style="list-style-type: none"> • TOFRANIL 25 mg 1 comprimido • RITALINA 10 mg 1 comprimido 	<p>Josiane</p>  <p>MANHÃ ☀️</p> <p>TARDE</p> <p>NOITE 🌙</p> <ul style="list-style-type: none"> • RITALINA (10 mg) 1 comprimido 	<p>Luandro</p>  <p>MANHÃ ☀️</p> <ul style="list-style-type: none"> • TOFRANIL (25 mg) 1 comprimido • DEPAKENE (300 mg) 1 comprimido • HIDANTOL (100 mg) 1 comprimido • TEGRETOL (200 mg) 1 comprimido • OXCARBAMAZEPINA (300 mg) <p>TARDE ☕</p> <ul style="list-style-type: none"> • TOFRANIL (25 mg) 1 comprimido • DEPAKENE (300 mg) 1 comprimido • HIDANTOL (100 mg) 1 comprimido <p>NOITE 🌙</p> <ul style="list-style-type: none"> • TOFRANIL (25 mg) 1 comprimido • DEPAKENE (300 mg) 1 comprimido
--	--	---	--	--

<p>Anderson B.</p>  <p>MANHÃ ☀️</p> <ul style="list-style-type: none"> • AMPLICTIL 25 mg (1 comp) <p>TARDE ☕</p> <ul style="list-style-type: none"> • AMPLICTIL 25 mg (1 comp) <p>NOITE 🌙</p> <ul style="list-style-type: none"> • AMPLICTIL 25 mg (1 comp) • TEGRETOL 200 mg (1 comp) • NEULEPTIL 10 mg (1 comp) 	<p>Jeferson B.</p>  <p>MANHÃ ☀️</p> <ul style="list-style-type: none"> • NEULEPTIL 40 mg (1 comp) <p>TARDE ☕</p> <ul style="list-style-type: none"> • NEULEPTIL (5 gotas) <p>NOITE 🌙</p> <ul style="list-style-type: none"> • TOFRANIL 25 mg (1 comp) 	<p>Marcelo B.</p>  <p>MANHÃ ☀️</p> <ul style="list-style-type: none"> • NEULEPTIL (5 gotas) • TOFRANIL 25 mg (1 comp) • RITALINA 10 mg (1 comp) <p>TARDE ☕</p> <ul style="list-style-type: none"> • NEULEPTIL (5 gotas) <p>NOITE 🌙</p> <ul style="list-style-type: none"> • TOFRANIL 25 mg (1 comp) • NEULEPTIL (3 gotas) 	<p>Marcelo B.</p>  <p>MANHÃ ☀️</p> <ul style="list-style-type: none"> • NEULEPTIL (5 gotas) • TOFRANIL 25 mg (1 comp) • RITALINA 10 mg (1 comp) <p>TARDE ☕</p> <ul style="list-style-type: none"> • NEULEPTIL (5 gotas) <p>NOITE 🌙</p> <ul style="list-style-type: none"> • TOFRANIL 25 mg (1 comp) • NEULEPTIL (5 gotas) 	<p>Luciano B.</p>  <p>MANHÃ ☀️</p> <ul style="list-style-type: none"> • NEULEPTIL (3 gotas) <p>TARDE ☕</p> <ul style="list-style-type: none"> • NEULEPTIL (3 gotas) <p>NOITE 🌙</p> <ul style="list-style-type: none"> • TOFRANIL 25 mg (1 comp) • NEULEPTIL (3 gotas)
---	---	--	--	--

ANEXO II

Fotos da reunião e palestra com os pais

