



EDUCAÇÃO ESPECIAL

PROFESSORA: Vânia Teodoro da Silva
Junqueira

ORIENTADORA: Sílvia Márcia Ferreira Meletti



INCLUSÃO DE ALUNOS COM NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS NA REDE REGULAR DE ENSINO



CORNÉLIO PROCÓPIO-PR – NOVEMBRO/2007

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO – PDE

Vânia Teodoro da Silva Junqueira – Educação Especial

CRONOGRAMA DOS TEXTOS

1. **EDUCAÇÃO E DEFICIÊNCIAS**
2. **EDUCAÇÃO E DEFICIÊNCIA FÍSICA**
3. **EDUCAÇÃO E SURDEZ**
4. **EDUCAÇÃO E DEFICIÊNCIA MENTAL**
5. **EDUCAÇÃO E DEFICIÊNCIA VISUAL**
6. **EDUCAÇÃO E O TDA/H**
7. **EDUCAÇÃO E AUTISMO**
8. **EDUCAÇÃO E AS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM**
9. **FLEXIBILIZAÇÃO CURRICULAR - UMA COMPREENSÃO AMPLIADA DO CURRÍCULO ESCOLAR**



CRONOGRAMA DA INTERVENÇÃO

Meses	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT
ATIVIDADES	T1*	T2, T3	T4 T5	T6 T7	T8	T9	Implementação da Proposta	Avaliação

* TEMA 01

SUMÁRIO

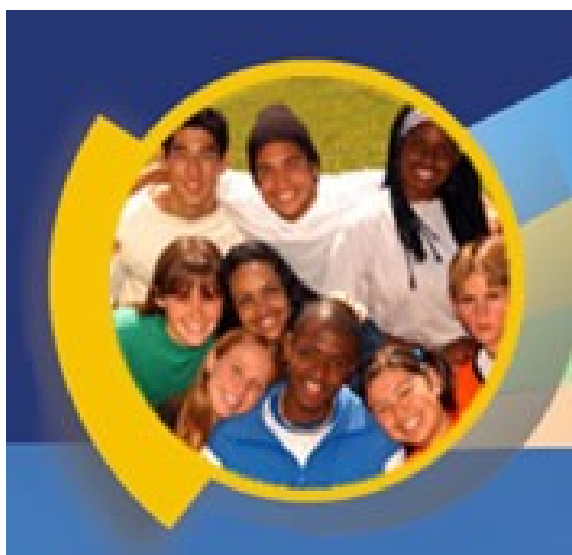
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PDE.....	01
APRESENTAÇÃO.....	04
EDUCAÇÃO E DEFICIÊNCIAS.....	05
Deficiência e Educação Especial-Contextualização Histórica.....	05
A Educação Especial no Brasil.....	06
EDUCAÇÃO E DEFICIÊNCIA FÍSICA.....	11
O que é Paralisia Cerebral?.....	11
Procedimentos Iniciais para Atendimento do Paralisado Cerebral em Classe Regular de Ensino.....	17
Informações Básicas sobre Tecnologias Assistivas.....	20
Serviços de Apoio Especializados Ofertados na Área de Deficiência Física\Neuromotora.....	22
Recursos de Adaptação Escolar.....	24
Comunicação Suplementar e Alternativa e Habilidades Comunicativas de uma Criança com Paralisia Cerebral.....	26
Artigos para Estudo Disponíveis na Internet.....	34
Sites Informativos.....	35
Legislação de Amparo às Pessoas com Deficiências.....	36
Referências.....	41
EDUCAÇÃO E SURDEZ.....	45
O que os Professores do Ensino Regular precisam saber sobre Surdez e sobre a Linguagem dos Surdos.....	45

Referências.....	51
EDUCAÇÃO E DEFICIÊNCIA MENTAL.....	56
Deficiência Mental.....	56
Perspectiva Educativa.....	62
Referências.....	65
EDUCAÇÃO E DEFICIÊNCIA VISUAL.....	68
Informações Básicas Sobre Deficiência Visual: Conceitos e Significados	68
Algumas Sugestões de Como Trabalhar com a Pessoa Cega e com Baixa Visão.....	73
Referências.....	75
EDUCAÇÃO E O TDA/H.....	76
O Processo de Inclusão/Exclusão do Aluno com TDA/H na Escola Pública	76
Dicas para o TDA/H na Escola.....	84
Referências.....	92
EDUCAÇÃO E AUTISMO.....	94
Autismo Infantil: Uma Questão Histórica.....	94
Aspecto Educacional.....	103
Referências.....	105
EDUCAÇÃO E AS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM.....	106
Educação Especial e as Dificuldades de Aprendizagem dos Alunos.	106
A Didática do Professor pode ser Fator de Prevenção.....	110
Referências.....	112
FLEXIBILIZAÇÃO CURRICULAR - UMA COMPREENSÃO AMPLIADA DO CURRÍCULO ESCOLAR.....	114

Referências.....117

APRESENTAÇÃO

Entender e suprir as necessidades educacionais especiais de pessoas com deficiência, não é uma opção. É garantir um direito legal, respeitando a vida em suas múltiplas formas e variantes. Este material destina-se a expor, de forma resumida, algumas características de pessoas que necessitam de apoios e recursos para seu desenvolvimento pessoal. O indivíduo que apresenta essa condição pode e deve receber um tratamento que possibilite ao mesmo uma convivência digna, com todos os meios que permitam ao mesmo a interação e expressão de seus desejos, emoções e necessidades. Para possibilitar uma compreensão mais ampla de variadas deficiências, optou-se por reunir os trabalhos das orientadas da Professora Dr.^a Sílvia Márcia Ferreira Meletti (docente da Universidade Estadual de Londrina), disponibilizando, dessa forma um trabalho mais completo, em relação às necessidades educacionais e possibilidades de atendimento.



EDUCAÇÃO E DEFICIÊNCIAS

DEFICIÊNCIAS E EDUCAÇÃO ESPECIAL: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA¹

Professora PDE: Vânia Teodoro da Silva Junqueira

Antiguidade – Deficientes são exterminados, abandonados e rejeitados. Sua condição é considerada uma maldição dos deuses e a única ocupação era servir de diversão para os senhores da burguesia. Não havia educação.

Idade Média – Igreja Católica assume o poder e o extermínio passa a ser proibido, pois os deficientes passam a ser considerados criaturas de Deus. No entanto, permanecem abandonados a própria sorte, dependendo de caridade alheia para sobreviver. A educação continuava inexistente.

Século XII – Surgem algumas instituições de segregação dos deficientes e leis sobre a sobrevivência e cuidados com seus bens.

Século XIII – Nesse período a Igreja passa a incentivar a perseguição e morte daqueles considerados endemoninhados e hereges; dentre estes, as pessoas com



A partir deste século os deficientes passaram a ser considerados, ora de forma demoníaca, ora expiadores de culpas alheias, apacadores da cólera divina, ao receber em si, todas as conseqüências dos pecados de um povo.

Século XVI - Inicia-se a concepção patológica da deficiência, quando se descobre que a mesma teria causas orgânicas. A tese das causas naturais fortaleceu-se no século **XVII**, direcionando um atendimento aos deficientes no campo da medicina. Neste período surgiu ainda a tese do desenvolvimento por meio da estimulação, iniciando-se, lentamente, ações de ensino para pessoas com deficiências. Nesta fase,

¹ Disponível em < <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/visaohistorica.pdf>>.

estabeleceu-se a institucionalização das pessoas com necessidades especiais, retirando-as de seus locais de nascimento e segregando em instituições (conventos, asilos, hospitais psiquiátricos) e escolas especiais. A institucionalização vigorou aproximadamente por oito séculos, durante parte da Idade Média até o início do séc. XX.

No **século XX** (1960), a institucionalização passou a ser examinada criticamente. Isto porque a economia estava se encaminhando para o capitalismo financeiro e necessitava-se de mão-de-obra em quantidade, além de que a manutenção de pessoas institucionalizadas criava um ônus social relevante. Conquanto por motivações duvidosas, o trato com a deficiência passou por uma revisão. Nasce a **Normalização**, um conceito que visa trazer a pessoa com deficiência o mais próxima da normalidade possível, para que seja produtiva. Paralelamente ocorre o conceito de **Integração**, objetivando modificar a pessoa com necessidades especiais, adequando-a aos valores e atitudes vigentes, para que pudesse ser inserida no convívio com a sociedade. Isto se concretizava nas escolas especiais, nas entidades assistenciais e nos centros de reabilitação. Manifestaram-se, então, críticas, até mesmo por deficientes já organizados, em relação à busca de tornar iguais os seres humanos que, por sua própria natureza, constituem-se em seres diversificados, em suas especificidades.

Desencadeia-se a concepção de direitos igualitários para quaisquer cidadãos, deficientes ou não, a necessidade de suportes adequados, a fim de que se promova o desenvolvimento de TODO ser humano. Cabe à sociedade, e não ao sujeito, reorganizar-se para garantir o acesso dos deficientes a todos os bens e serviços destinados a qualquer cidadão. Nestes parâmetros, começam as discussões em torno da **Inclusão**.

A EDUCAÇÃO ESPECIAL NO BRASIL



No que se refere á educação do deficiente, de acordo com JANNUZZI (2004), desde seu início o enfoque era na deficiência em si

mesma, na lesão, na incapacidade de desenvolvimento, inclusive no Brasil. Nos primórdios da colonização brasileira os deficientes ou eram abandonados à própria sorte ou recolhidos nas Santas Casas. Quando predominava a preocupação em dar-lhes abrigo e alimentação, alguns tinham a oportunidade de receber instrução juntamente com crianças órfãs consideradas normais. No século XIX, com a Proclamação da Independência, os deficientes foram privados constitucionalmente, de direitos civis e políticos. A educação de surdos e cegos foi o primeiro passo no sentido de ofertar-se educação para pessoas com deficiências. No princípio do século XX, a medicina passou a orientar a parte pedagógica das escolas e cursos de formação de professores, centrando as ações nas causas físicas, neurológicas e mentais da deficiência. Na década de 30, a psicologia passou a influenciar a educação rotulando, classificando, medindo a capacidade e fazendo distinção das pessoas em níveis diferentes> Isto estimulou a formação de classes homogêneas, baseadas na capacidade intelectual, mantendo-se, dessa maneira, as classes e instituições especiais paralelas ao sistema formal de ensino. Com a valorização da educação como meio de fornecer capital humano, força de trabalho, desponta a necessidade de educar os deficientes, no sentido de torná-los participantes de atividades produtivas.

Nos períodos subseqüentes, como o trabalho é parcelado, taylorizado, as instituições especializadas desenvolvem oficinas abrigadas para deficientes e alguns conseguem pequenos serviços: empacotamento, separação de peças, etc.

A educação do deficiente, desde o início, visava sua subsistência e ocupação para atenuar o tédio ou rebeldia. A preocupação educacional sempre foi o desenvolvimento de habilidades manuais. Difundia-se o argumento sobre a 'utilidade' do deficiente. Os conceitos de **Normalização** e **Integração** encontram adeptos também em solo brasileiro. No entanto, discussões relativas às diferenças e à diversidade inerente a toda a espécie humana em múltiplos aspectos, independente

de qualquer deficiência, conduziram a críticas acirradas. Propaga-se o conceito de **Inclusão**. Com essa concepção,

De modo geral, assumiu-se que pessoas com deficiência necessitam, sim, de serviços de avaliação e de capacitação oferecidos no contexto de suas comunidades. Mas também, que estas não são as únicas providências necessárias, caso a sociedade deseje manter com essa parcela de seus constituintes uma relação de respeito, de honestidade e de justiça. Cabe também à sociedade se reorganizar de forma a garantir o acesso de todos os cidadãos (inclusive os que têm uma deficiência) a tudo o que a constitui e caracteriza, independentemente das peculiaridades individuais...a pessoa com deficiência tem direito à convivência não segregada e ao acesso imediato e contínuo aos recursos disponíveis aos demais cidadãos. Para tanto, fez-se necessário identificar o que poderia garantir tais circunstâncias. Foi nessa busca que se desenvolveu o processo de disponibilização de suportes, instrumentos que garantam à pessoa com necessidades educacionais especiais o acesso imediato a todo e qualquer recurso da comunidade. Os suportes podem ser de diferentes tipos (social, econômico, físico, instrumental) e têm como função favorecer a construção de um processo que se passou a denominar Inclusão Social. A Inclusão Social não é um processo que envolva somente um lado, mas sim um processo bidirecional, que envolve ações junto à pessoa com necessidades educacionais especiais e ações junto à sociedade. (BRASIL,2007 *apud* PARANÁ).



A partir da Declaração de Salamanca (1994) o direito legal destes indivíduos à vida, cidadania e dignidade, propagou-se pelo mundo todo, paralelo ao discurso imperioso de que as mesmas recebessem atendimento educacional similar ao de seus pares, dito “normais”. Contudo, o atendimento especializado, uma forma sutil de excluir e “proteger” a sociedade de suas próprias incapacidades em educar aqueles considerados diferentes, permanece como recurso quase exclusivo, na educação dessa clientela.

As políticas educacionais brasileiras prevêm, em sua redação, o atendimento educacional em escola regular para as pessoas com necessidades especiais. A educação, com qualidade, para os deficientes, vem sendo amplamente debatida por especialistas, estudiosos da área e profissionais envolvidos, direta ou indiretamente, com esse alunado. Desde a primeira menção sobre deficiências na lei 4024/61 até a nova LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação) n.º 9394/96, que destina um capítulo integral ao tema, sendo um marco fundamental para a Educação Especial, estes indivíduos têm sido alvos

de pouquíssimas mudanças, no que se refere a ter efetivamente o acesso ao conhecimento historicamente construído pela humanidade.

MICHELS (2005) explica que na legislação:

explicita-se a possibilidade da Educação Especial "apoiar, complementar, suplementar e, em alguns casos substituir os serviços educacionais comuns". Tais funções, embora representem mudanças na organização desta modalidade educacional, também corroboram com sua manutenção na condição histórica de subsistema, uma vez que reafirmam a ruptura entre a Educação Regular e a Educação Especial. Esta ruptura não ocorre, porém, somente porque a legislação assim a indica. A Educação Especial existe pela sua exclusão do ensino regular, pela negação, ou seja, pela contradição presente no pro



Essa exclusão no atendimento ocorre devido às formas como as leis estabelecem o atendimento educacional para alunos especiais, oferecendo subsídios para a continuidade dos serviços de atendimento segregados. Com o processo de inclusão entrando na pauta de discussões e sendo uma preocupação de muitos segmentos na atualidade, segundo JANNUZZI (2004):

Agora já temos todo um conjunto de conhecimentos mais elaborados de muitas "diferenças", teorias de aprendizagem mais consistentes, conhecimentos e tecnologias avançadas que não só facilitam a mobilidade, mas, muitas vezes, corrigem ou atenuam desvantagens físicas, neurológicas, psíquicas, etc. Porém, a organização social, com todo o progresso alcançado, não ampliou a oportunidade de uma vida melhor para todos, de participação social, mas criou, nesse sentido, dificuldades em nível mundial para as nações em desenvolvimento e para o modo de subsistir de muitas pessoas, com a diminuição dos postos de trabalho. Daí, o acesso ao uso dessas conquistas ficar restrito a poucos. Houve um recuo do governo no oferecimento de serviços de saúde, previdência e educação pregando-se cada vez mais a eficiência das Organizações Não Governamentais (ONGs), nem sempre comprovada. Esta dificuldade de socialização de conhecimentos e bens do progresso, acompanhada das dificuldades gerais do país, num mundo cada vez mais dependente das grandes economias, gerou diminuição dos recursos orçamentários, com repercussões evidentes nesse tipo de educação... Assim, embora se reconheça que de fato a escola tenha a responsabilidade de sistematizar e possibilitar a apropriação do saber necessários ao desempenho da cidadania num tempo e num lugar, não se pode ignorar a sua vinculação e dependência do difícil contexto geral (*online*).

De acordo com GARCIA (2006):

Pode-se afirmar que a organização do trabalho pedagógico na proposta de educação especial na educação básica orienta-se pelo local de atendimento: 1) na escola regular (classe comum, classe especial e sala de recursos); 2) na escola especial (em seus diferentes níveis de atendimento) e 3) em ambiente não escolar (classe hospitalar e atendimento domiciliar). O local de

atendimento mantém íntima relação com as funções que estão previstas para o atendimento especializado: apoiar, complementar e suplementar e, por último, substituir os serviços educacionais comuns. A diversificação do atendimento possibilita contemplar uma grande variedade de necessidades que possam ser apresentadas pela heterogeneidade dos alunos da educação especial.

E GARCIA (2006) acrescenta:

Outro critério percebido na organização do trabalho pedagógico é o nível de conhecimento a ser trabalhado com cada grupo de alunos. Em relação à classe comum, a proposta política destaca o “significado prático e instrumental dos conteúdos básicos”; para o atendimento em classe especial, o previsto é que, além da flexibilização dos conteúdos, dedique-se atenção às “atividades da vida autônoma e social”; no caso da escola especial, a proposição remete para um “currículo funcional”. Observa-se que, junto ao reconhecimento da heterogeneidade, está estabelecido um sistema hierarquizado entre os diferentes atendimentos ofertados: aos alunos da classe comum, os conteúdos básicos; aos alunos da classe comum com necessidades especiais, os conteúdos básicos em seus “significados práticos e instrumentais”; aos alunos das classes e escolas especiais, um descenso dos conteúdos básicos em direção aos autocuidados (higiene, vestuário, alimentação, deslocamento etc). Dessa maneira, pode-se afirmar que as proposições de políticas inclusivas para a educação especial prevêm, para os alunos com necessidades educacionais especiais, um acesso de caráter restrito aos conhecimentos historicamente produzidos pela humanidade. Uma expressão disso é a noção de “flexibilização curricular”, a qual pode ter conotações de se contrapor a uma escola seriada, rígida em sua estrutura e “enciclopédica”, ou de ser contra desempenhos massificados dos alunos, mas que também pode ser lida como incentivo à redução dos conteúdos a serem apreendidos, conforme as condições individuais dos alunos com necessidades educacionais especiais (*online*).



A Educação Especial constituiu-se, desde seu nascimento, fora do contexto do Ensino Regular, com aniquilação do cunho pedagógico. O nivelamento em uma base de inferioridade permanece o pilar da Educação Especial. As verbas educacionais que poderiam destinar-se ao desenvolvimento pleno dessa modalidade de Educação encontram-se direcionadas para entidades filantrópicas e a Educação Especial, na atualidade:

- ☐ Permanece como um sistema paralelo de ensino;
- ☐ Possui um caráter clínico e reabilitador;
- ☐ É ofertada em sistemas especiais de ensino, deslocados da educação regular.

O fato é que, a pessoa institucionalizada, encontra muitas restrições ao desenvolvimento de sua constituição humana.

A lei garante a matrícula e a permanência, mas não a apropriação do conhecimento. Portanto, predomina o cunho assistencial para os educandos considerados especiais. Porém,

se é verdade que, para a democratização da escolarização de alunos com deficiências por meio de sua inclusão no ensino regular, terão que ser superadas as barreiras impostas pelos educadores não especializados e modificadas as práticas escolares na perspectiva da assimilação, com qualidade, das mais diversas diferenças culturais, lingüísticas, étnicas, sociais e físicas, é também verdadeiro que a contribuição da área da Educação Especial não se fará presente enquanto permanecer hegemônico o modelo médico-psicológico (MICHELS, 2005, *online*).

A efetivação da inclusão escolar esbarra na infra-estrutura escolar, na formação de professores, no alto grau de preconceitos e atitudes desencadeadas por desinformação sobre as possibilidades educacionais dessas pessoas. Há que se compreender que as diferenças são inerentes a todo ser humano e que a inclusão é um direito inalienável garantido por políticas públicas, que devem também sustentar todo processo inclusivo.



EDUCAÇÃO E DEFICIÊNCIA FÍSICA

O QUE É PARALISIA CEREBRAL?²



A denominação Paralisia Cerebral (PC) descreve uma condição de saúde, uma deficiência adquirida, resultado de um dano cerebral, que induz a uma inabilidade, dificuldade ou descontrole de músculos e certos movimentos do corpo. O termo Cerebral significa que a parte afetada é o cérebro (Sistema Nervoso Central -SNC). Paralisias cerebrais **NÃO SÃO DOENÇAS**, mas uma condição médica especial, uma consequência, uma seqüela de um determinado quadro que pode ocorrer antes, durante ou logo após o parto, quase sempre resultantes da ausência de oxigenação no cérebro. Deve-se ressaltar que:

- 1)** Paralisias cerebrais **não são doenças**, e sim, uma condição que, uma vez estabelecida, não progride, podendo regredir (com tratamento precoce adequado) e melhorar do quadro clínico geral.³
- 2)** A Paralisia Cerebral e suas consequências (baba, endurecimento dos músculos, dificuldade para se comunicar, etc.) não são contagiosas.
- 3)** A pessoa com paralisia cerebral tem inteligência normal, a não ser que a parte do cérebro atingida seja responsável pelo pensamento e pela memória.
- 4)** Se a visão ou audição forem prejudicadas pela lesão, a pessoa terá dificuldades para compreender informações que lhe são transmitidas; se os músculos da fala forem atingidos, terá dificuldade para expressar pensamentos e necessidades. Quando isso acontece, a pessoa com

² Disponível em <<http://www.apcb.org.br/paralisia.asp>>.

³ Disponível em <<http://www.nacpc.org.br/index2.html>>.

paralisia cerebral pode ser erroneamente classificada como deficiente mental ou não inteligente.

5) Homens e mulheres paralisados cerebrais podem ter filhos normalmente, como qualquer pessoa. A Paralisia Cerebral não altera o funcionamento dos órgãos reprodutores.

CARACTERIZAÇÃO⁴

É difícil encontrar uma todos os possíveis



classificação que insira distúrbios motores.

Apresenta-se a seguir, aqueles de maior incidência em alunos matriculados na Educação Básica e Educação de Jovens Adultos (no PR) que requerem um apoio mais intenso.

- Lesão cerebral (paralisia cerebral, hemiplegias (paresias)
- Lesão medular (paraplegia/tetraplegias)
- Miopatias (distrofias musculares)

Na paralisia cerebral, conforme o número de extremidades afetadas utiliza-se a seguinte denominação:

Monoparesia: apenas um membro afetado;

Hemiparesia: um lado do corpo apresenta os traços da paralisia, podendo ser o lado esquerdo ou o direito.

Diparesia: dificuldades acentuadas nos membros inferiores sendo que os superiores apresentam melhor função.

Triparesia: três membros são afetados.

Paraparesia: somente os membros inferiores são afetados.

⁴Disponível

em <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/portal/institucional/dee/dee_fisica.php>.

Tetraparesia: os quatro membros estão igualmente comprometidos.

Os tipos de paralisia cerebral já identificados estão assim classificados: espasticidade, atetose, ataxia, rigidez e tremores.⁵

- **Espástica** – Neste grupo encontram-se 60% das paralisias cerebrais. Os músculos são facilmente irritáveis e contraem-se a partir da menor estimulação. A criança espástica padece rigidez ou tensão muscular (os movimentos são rígidos, lentos e desajeitados). A rigidez aumenta quando a criança tenta realizar um comportamento voluntário, quando está aborrecida ou excitada, ou quando o corpo assume determinadas posições. O padrão de rigidez é variável, contudo, um bom posicionamento pode facilitar com que a criança manipule e explore os objetos.

- **Atetóide** - A atetose consiste em movimentos arritmados, concorrentes com movimentos voluntários, de forma que o resultado é a incoordenação global. Os movimentos são lentos e contorcidos, ou súbitos e rápidos, nos pés, braços, mãos ou músculos faciais. É como se os braços fizessem movimentos nervosos, os pés dessem pequenos saltos, ou apenas uma mão ou um dedo movessem sem intenção, dificultando pegar e manipular adequadamente os objetos. Quando afetados os músculos da fala, as crianças apresentam dificuldade em comunicar pensamentos e necessidades. Problemas de visão também podem encontrar-se associados ao quadro, dificultando a fixação visual para acompanhar os deslocamentos, bem como a dissociação dos movimentos olho-cabeça. Com a intensificação da fixação

- **Atáxica** – Neste tipo de paralisia cerebral, a área cerebral afetada é o cerebelo. Suas principais características são: o desequilíbrio motor, a falta de coordenação e o nistagmo, que é um rápido movimento dos olhos. As crianças com ataxia podem apresentar dificuldade para sentar-se ou ficar de pé, caindo com frequência e fazendo uso das mãos de maneira muito desajeitada. Geralmente, necessitam de suporte físico para permanecer sentadas, sem cair.

⁵Disponível em
<<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/alunosdeficienciafisica.pdf>>.

• **Ainda existem outros tipos, embora raros** - rigidez, tremor, hipotonia muscular, dificuldades de fala, distúrbios da visão, da audição e do tato. A paralisia cerebral também está classificada em três padrões típicos, dependendo do membro atingido (das partes do corpo atingidas): he



• **Hemiplegia** - braço e perna do mesmo lado. O braço é dobrado; mão espástica ou flácida, devido ao pouco uso. Já a perna atingida se apóia na ponta dos pés, ou na lateral externa do pé.

• **Paraplegia** - somente as duas pernas encontram-se afetadas, podendo haver ligeiro comprometimento de outras partes (diplégico). A parte superior do corpo geralmente não é afetada. A criança pode apresentar contraturas nos pés e nos tornozelos.

• **Tetraplegia** – são afetados tanto os membros superiores, como os inferiores. Ao caminhar, os braços, a cabeça e a boca podem sofrer contrações, os joelhos encostados um no outro, pernas e pés voltados para dentro. Muitas crianças com tetraplegia têm uma lesão cerebral tão severa, que dificilmente poderão vir a andar.

Por alguns meses após o nascimento, a criança afetada pela paralisia cerebral pode não apresentar qualquer problema visível. Podem-se levantar suspeitas, entretanto, quando se observar que a criança não consegue agarrar um objeto, aos três meses de idade, não consegue se virar, aos cinco meses ou sentar-se, por volta dos sete meses.

Alguns paralisados apresentam apenas perturbações sutis, quase imperceptíveis, pequenos desvios no caminhar, falar ou usar as mãos; outros apresentam quadros mais graves, como incapacidade motora acentuada, movimentos involuntários, impossibilidade de locomoção, comunicação e expressão facial, sendo totalmente dependentes para as atividades básicas do viver cotidiano. Entre esses dois grupos há uma tendência a apr



de distúrbios, em graus variados.

COMO ACONTECE A LESÃO?

PRINCIPAIS CAUSAS ANTES DO NASCIMENTO:

- Ameaça de aborto, choque direto (pancadas, tombos) no abdômem da mãe;
- Exposição aos raios-X nos primeiros meses de gravidez;
- Incompatibilidade entre fator sanguíneo da mãe e do pai;
- Infecções contraídas pela mãe no período da gravidez (rubéola, sífilis, toxoplasmose);
- Mãe portadora de diabetes ou com toxemia * de gravidez;
- Pressão alta na gestante;
- Uso de álcool, remédios sem indicação médica e outros tipos de drogas.

PRINCIPAIS CAUSAS DURANTE O PARTO:

- Falta de oxigênio ao nascer(o bebê demora a respirar, lesionando algumas parte(s) do cérebro);
- Lesão causada por partos difíceis, principalmente de fetos muito grandes, filhos de mães pequenas ou muito jovens (a cabeça do bebê pode ser muito comprimida durante a passagem pelo canal vaginal);
- Trabalho de parto muito demorado;
- Mau uso do Fórceps, manobras obstétricas violentas;
- Bebês que nascem prematuros (antes dos 09 meses e com menos de 2 quilos) têm grandes chances de apresentar paralisia cerebral .

PRINCIPAIS CAUSAS APÓS O NASCIMENTO:

- Febre prolongada e muito alta;
- Desidratação com perda significativa de líquidos;

□ Intoxicação resultante da ação de produtos bacterianos difundidos pela corrente circulatória.



- Infecções cerebrais causadas por meningite ou encefalite;
- Ferimento ou traumatismo na cabeça;
- Falta de oxigênio por afogamento ou outras causas;
- Envenenamento por gás, por chumbo (utilizado no esmalte cerâmico, nos pesticidas agrícolas ou outros venenos);
- Sarampo ;
- Traumatismo crânio-encefálico até os três anos de idade

PREVENIR É IMPORTANTE

A paralisia cerebral pode ser evitada, em diversos casos, por meio de campanhas educativas, direcionadas a adolescentes, futuros pais e profissionais que atuam junto à gestante, à parturiente e ao bebê. Na sala de parto, a presença de um médico pediatra (neo-natologista) é fundamental.

Antes mesmo de pensar em ter filhos, o casal deve realizar exames médicos para detectar a possibilidade de problemas hereditários e a incompatibilidade sangüínea.

Quando engravidar, a mulher deve fazer consultas médicas regularmente cuidando da alimentação e evitando o uso de bebidas alcoólicas, o fumo e remédios sem prescrição (até mesmo um simples xarope pra tosse pode ocasionar problemas no bebê).

Manter a vacinação do bebê em dia e evitar qualquer situação de risco é essencial para a prevenção e conquista de uma saúde satisfatória.

O acompanhamento terapêutico dessa criança desde seu nascimento, ajudando-a e estimulando-a a desenvolver o máximo de suas capacidades é um elemento essencial para adaptá-la e integrá-la a sociedade da melhor forma possível. O atendimento com profissionais da área médica é indispensável: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional,



fisioterapeuta, psicólogo, neurologista e outros recomendados por especialistas.





PROCEDIMENTOS INICIAIS PARA ATENDIMENTO DO PARALISADO CEREBRAL EM CLASSE REGULAR DE ENSINO

As pessoas com PC, devido aos déficits motores que afetam sua psicomotricidade e à baba contínua, que ocorre em muitos casos, apresentam comportamento emocional e social alterados, resultando num desenvolvimento global atrasado, que muitas vezes é confundido com incapacidade de interação e aprendizagem, e conseqüente desvalorização de sua capacidade cognitiva e potencialidades para uma vida independente e autônoma.

Entre a denominação de PC, com raríssimas exceções, encontram-se crianças com INTELIGÊNCIA NORMAL ou mesmo superior, desde que lhes sejam fornecidas as condições necessárias para aprendizagem. Portanto não existem padrões definidos na conceituação do PC. Dessa maneira a criança PC deve ser considerada uma pessoa com características específicas que ocasionam uma série de necessidades especiais, inclusive de comunicação, que devem ser atendidas a fim de que ocorra o maior nível possível de desenvolvimento integral.

CONSIDERAÇÕES PEDAGÓGICAS⁶

Entender como ocorre a evolução do aluno com Paralisia Cerebral, ainda que apresente limitações parciais ou totais em suas funções corporais, e como as mesmas interferem em sua interação com o meio é o primeiro passo para sua inclusão no ensino regular.

⁶ Disponível

em <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/portal/institucional/dee/dee_fisica.php>.

O diagnóstico clínico sobre a deficiência pode auxiliar o educador a estabelecer parâmetros relativos às:

- Limitações decorrentes do grau e da extensão das áreas lesadas.
- Implicações pedagógicas.
- Ações previstas e providas no atendimento às necessidades do aluno.
- Estratégias que ofereçam condições de oportunidade de igualdade para o desenvolvimento do potencial.

A participação familiar e o envolvimento de profissionais da área clínico-terapêutica (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo), são elementos indispensáveis na busca de recursos que possam contribuir para o desenvolvimento de um trabalho pedagógico efetivo com esse alunado. O entendimento, não apenas do diagnóstico, mas das implicações motoras no desempenho pessoal, educacional e social desse aluno pode direcionar ações eficazes de intervenção em sua evolução no recinto escolar e na sua comunidade.

Os conhecimentos básicos relativos ao aluno com deficiência/neuromotora trarão segurança à escola e ao professor, no processo ensino-aprendizagem, bem como serão indicativos das medidas a serem tomadas no atendimento às necessidades educacionais.

ATENDIMENTO EDUCACIONAL



A educação desse alunado exige a aceitação, o reconhecimento e o respeito às diferenças e às necessidades individuais, independente de sua extensão.

A escolaridade desse alunado ocorre:

- Na Classe Comum das redes pública ou privada de ensino, com ou sem o serviço de apoio especializado.

- Nas Classes Comuns, com o apoio de serviços especializados.
- Nas Escolas Especiais, para alunos com deficiência física/neuromotora grave.

O aluno com Paralisia Cerebral tem **direito** de receber educação em classe comum, com os devidos suportes que a Tecnologia Assistiva⁷ atualmente oferece. Seu déficit de comunicação precisa encontrar meios de expressão. O desafio de receber alunos com paralisia cerebral na rede regular, além de ser inviabilizada pelas estruturas arquitetônicas, detém-se na formação de professores, insuficiente para que haja um olhar mais justo, além da deficiência, centrado na capacidade real de evolução cognitiva. DAMASCENO e FILHO, 2002(*apud* GALVÃO FILHO) explicitam que:

no momento em que lhe são dadas as condições para interagir e aprender, explicitando o seu pensamento, o indivíduo com deficiência mais facilmente será tratado como um "diferente-igual"... Ou seja, "diferente" por sua condição de portador (sic) de necessidades especiais, mas ao mesmo tempo "igual" por interagir, relacionar-se e competir em seu meio com recursos mais poderosos, proporcionados pelas adaptações de acessibilidade de que dispõe. É visto como "igual", portanto, na medida em que suas "diferenças" cada vez mais são situadas e se assemelham com as diferenças intrínsecas existentes entre todos os seres humanos. Esse indivíduo poderá, então, dar passos maiores em direção a eliminação das discriminações, como consequência do respeito conquistado com a convivência, aumentando sua auto-estima, porque passa a poder explicitar melhor seu potencial e pensamentos (*online*).

De acordo com DAMASCENO E FILHO (2002 ,*apud* GALVÃO FILHO):

O objetivo da Tecnologia Assistiva é: proporcionar à pessoa portadora de deficiência maior independência, qualidade de vida e inclusão social, através da ampliação da comunicação, mobilidade, controle do seu ambiente, habilidades de seu aprendizado, competição, trabalho e integração com a família, amigos e sociedade Podem variar de um par de óculos ou uma simples bengala a um complexo sistema computadorizado (*online*).

Essas tecnologias têm possibilitado otimizar a utilização de Sistemas Alternativos e Aumentativos de Comunicação (SAAC), com a informatização de métodos tradicionais de Comunicação Alternativa e Ampliada (termos utilizados para “ definir formas de comunicação

⁷ Tecnologia Assistiva É toda e qualquer ferramenta ou recurso utilizado com a finalidade de proporcionar uma maior independência e autonomia à pessoa portadora (sic) de deficiência (GALVÃO FILHO, 2007).

alternativas a fala como: o uso de gestos, expressões faciais, o uso de pranchas de alfabeto ou símbolos pictográficos, até o uso de sistemas sofisticados de computador com voz sintetizada) (*online*)⁸.



8

Disponível em
<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/portal/institucional/dee/legislacao/art_com_alternativa.pdf>.

INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE TECNOLOGIA ASSISTIVA⁹

Denomina-se Tecnologia Assistiva qualquer item, peça de equipamento ou sistema de produtos, adquirido comercialmente ou desenvolvido artesanalmente, produzido em série, modificado ou feito sob medida, que é usado para aumentar, manter ou melhorar habilidades de pessoas com limitações funcionais, sejam físicas ou sensoriais.



CARACTERÍSTICAS:

- A Tecnologia é considerada **Assistiva** quando é usada para auxiliar no desempenho funcional de atividades, reduzindo incapacidades para a realização de atividades da vida diária e da vida prática, nos diversos domínios do cotidiano. É diferente da tecnologia reabilitadora, usada, por exemplo, para auxiliar na recuperação de movimentos diminuídos.
- **Instrumentos** são aqueles que requerem habilidades específicas do usuário para serem utilizados, por exemplo, uma cadeira de rodas, que precisa ser conduzida pelo usuário. **Equipamentos** são os dispositivos que não dependem de habilidades específicas do usuário, por exemplo, óculos, sistema de assento.
- A Tecnologia Assistiva pode ser comercializada em série, sob encomenda ou desenvolvida artesanalmente. Se produzida para atender um caso específico, é denominada **individualizada**. Muitas vezes é preciso modificar dispositivos de tecnologia assistiva adquiridos no comércio, para que se adaptem a características individuais do usuário.
- Pode ser **simples** ou **complexa**, dependendo dos materiais e da tecnologia empregados.
- Pode ser **geral**, quando é aplicada à maioria das atividades que o usuário desenvolve (como um sistema de assento, que favorece

⁹ Disponível em <<http://www.entreamigos.com.br/textos/tecassi/informbasic.htm>>.

diversas habilidades do usuário), ou **específica**, quando é utilizada em uma única atividade (por exemplo, instrumentos para a alimentação, aparelhos auditivos).

- A Tecnologia Assistiva envolve tanto o objeto, ou seja, a tecnologia concreta (o equipamento ou instrumento), quanto o conhecimento requerido no processo de avaliação, criação, escolha e prescrição, isto é, a tecnologia teórica.

PRINCIPAIS TIPOS, SEGUNDO ÁREAS DE APLICAÇÃO:

- **Adaptações para Atividades da Vida Diária:**

Dispositivos que auxiliam no desempenho de tarefas de auto-cuidado, como o banho, o preparo de alimentos, a manutenção do lar, alimentar-se, vestir-se, entre outras.

- **Sistemas de Comunicação Alternativa:**

Permitem o desenvolvimento da expressão e recepção de mensagens. Existem sistemas computadorizados e manuais. Variam de acordo com o tipo, severidade e progressão da incapacidade.

- **Dispositivos para Utilização de Computadores:**

Existem recursos para recepção e emissão de mensagens, acessos alternativos, teclados e mouses adaptados, que permitem a pessoas com incapacidades físicas operar computadores.

- **Unidades de Controle Ambiental:**

São unidades computadorizadas que permitem o controle de equipamentos eletrodomésticos, sistemas de segurança, de comunicação, de iluminação, em casa ou em outros ambientes

- **Adaptações Estruturais em Ambientes Domésticos, Profissionais ou Públicos:**

São dispositivos que reduzem ou eliminam barreiras arquitetônicas, como por exemplo, rampas, elevadores, entre outros.

- **Adequação da Postura Sentada:**

Existe um grande número de produtos que permitem montar sistemas de assento e adaptações em cadeiras de rodas individualizados. Permitem uma adequação da postura sentada que favorece a estabilidade corporal, a distribuição equilibrada da pressão na superfície da pele, o conforto, o suporte postural.

- **Adaptações para Déficits Visuais e Auditivos:**

São os ampliadores, lentes de aumento, telas aumentadas, sistemas de alerta visuais e outros.

- **Equipamentos para a Mobilidade:**

São as cadeiras de rodas e outros equipamentos de mobilidade, como andadores, bengalas, muletas, e acessórios. Ao selecionar um dispositivo de auxílio à mobilidade, este deve ser adequado à necessidade funcional do usuário, avaliando-se força, equilíbrio, coordenação, capacidades cognitivas, medidas antropométricas e postura funcional.

- **Adaptações em Veículos:**

Incluem as modificações em veículos para a direção segura, sistemas para acesso e saída do veículo, como elevadores de plataforma ou dobráveis, plataformas rotativas, plataformas sob o veículo, guindastes, tábuas de transferência, correias e barras.

SERVIÇOS DE APOIO ESPECIALIZADOS OFERTADOS NA ÁREA DA DEFICIÊNCIA FÍSICA/NEUROMOTORA¹⁰

O Departamento de Educação Especial (SEED-PR), no uso de suas atribuições e considerando os preceitos legais que regem a

¹⁰ Texto na íntegra.

Educação Especial (LDB/9394/96), Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, Parecer n.º 17/01 – CNE, Resolução n.º 02/01 – CNE e a Deliberação n.º 02/03 – CEE), expediu a Instrução n.º 02/04, que estabelece critérios para a solicitação de Professor de Apoio Permanente em Sala de Aula para atuar no Ensino Fundamental, Ensino Médio e Educação de Jovens e Adultos, e a Instrução n.º 02/04, que estabelece critérios para a solicitação do serviço de apoio – Centro de Atendimento Especializado para a Educação Básica e Educação de Jovens e Adultos.

Os serviços e apoio especializados garantidos na Deliberação n.º 02/03 têm a finalidade de atendimento às necessidades pedagógicas do aluno com comprometimento motor, visando o acesso, a permanência e sua progressão no processo de ensino-aprendizagem

De acordo com a legislação vigente, acima citada, todo aluno com Paralisia Cerebral regularmente matriculado, tem o direito de receber atendimento de um Professor de Apoio Permanente, assim como de receber um computador adaptado às suas especificidades, para seu uso exclusivo, com mouse especial, teclado expandido, colméia e demais acessórios e\ou mobiliários que se fizerem necessários ao seu desenvolvimento. Para que sejam fornecidos estes equipamentos, deverá ser encaminhado à secretaria de educação um ofício, contendo especificações precisas do recurso necessário, com justificativa dos benefícios esperados, acompanhado de laudos de Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta e outros profissionais envolvidos na escolha dos materiais adaptados.




RECURSOS DE ADAPTAÇÃO ESCOLAR

ADAPTAÇÕES CURRICULARES DE PEQUENO PORTE¹¹

(Adaptações não Significativas)

Atribuições e Responsabilidades dos Professores no ajuste do sistema educacional para o acolhimento de todos

Antes de receber alunos com deficiências devem ser propiciados a todos os envolvidos, momentos para discutir a organização do espaço e dos aspectos físicos da sala de aula; a seleção, a adaptação e a utilização de equipamentos e mobiliários de forma a favorecer a aprendizagem de todos os alunos; o planejamento das estratégias de ensino que se pretende adotar em função dos objetivos pedagógicos e conseqüentes conteúdos a serem abordados; a pluralidade metodológica tanto para o ensino como para a avaliação; a flexibilização da temporalidade. É à Direção que cabe envidar esforços junto às Secretarias E



ação no sentido de promover as referidas

AJUSTES QUE CABEM AO PROFESSOR REALIZAR

- Criar condições físicas, ambientais e materiais para a participação do aluno com necessidades especiais na sala de aula;
- Favorecer os melhores níveis de comunicação e de interação do aluno com as pessoas com os quais convive na comunidade escolar;
- Favorecer a participação do aluno nas atividades escolares;
- Atuar para a aquisição dos equipamentos e recursos materiais específicos necessários;
- Adaptar materiais de uso comum em sala de aula;

¹¹ <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/cartilha06.pdf>

- Adotar sistemas alternativos de comunicação, para os alunos impedidos de comunicação oral, tanto no processo de ensino e aprendizagem como no processo de avaliação;
- Favorecer a eliminação de sentimentos de inferioridade, de menos valia, ou de fracasso.

A grande maioria dos alunos com deficiência física apresenta como necessidade especial para o acesso ao currículo ajustes no ambiente físico, tais como:

- recursos ou equipamentos disponíveis que favoreçam a comunicação dos que estiverem impedidos de falar: sistemas de símbolos (livro de signos, desenhos, elementos pictográficos, ideográficos e/ou outros, arbitrários, criados pelo próprio professor juntamente com o aluno, ou criado no ambiente familiar, etc.), auxílios físicos ou técnicos (tabuleiros de comunicação, sinalizadores mecânicos, tecnologia de informática);
- textos escritos complementados por material em outras linguagens e sistemas de comunicação (desenhos, fala, etc.).
- Posicionamento de forma a facilitar-lhe o deslocamento na sala de aula, especialmente no caso dos que utilizam cadeiras de rodas, bengalas, andadores, etc.;
- recursos ou equipamentos que favoreçam a realização das atividades propostas em sala de aula: pranchas para escrita, presilhas para fixar o papel na carteira, suporte para lápis (favorecendo a preensão), presilha de braço, cobertura de teclado, etc.

Os ajustes que o professor pode promover para atender a necessidades especiais de alunos com deficiência são:

- Adaptação de Objetivos
- Adaptação de Conteúdos
- Adaptações do Método de Ensino e da Organização Didática
- Adaptação do Processo de Avaliação

À Adaptação na Temporalidade do Processo de Ensino e Aprendizagem



COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA E HABILIDADES COMUNICATIVAS DE UMA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL¹²

Adriana Ponsoni
Débora Deliberato

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

RESUMO



O recurso de comunicação suplementar e alternativa pode ser utilizado por crianças, jovens, adultos e idosos com deficiência que apresentam severos distúrbios da comunicação. Para a implementação deste recurso é necessário realizar a avaliação, seleção e adaptação conforme as necessidades individuais da criança com objetivo de expandir esse recurso para os diferentes contextos naturais como familiar, escolar e social. Estudos recentes têm demonstrado que a comunicação suplementar e alternativa auxilia no desenvolvimento das habilidades lingüísticas dos usuários, além de possibilitar outra forma de linguagem expressiva que não a oral e proporcionar o desenvolvimento da narrativa, aumento do repertório lexical e estruturação sintática. O objetivo do presente estudo foi ampliar as habilidades lingüísticas de

¹² Texto na íntegra. DELIBERATO, D. ANAIS. IV CONGRESSO BRASILEIRO MULTIDISCIPLINAR DE EDUCAÇÃO ESPECIAL, Londrina, 29 a 31 de outubro de 2007.

uma criança com deficiência por meio do uso de recurso da comunicação suplementar e alternativa em âmbito escolar, familiar e social. A participante da pesquisa foi uma criança com paralisia cerebral espástica, do gênero feminino com idade de 8 anos, que utilizou o recurso de comunicação alternativa e suplementar em âmbito terapêutico e escolar, matricula em uma classe especial de uma escola do ensino fundamental. Durante as sessões fonoaudiológica foram trabalhadas histórias infantis através do conto e reconto de histórias, para proporcionar o desenvolvimento das habilidades comunicativas. O trabalho demonstrou que a comunicação suplementar e alternativa possibilitou o desenvolvimento das habilidades lingüísticas: ampliação do vocabulário e das estruturas frasais nos contextos escolar, social e terapêutico.

1 INTRODUÇÃO

A Comunicação Suplementar e Alternativa é uma área de conhecimento que surgiu na década de 70, com o objetivo de auxiliar pessoas que apresentavam dificuldades e incapacidades para se comunicar. Esse tipo de comunicação envolve expressões faciais e corporais, gestos indicativos e representativos, voz digital, símbolos gráficos como figuras, fotos, além do uso de objetos concretos (REILY, 2004).



A comunicação alternativa foi definida como qualquer forma de comunicação que não seja a fala, utilizada por sujeitos em contextos de comunicação face a face e, pode ser considerada suplementar quando a pessoa utiliza os diferentes recursos de comunicação como suporte a uma fala que existe, mas não é suficiente para ser entendida pelos diferentes interlocutores (VON TETZCHNER, 1997).

Segundo Von Tetzchner e Martinsen (2000), existem diversas formas de expressão que necessitam de uma comunicação alternativa, como por exemplo, as crianças que direcionam o olhar para determinados objetos, presença de vocalizações, expressões faciais, choro e outros sinais de excitação.

A comunicação alternativa engloba muitos sistemas que permitem a expressão da linguagem de pessoas com severos distúrbios da comunicação. Esses sistemas podem ser de alta ou baixa tecnologia.

Dentre os mais conhecidos sistemas de comunicação alternativa estão a Semantografia Bliss (BLISS, 1965), Pictogram Ideogram Communication System-P.I.C. (MAHARAJ, 1980) e o P.C.S. Picute Communication Symbols (JOHNSON, 1981, 1985, 1992). O P.C.S. e o P.I.C. são sistemas pictográficos baseados em imagens ou desenhos que estabelecem uma relação mais transparente entre o símbolo e seu significado.

A Comunicação suplementar e Alternativa é um recurso que pode ser utilizado em crianças, jovens, adultos e idosos com severos distúrbios da comunicação, como crianças com Paralisia cerebral, autismo, traumatismo crânio-encefálico, entre outras. Esse recurso auxilia na interação social desses indivíduos em diferentes contextos. Entretanto para a implementação da Comunicação Suplementar e Alternativa seria importante considerar os aspectos cognitivos, lingüísticos, etapas do desenvolvimento, condições sócio-culturais entre outros.

No âmbito escolar os recursos de comunicação suplementar e alternativa são utilizados por crianças com alterações lingüísticas, sendo estas falantes e não-falantes, com o objetivo de possibilitar uma nova forma de comunicação que não seja a linguagem oral, além de suplementar e/ou promover a fala de outras crianças com necessidades educacionais especiais. Segundo Thiers (1995) e Manzini (1999), na área de Educação Especial, a comunicação alternativa vem sendo utilizada como procedimentos técnicos e metodológicos por pessoas que possuam alguma deficiência que impossibilitam a fala.

O uso da comunicação suplementar e alternativa no contexto escolar necessita a participação de uma equipe com diferentes profissionais para avaliar, selecionar, adaptar e implementar este recurso.

Estudos recentes têm demonstrado a importância da avaliação e dos cuidados na seleção de recursos suplementares e alternativos de comunicação, visando que seus usuários possam ser inseridos em

contextos comunicativos funcionais, escolares e no uso familiar (DELIBERATO; MANZINI, 1997).

Durante o processo de seleção, implementação e acompanhamento dos recursos e/ou estratégias da comunicação suplementar e alternativa é importante a participação da família, escola e de toda uma equipe de profissionais que possam avaliar cada etapa de procedimento com os alunos usuários do recurso (DELIBERATO; MANZINI, 1997,2000; DELIBERATO; MANZINI; GUARDA, 2004; MANZINI; DELIBERATO, 2004).

A Comunicação suplementar e alternativa no contexto escolar pode ser implementada através da contagem e recontagem de histórias, com o objetivo de auxiliar o processo de ensino-aprendizagem do aluno com paralisia cerebral, possibilitando o aprendizado de novos repertórios lexicais, ampliação da estrutura frasal e contribuindo para a construção do processo de interpretação de texto.

Segundo Nunes et al (2003) as narrativas são utilizadas como estratégias para a aquisição e o desenvolvimento das habilidades lingüísticas dos usuários de comunicação gráfica. As sentenças possibilitam a compreensão mais fidedigna das narrativas, englobando os constituintes semânticos e estruturação sintática.

Deste modo, o uso da narrativa proporciona a aprendizagem de crianças falantes e não falantes que são usuários do recurso de comunicação suplementar e alternativa.

2 OBJETIVO

Ampliar a aquisição de habilidades lingüísticas de uma criança com paralisia cerebral por meio da comunicação suplementar e alternativa.



2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Ampliar a aquisição de vocabulário.

Ampliar as estruturas de frases utilizadas nos diferentes ambientes.

3. METODOLOGIA

3.1 PARTICIPANTE

Foi selecionada uma criança com paralisia cerebral espástica do gênero feminino, com idade de oito anos matriculada em classe especial da rede estadual do interior de São Paulo.

3.2. LOCAL E PERÍODO

A coleta de dados também foi realizada durante atendimento fonoaudiológico do Setor de Comunicação Alternativa de um Centro de atendimento na área da saúde e educação de uma Universidade do interior de São Paulo.

A coleta de dados foi realizada durante o período de agosto 2006 julho de 2007.

3.3. MATERIAL DE PESQUISA

Foi utilizado o software Boardmaker (MAYER-JONHSON, 2004) para confecção dos símbolos gráficos do *Picture Communication Symbols* (PCS), referentes à história infantil. Também foram utilizados objetos concretos, histórias infantis e materiais para a confecção e adaptação dos livros de histórias infantis.

3.4. PROCEDIMENTOS PARA COLETA

3.4.1 PRIMEIRA ETAPA:

A primeira etapa foi à realização da identificação do repertório lexical pertencente aos diferentes contextos que a criança estava inserida. A identificação foi realizada por meio de visita à escola e entrevista com a família.

3.4.2 SEGUNDA ETAPA:

Foram selecionadas histórias infantis que continham conteúdos pedagógico, familiar e social. As histórias infantis foram adaptadas de



acordo com as etapas de desenvolvimento lingüístico e cognitivo da criança.

3.4.3 TERCEIRA ETAPA:



Inicialmente, a história foi apresentada através da utilização de objetos concretos e símbolos gráficos *Picture Communication Symbols* (PCS), com o auxílio de livros infantis.

A história foi trabalhada nos atendimentos fonoaudiológicos realizados duas vezes por semana. Primeiramente, a terapeuta oferecia o modelo de estruturação frasal adequado e o ensino de novos repertórios lexicais.

Em um segundo momento foi solicitado o auxílio da criança para a realização da estruturação sintática da história, sendo também inserido o vocabulário trabalhado em diferentes contextos lingüísticos, a fim de verificar a generalização do repertório lexical.

3.4.4 QUARTA ETAPA:

A confecção da história foi realizada no computador durante as sessões fonoaudiológicas, em que a criança participava da elaboração e organização da estrutura frasal. Posteriormente, a criança era conduzida para outros ambientes do centro de atendimento, a fim de estabelecer novos parceiros de comunicação e auxiliar no processo de desenvolvimento da narrativa.

O desenvolvimento do discurso narrativo foi proporcionado pela contagem e recontagem de histórias através dos livros e do computador.

O livro infantil adaptado foi entregue à criança para a utilização em contextos lingüísticos variados e com diversos parceiros de comunicação.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A avaliação, seleção e adaptação antes da implementação do recurso da comunicação suplementar e alternativa foram de importância, pois proporcionaram melhor desempenho da criança em diferentes contextos. Foi descrita, em diversos estudos, a importância da adequação do recurso de comunicação suplementar e alternativa, conforme as necessidades individuais do sujeito. (DELIBERATO; MANZINI, 1997,2000; DELIBERATO; MANZINI; GUARDA, 2004; MANZINI; DELIBERATO, 2004).

Foi possível verificar que o uso da comunicação suplementar e alternativa em âmbito escolar e terapêutico auxiliou no processo de ensino e aprendizagem, proporcionando à criança, o desenvolvimento do discurso narrativo, aumento do repertório lexical e organização sintática adequada. Segue um exemplo de uma situação de história realizada com a criança com deficiência:

T: Terapeuta / C: criança

T: Vamos agora montar essa parte da história T. ? (A T. apontou para a figura do livro infantil).

Neste momento a C. responde vocalizando que sim.

T: Eu vou começar, o lobo mau (colocou na prancha a figura do lobo mau), fez o que?

A C. pegou a figura do comer.

T: Isso, muito bem, vamos colar essa figura?

T: Mas C. quem o lobo mau comeu?



Neste momento a P. pegou a figura da vovó e colocou na prancha com auxílio da terapeuta. A C. inicia apontando para a frase solicitando que a T. realizasse a leitura.

T: O lobo mau comeu a vovó. (modelo fornecido pela C)

Enquanto a terapeuta realiza a leitura dos símbolos gráficos a C. apontou para as figuras com estruturação frasal adequada.

Assim pode-se verificar que a utilização do recurso de comunicação suplementar e alternativa em diferentes contextos podem auxiliar no desenvolvimento da narrativa, aumento do repertório lexical e ampliação da estruturação sintática como citado no estudo realizado por Nunes et al (2003).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BLISS, C. *Semantography* (Blyssymbolics). Sidney: Semantography Publications, 1965.

DELIBERATO, D.; MANZINI, E. J. Comunicação Alternativa: delineamento inicial para a implementação do Picture Communication System (P.C.S). *Boletim do C.O.E*, Marília, n. 2, p. 29-39, 1997.

DELIBERATO, D.; MANZINI, E. J. Análise de processos comunicativos utilizados por uma criança com paralisia cerebral espástica. In: MANZINI, E. J. *Educação Especial: temas atuais*. Marília: Unesp-Publicações, 2000.

DELIBERATO, D.; MANZINI, E. J.; GUARDA, N. S. A implementação de recursos suplementares de comunicação: participação da família na descrição de comportamentos comunicativos dos filhos. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v.10, n.2, p. 217-240, mai./ago 2004.

MANZINI, E. J. Recursos pedagógicos para o aluno com paralisia cerebral. *Revista mensagem da Apae*, São Paulo, v. 36, n. 84, p. 17-21, 1999.

MANZINI, E. J; DELIBERATO, D. *Portal de ajudas técnicas para a educação: equipamento material pedagógico para a educação, capacitação e recreação da pessoa com deficiência física-recursos para comunicação alternativa*. Brasília: Mec/Secretaria de Educação Especial, 2004. Fascículo 2,

MAYER-JOHNSON, R. *The Picture Communication Symbols - P.C.S*. Software Boardmaker. Porto Alegre:Clik Tecnologia Assistiva, 2004.

NUNES, L. R. O. P. Linguagem e Comunicação Alternativa: uma introdução. In: NUNES, L.R.O.P. (Org.).*Favorecendo o desenvolvimento da comunicação em crianças e jovens com necessidades educacionais especiais*. Rio de Janeiro: Dunya, 2003, p. 1-13.

NUNES, L. R. O. P. et al. Narrativas sobre fotos e vídeos e narrativas livres através de sistema gráfico de Comunicação Alternativa. In:

NUNES, L.R.O.P. (Org.). *Favorecendo o desenvolvimento da comunicação em crianças e jovens com necessidades educacionais especiais*. Rio de Janeiro: Dunya, 2003, p. 143-169.

REILY, L. Sistemas de Comunicação suplementar e alternativa. IN: REILY, L. *Escola Inclusiva: linguagem e mediação*. Campinas: Papyrus, 2004. (Série Educação Especial). cap. 3, p. 67-88.

THIERS, V. O. *Comunicação alternativa em paralisia cerebral: avaliação de iconicidade de símbolos picto-ideográficos e de variáveis de controle de busca a símbolos Bliss em tabuleiros de comunicação*. 1995. 130f. Tese (Mestrado em Psicologia)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

VON TETZCHNER S. *Argumentative and alternative communication: assessment and intervention – a functional approach*. Theoretical aspects. Department of Psychology, University of Oslo, Norway. Manuscrito não publicado, 1997.

VON TETZCHNER S.; MARTINSEN H. *Introdução à comunicação alternativa*. Porto, Portugal: Porto Editora, 2000.

SITES INFORMATIVOS

- <http://www.bica.cnotinfor.pt/outsidenews/index.php?lng=pt&nt=311>
- <http://www.acessibilidade.net/at/kit/comunicacao.htm>
- <http://www.al.sp.gov.br/web/CTL/ConsultarTitulo.asp?idTitulo=631>
- <http://www.assistiva.com.br/>
- http://www.cedionline.com.br/artigo_ta.html
- <http://www.centrorefeducacional.pro.br/paracerb.htm>
- <http://www.clik.com.br>
- <http://www.comunicacaoalternativa.com.br>
- <http://www.defnet.org.br>
- <http://www.entreamigos.com.br>
- <http://www.ler.pucpr.br/amplisoft/>
- <http://www.paralisiacerebral.com.br/>
- <http://www.pedagobrasil.com.br/educacaoespecial/educacaoespecial.htm>
- <http://www.saci.org.br/?modulo=akemi¶metro=6897>
- http://www.saci.org.br/pub/livro_educ_incl/redesaci_educ_incl.pdf
- http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-6538200500020_0002&lng=pt&nrm=iso
- <http://videolog.uol.com.br/video.php?id=295355&ordem=7¶metro=paralisia+cerebral>



LEGISLAÇÃO DE AMPARO AOS DEFICIENTES¹³

LEIS FEDERAIS

Constituição da República Federativa do Brasil

Artigos: 7º, XXXI; 23, II; 24, XIV; 37, VIII; 203, IV e V; 208, III; 227, § 1º e 2º e 244

[11.133, de 14.7.2005](#) Institui o Dia Nacional de Luta da Pessoa com Deficiência.

[10.877, de 4.6.2004](#) Altera a [Lei no 7.070, de 20 de dezembro de 1982](#), que dispõe sobre pensão especial para os deficientes físicos que especifica.

[10.845, de 5.3.2004](#) Institui o Programa de Complementação ao Atendimento Educacional Especializado às Pessoas Portadoras de Deficiência, e dá outras providências.


[10.424, de 15.4.2002](#) Acrescenta capítulo e artigo à [Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde.

[10.226, de 15.5.2001](#) Acrescenta parágrafos ao [art. 135 da Lei no 4.737, de 15 de julho de 1965](#), que institui o Código Eleitoral, determinando a expedição de instruções sobre a escolha dos locais de votação de mais fácil acesso para o eleitor deficiente físico.

[10.182, de 12.2.2001](#) Restaura a vigência da Lei no 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, que dispõe sobre a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) na aquisição de automóveis destinados ao transporte autônomo de passageiros e ao uso de portadores de

¹³ Disponível em < <http://www.saci.org.br/?modulo=akemi¶metro=15382>>.

deficiência física, reduz o imposto de importação para os produtos que especifica, e dá outras providências.

[10.098, de 19](#)  gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.

[10.050, de 14.11.2000](#) Altera o [art. 1.611 da Lei no 3.071, de 1o de janeiro de 1916](#) – Código Civil, estendendo o benefício do § 2o ao filho necessitado portador de deficiência.

[10.048, de 8.11.2000](#) Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências.

[9.998, de 17.8.2000](#) Institui o Fundo de Universalização dos Serviços de Telecomunicações:



XII – fornecimento de acessos individuais e equipamentos de interface a instituições de assistência a deficientes;

XIII – fornecimento de acessos individuais e equipamentos de interface a deficientes carentes.

[9.867, de 10.11.99](#) Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme especifica.

[9.615, de 24.03.98](#) Institui normas gerais sobre desporto e dá outras providências. (Lei Pelé)

[LEI 9.394, DE 20.12.96](#) ESTABELECE AS DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL.

[8.899, de 29.6.94](#) Concede passe livre às pessoas com deficiência no sistema de transporte coletivo interestadual

[7.853, de 24.10.89](#) Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Dispõe:

I - na área da educação:

- a) a inclusão, no sistema educacional, da Educação Especial como modalidade educativa que abranja a educação precoce, a pré-escolar, as de 1º e 2º graus, a supletiva, a habilitação e reabilitação profissionais, com currículos, etapas e exigências de diplomação próprios;
- b) a inserção, no referido sistema educacional, das escolas especiais, privadas e públicas;
- c) a oferta, obrigatória e gratuita, da Educação Especial em estabelecimento público de ensino;
- d) o oferecimento obrigatório de programas de Educação Especial a nível pré-escolar, em unidades hospitalares e congêneres nas quais estejam internados, por prazo igual ou superior a 1 (um) ano, educandos portadores de deficiência;
- e) o acesso de alunos portadores de deficiência aos benefícios conferidos aos demais educandos, inclusive material escolar, merenda escolar e bolsas de estudo;
- f) a matrícula compulsória em cursos regulares de estabelecimentos públicos e particulares de pessoas portadoras de deficiência capazes de se integrarem no sistema regular de ensino (*online*);

[7.070, de 20.12.82](#) Dispõe sobre pensão especial para os deficientes físicos que especifica e dá outras providências.

LEGISLAÇÃO ESTADUAL¹⁴



Constituição do Estado do Paraná - 05/10/89

¹⁴

Disponível em http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/portal/institucional/dee/dee_legis_estadual.php.

LEI nº 11189/95 - Dispões sobre condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cidadãos com transtornos mentais.

LEI nº 11911/97 - Assegura, conforme especifica, transporte gratuito em linhas de transporte intermunicipal, aos portadores de deficiência, quando estiverem se submetendo a processo de

Resolução Estadual SESA nº 318/02 - Legislação Sanitária.

Resolução nº 3199/2004 - Regulamenta os procedimentos para a celebração de Convênio de Cooperação Técnica e Financeira com as instituições especializadas conveniadas, parceiras no atendimento aos alunos com necessidades educacionais especiais.

DELIBERAÇÕES



Deliberação Nº 02/03 - Normas para a Educação Especial, modalidade da Educação Básica para alunos com necessidades educacionais especiais, no Sistema de Ensino do Estado do Paraná.

INSTRUÇÕES

INSTRUÇÃO 01/04 - Estabelece critérios para a solicitação do serviço de apoio especializado - Professor de Apoio Permanente em Sala de Aula.

INSTRUÇÃO 02/04 - Estabelece critérios para a solicitação do serviço de apoio especializado - Centro de Atendimento Especializado - área da Deficiência Física.

INSTRUÇÃO 03/04 - Funcionamento da CLASSE ESPECIAL de 1ª a 4ª séries do Ensino Fundamental, na área da Deficiência Mental.

INSTRUÇÃO 04/04 - Funcionamento da SALA DE RECURSOS para o Ensino Fundamental de 1ª a 4ª séries, na área da Deficiência Mental e Distúrbios de Aprendizagem.

LEI nº 13120/01 - Altera dispositivos da Lei nº 11911/97, estabelecendo prazo para que as empresas de transporte coletivo intermunicipal adaptem os ônibus das frotas na forma prevista em lei.

Lei nº 13126/01 - Cria o Programa de Remoção de Barreiras Arquitetônicas ao Portador de Deficiência.

Lei nº 13450/02 - Dispõe que os deficientes visuais acompanhados por cães guias, especialmente treinados para este fim, têm direito ao acesso e permanência em qualquer local aberto ao público, conforme específica.

Lei nº 13456/02 - Criação do Conselho Estadual da Pessoa Portadora de Deficiência- Criação da Assessoria Especial para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, vinculada à Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania-SEJU, responsável pela execução da política estadual de integração à pessoa portadora de deficiência.

DECRETOS

DECRETO Nº 1821/00 - Regulamento do Transporte Coletivo Rodoviário Intermunicipal do Estado do Paraná – abre o arquivo dec1821.pdf.

RESOLUÇÕES

Resolução nº 652/91 - Cria o Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Defesa dos Direitos da Pessoa Portadora de deficiência em todas as comarcas do Estado do Paraná.

INSTRUÇÃO 05/04 - Funcionamento da SALA DE RECURSOS para o Ensino Fundamental de 5ª a 8ª séries, na área da Deficiência Mental e Distúrbios de Aprendizagem.



A oferta de atendimento educacional aos educandos com necessidades educacionais especiais no Estado vem sendo orientada de acordo com a legislação vigente, com destaque aos documentos:

§ [Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional](#), nº 9394/96 – Capítulo V – art. 58, 59 e 60.

§ [Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica](#) – Parecer nº 17/01 CNE e Resolução CNE nº 02/01.

§ [Deliberação nº 02/03](#) - CEE.

REFERÊNCIAS

APCB. **O QUE É PARALISIA CEREBRAL ?**. Disponível em <<http://www.apcb.org.br/paralisia.asp>> Acesso em 11/05/2007 18:24:39.

BRASIL, MEC. **RECURSOS PARA COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA**. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ajudas_tec.pdf>. Acesso em 11/05/2007 18:24:39.

BRASIL, MEC. **Parâmetros Curriculares Nacionais. Adaptações Curriculares. Estratégias para a Educação de Alunos com Necessidades Educacionais Especiais**. Brasília: MEC/SEF/SEESP,1999. 62 p.

BRASIL, MEC. Projeto Escola Viva - **Garantindo o acesso e permanência de todos os alunos na escola - Alunos com necessidades educacionais especiais, Adaptações de pequeno porte** n.º 6. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, C327 2000 I 96p.: il. Disponível em in <<http://www.mec.gov.br>> Acesso em 06/02/2004 15:24:36.

DELIBERATO, D. ANAIS. **COMUNICAÇÃO SUPLEMENTAR E ALTERNATIVA E HABILIDADES COMUNICATIVAS DE UMA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL**. IV CONGRESSO BRASILEIRO MULTIDISCIPLINAR DE EDUCAÇÃO ESPECIAL, Londrina, 29 a 31 de outubro d 2007.

GALVÃO FILHO, T.A. **O DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS PEDAGÓGICOS EM AMBIENTE COMPUTACIONAL E TELEMÁTICO COM ALUNOS COM PARALISIA CEREBRAL**. Disponível em <<http://www.anped.org.br/reuniões/28/textos/gt15/gt15103int.doc>> Acesso em 14/04/2007 15:24:29.

GARCIA, R. M. C. **DISCURSOS POLÍTICOS SOBRE INCLUSÃO: QUESTÕES PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO ESPECIAL NO BRASIL.** Disponível em <http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt15/t1510.pdf>. Acesso em 10/09/2007 22:14:50.

GARCIA, R. M. C.. **POLÍTICAS PARA A EDUCAÇÃO ESPECIAL E AS FORMAS ORGANIZATIVAS DO TRABALHO PEDAGÓGICO.** Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbee/v12n3/01.pdf>.

GARCIA, R. M. C. **DISCURSOS POLÍTICOS SOBRE INCLUSÃO: QUESTÕES PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO ESPECIAL NO BRASIL.** Disponível em <http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt15/t1510.pdf>. Acesso em 11/10/2007 22:23:36.

JANNUZZI, G.M. **POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCLUSÃO ESCOLAR DE PESSOAS PORTADORAS DE NECESSIDADES ESPECIAIS – Reflexões.** Disponível em http://www.cereja.org.br/pdf/20041220_Gilberta.pdf. Acesso em 23/10/2007 21:55:19.

MELETTI, S.M.F. **CURSO LIVRE - PDE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA.** 27/09/2007.

MICHELS, M. H. **PARADOXOS DA FORMAÇÃO DE PROFESSORES PARA A EDUCAÇÃO ESPECIAL: O CURRÍCULO COMO EXPRESSÃO DA REITERAÇÃO DO MODELO MÉDICO-PSICOLÓGICO.** Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-6532005000200_007. Acesso em 20/10/2007 21:32:12.

**NAPC. PARALISIA CEREBRAL. Disponível em <
http://www.nacpc.org.br/index_2.html> Acesso em 18/05/2007
 16:30:39.**

PARANÁ. A EDUCAÇÃO ESPECIAL NO PARANÁ. Disponível em <
http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/portal/institucional/dee/dee_artigos.php>. Acesso em 16/07/2007 21:35:19.

PARANÁ. ÁREA DA DEFICIÊNCIA FÍSICA/NEUROMOTORA - DF.
 Disponível em <
http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/portal/institucional/dee/legislacao/art_com_alternativa.pdf> Acesso em 21/05/2007
 23:24:36.

PARANÁ. CONVERSANDO SOBRE COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA.
 Disponível em <
http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/portal/institucional/dee/legislacao/art_com_alternativa.pdf> Acesso em 22/07/2007 18:24:39.

PARANÁ. DIRETRIZES CURRICULARES DA EDUCAÇÃO ESPECIAL PARA A CONSTRUÇÃO DE CURRÍCULOS INCLUSIVOS. Curitiba – 2006. Disponível em <
http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/portal/institucional/dee/legislacao/artigo_2.pdf> Acesso em 29/11/2007 - 11:42:21 h.

PARANÁ. POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCLUSÃO EDUCACIONAL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS. Disponível em <
http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/portal/institucional/dee/dee_artigos.php>. Acesso em 13/06/2007 16:12:45.

PARANÁ. TEXTO DO 1º ENCONTRO DO GRUPO DE ESTUDOS/EDUCAÇÃO ESPECIAL: O CURRÍCULO E A EDUCAÇÃO ESPECIAL: FLEXIBILIZAÇÃO E ADAPTAÇÕES CURRICULARES PARA ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS.
 Disponível em < <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br>

gov.br/portals/portal/institucional/ dee /dee_ artigos. php>. Acesso em 23/07/2007 13:14:40.

PARANÁ. TEXTO DO 2º ENCONTRO DO GRUPO DE ESTUDOS/EDUCAÇÃO ESPECIAL: CONVERSANDO SOBRE COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA. Disponível em <[http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/portal/institucional/ dee / dee_ artigos. php](http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/portal/institucional/dee/dee_artigos.php)>. Acesso em 13/06/2007 13:34:29.

PGSE. PORTADORES DE DEFICIÊNCIA. Disponível em <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/deflei7853.htm>>. Acesso em 12/01/2008 23:14:59.

REDE SACI. OS DIREITOS GARANTIDOS POR LEI PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. Disponível em <[http://www.saci.org.br/? modulo=akemi¶metro = 15382](http://www.saci.org.br/?modulo=akemi¶metro=15382)> . Acesso em 22/12/2007 20:15:29.

VÍDEO. Paralisia Cerebral. Disponível em [http://videolog.uol.com.br/video.php?id= 295355 &ordem= 7¶metro= paralisia+cerebral.](http://videolog.uol.com.br/video.php?id=295355&ordem=7¶metro=paralisia+cerebral)> Acesso em 23/01/2008 20:15:29.

EDUCAÇÃO E SURDEZ

O QUE OS PROFESSORES DO ENSINO REGULAR PRECISAM SABER SOBRE SURDEZ E SOBRE A LINGUAGEM DOS SURDOS



Professora PDE: Maria Edileuza

No contexto geral da discussão sobre inclusão surgem as questões relacionadas à educação dos surdos, entre elas: Escola especial ou escola regular? O que é educação bilíngüe para surdos? É possível proporcionar a educação bilíngüe para surdos no ensino regular? Até que ponto as duas propostas são coerentes entre si, ou em que ponto elas se encontram? Para começar a responder estas questões, penso que a inclusão, ou não, do aluno surdo no ensino regular precisa ser historicamente, teoricamente e legalmente justificada e que este processo deve ser acompanhado e analisado, numa avaliação contínua, que vai apontar progressos e falhas, propiciando a busca de recursos materiais e humanos e de conhecimentos necessários à sua efetivação. Acredito que, neste caso, como em muitos outros, de nada adiantam métodos e técnicas se não há a superação de paradigmas, se não muda nossa forma de ver o outro, assim sendo, o material elaborado a partir do trabalho de pesquisa realizado, aqui sintetizado, objetiva principalmente oportunizar reflexões em busca de uma nova visão da surdez e da linguagem dos surdos.

Como resultado da pesquisa bibliográfica realizada temos um panorama histórico do conceito de surdez e da educação do surdo, com esclarecimentos sobre a surdez e linguagem do surdo e suas implicações na educação.

O passado nos deu uma idéia do que aconteceu com o Surdo, as restrições filosóficas para que ele fosse considerado humano, os impedimentos religiosos e legais para que ele pudesse exercer seus direitos de cidadão, o papel da política e do Estado para que ele não tivesse sua língua, sua cultura e conseqüentemente poder (ainda que fosse o poder de ser diferente). O tempo todo, o noivo não pode ser mostrado, e, quando o foi (século XVIII), foi abafado para que os antigos conceitos prevalecessem (MOURA, 2000, p. 137).

Do contexto geral estudado, destacam-se alguns pontos importantes para esse trabalho, brevemente descritos a seguir. Juntos, recolhidos em instituições religiosas, os surdos criam uma forma de comunicação entre si, desenvolvendo uma língua e uma cultura próprias. Com a necessidade de *humanizar* o surdo, às vezes filhos de família nobre que precisava da fala para ter seus direitos reconhecidos, surgem as primeiras tentativas de educação do surdo. Alguns educadores reconhecendo a forma de comunicação entre os surdos e aproveitando os sinais criados pelos próprios surdos alcançam resultados surpreendentes enquanto outros, negando a importância dos sinais na educação do surdo, fazem tentativas frustradas de transformar sinalizadores em falantes, concluindo sempre após muito trabalho pela impossibilidade de educar o surdo sem a língua de sinais. O desenvolvimento científico traz a visão médica da surdez e o surdo passa a ser visto como doente, deficiente, que precisava ser curado, reabilitado, normalizado, para que pudesse se integrar à comunidade majoritária dos ouvintes.

O oralismo, baseado em diversas técnicas, dominou a educação do surdo a partir do Congresso de Milão (1880) e durante o século XX até a década de 60, enquanto isso, a Língua de Sinais proibida na educação do Surdo, continuou a ser usada fora da sala de aula pelas crianças e pelos adultos Surdos em suas associações e na Comunidade dos Surdos. Na década de 60 surgem novos conhecimentos teóricos e estudos realizados sobre a Língua de Sinais provam seu valor linguístico, semelhante às línguas orais, mostrando que os Sinais não só não prejudicam o desenvolvimento oral das crianças Surdas como ajudam seu desenvolvimento escolar; estudos também comprovam que ouvintes e Surdos têm a mesma distribuição de inteligência. No entanto,

ainda não é possível falar em Bilingüismo pois estas verdades não são aceitas, naquele momento, pela cultura dominante, assim como ainda hoje não o são totalmente. Surge então uma situação intermediária com utilização dos Sinais como instrumento de comunicação, mas sem utilização da Língua de Sinais, denominada Comunicação Total que, criada não como método mas como filosofia, previa a utilização de toda e qualquer forma de comunicação com a criança Surda, e não excluía inicialmente a Língua de Sinais, mas transformou-se em método e forma única de trabalho (denominada Comunicação Bimodal) com utilização da fala acompanhada de sinais.

Com o início de um movimento multicultural de minorias diversas reivindicando o direito de uma cultura própria, de ser diferente e denunciando a discriminação a que estavam submetidos, os Surdos, a muito tempo conscientes de seus direitos mas sufocados, acham espaço para se fazer ouvir e chegamos assim ao momento histórico atual em que os Surdos passaram a reivindicar o direito de que sua cultura própria seja respeitada e tenha um lugar dentro de outras culturas, particularmente da cultura ouvinte, surgindo na educação de Surdos uma nova proposta de trabalho denominada Bilingüismo.

Segundo Moura (2000) o passado mais que reflete-se na realidade atual, o presente é a reprodução do passado, das mesmas idéias, conceitos e preconceitos. Presente e passado se confundem no mesmo fazer em que as relações, da maioria ouvinte com a minoria surda, vão se refazendo sem modificações e a escola, que deveria promover a mudança, permanecia ela mesma repetindo o que não faz sentido e não ajuda a construção de uma verdadeira linguagem (ato social e edificador de identidade). E o futuro, marcado pelo passado e pelo presente, aponta para a necessidade de poder destacar o Surdo da representação de um sujeito deficiente, para inserí-lo na Comunidade dos Surdos e no contexto majoritário do mundo ouvinte, como indivíduo diferente mas pleno e capaz, portanto detentor de direitos a serem respeitados.

Não é apenas a mudança da língua em que são transmitidos os conteúdos ou critérios de avaliação mais justos em relação às diferenças lingüísticas que apresentam o que vai garantir ou orientar uma nova abordagem curricular, mas a compreensão do sujeito surdo em sua totalidade sócio-histórico-cultural (FERNANDES, 1999, p. 79).

Segundo Fernandes (1999) a cultura eletrônica, decorrente dos avanços científicos e tecnológicos, introduziu novos modos de ver e representar a realidade, muito mais pautados em imagens do que em registros escritos, que apontam para um novo conceito de “alfabetização”. No entanto, a imposição de um conhecimento culturalmente aceito e valorizado, no caso a oralidade e a escrita, tem impedido a percepção de um novo modo de analisar a realidade e de comunicar-se com os demais, no caso a língua de sinais.

Os surdos, enquanto grupo minoritário, buscam na escolarização a incorporação social e a conquista de seus direitos, entretanto esta incorporação à escola da maioria significa abrir mão de certos aspectos de sua identidade ao assimilar a língua da cultura dominante. Persiste ainda a discriminação escolar dos surdos, devido à diferença de linguagem, apesar de todo desenvolvimento das tecnologias essencialmente visuais, pois a escola segue utilizando a escrita mecânica, sem sentido e que reproduz um tipo de falante ideal, inexistente.

A autora, com objetivo de apresentar uma caracterização da escrita apresentada pelos surdos, faz considerações sobre o processo de aquisição de uma segunda língua e a interferência da história lingüística anterior na maneira de abordar a nova língua. No caso dos surdos, sendo a língua de sinais a primeira língua natural, a língua portuguesa é uma língua estrangeira, a ser aprendida como segunda língua e ainda com o agravante de ser de modalidade diferente, tendo a língua de sinais como suporte cognitivo e portanto interferindo na sua produção oral e/ou escrita.

De acordo com Fernandes (1999) a produção escrita dos surdos, em sua segunda língua e influenciada pela primeira língua, requer critérios de avaliação diferenciados em relação à língua portuguesa, não

generalizáveis, mas que possam subsidiar a análise de suas produções singulares, em comparação à escrita de ouvintes. Analisando diversos textos de alunos surdos, demonstra a interferência da LIBRAS nas produções escritas dos surdos, e a influência da falta de uma pedagogia competente no ensino da língua portuguesa para surdos.

A autora propõe então, um olhar diferenciado nas produções escritas dos alunos surdos, que não parta das aparentes limitações apresentadas, mas das possibilidades que contempla; que não busque o desvio da normalidade, mas as marcas da diferença cultural. Sem no entanto cair no outro extremo de arbitrariedade de considerar qualquer tipo de produção como aceitável, considerando apenas o conteúdo em detrimento da forma, o que seria tão prejudicial quanto as práticas tradicionais.

Por fim, apresenta, como sugestão, alguns critérios mais específicos em relação à avaliação da Língua Portuguesa de alunos surdos e destaca que há inúmeras ações a serem praticadas que envolvem um projeto de educação, que considere em sua proposta curricular: a cultura das comunidades surdas; as novas tecnologias educacionais essencialmente visuais; a formação de professores edificada em concepções sócio-antropológicas; maior participação da comunidade surda na gestão dessa educação, entre outros aspectos. Destacamos ainda a sugestão dada por Fernandes (1999) aos professores:

Além disso, nossa sugestão aos professores que se deparam com estudantes surdos em suas classes é, primeiramente, que eles entendam que têm diante de si um usuário de uma língua diferente da sua, que inevitavelmente estará refletida nas diferentes práticas discursivas compartilhadas em sala de aula. Segundo, que o conhecimento dessa língua, por parte do professor é condição "sine qua non" para que se estabeleça a interação verbal significativa, a partir da qual será tecido o vínculo afetivo tão perseguido nas experiências de aprendizagem escolar. E, por fim, concretizar, na prática, o diálogo com as diferenças, respeitando as possibilidades e limitações de seu aluno, para que assim o auxilie na construção de sua identidade surda (FERNANDES, 1999, p. 78).

Fernandes (2006) apresenta um conjunto de orientações visando oportunizar a reflexão do professor sobre a prática pedagógica, quando

nela estiver envolvido o aluno surdo, desafiando-o a buscar as práticas mais adequadas. Destacando inicialmente que, quando falamos em seres humanos, é muito importante lembrarmo-nos que são as diferenças individuais que nos constituem pessoas singulares e portanto, ao nos relacionarmos com uma pessoa surda, devemos nos lembrar, em primeiro lugar, que a perda auditiva que ela possui é apenas um aspecto de sua subjetividade.

Segundo a autora, vivemos em um mundo de sons e a impossibilidade de ouvir a fala humana interfere diretamente na interação social e na principal possibilidade de ter acesso ao conhecimento, a interação verbal. Daí a importância de conhecer quais conseqüências os diferentes graus de surdez podem acarretar no desenvolvimento, aprendizagem e relacionamento social das crianças; atentar para comportamentos que possam sugerir possíveis perdas auditivas, ainda não detectadas, e a possibilidade de encaminhamento aos profissionais mais indicados à intervenção; reconhecer e respeitar a diferença lingüística dos surdos.

Fernandes destaca ainda a importância da língua de sinais para os surdos, apresenta a Língua Brasileira de Sinais - Libras e a educação bilíngüe para surdos, refere-se à questão do intérprete de Líbras e, considerando que este é processo em construção que demanda ainda muitas ações, coloca que, a curto prazo, há algumas estratégias metodológicas e de organização do ambiente da sala de aula indicadas para facilitar a interação/comunicação em sala de aula: combinar diferentes tipos de agrupamentos de alunos; introduzir métodos e estratégias visuais complementares à língua de sinais; planejar atividades com diferentes graus de dificuldade e que permitam diferentes possibilidades de execução; propor várias atividades para trabalhar um mesmo conteúdo; promover a interação dos professores do ensino regular e da educação especial.

Essa resignificação das práticas escolares não se faz por decreto, ou por imposição de medidas burocráticas. Como um processo, em permanente construção, exige, em um primeiro momento, uma postura e atitude positiva diante da diferença dos alunos e a formação continuada, indispensável à

intervenção pedagógica consciente e comprometida com o sucesso de todos os alunos (FERNANDES, 2006).

Segundo Quadros (1997) há aspectos essenciais a serem considerados para a implantação de uma proposta bilingüe para surdos: primeiro a necessidade de conhecer as duas línguas envolvidas no processo educacional e o lugar que cada uma ocupa, considerando fatores sociais, culturais e lingüísticos. Segundo, o processo de aquisição de L1 (primeira língua, língua nativa) e aquisição de L2 (segunda língua), no caso da educação de surdos no Brasil LIBRAS (L1) e Língua Portuguesa (L2). Além disso não se pode desconsiderar a importância das questões de ordem psicossocial, fundamentais no processo de formação da pessoa surda enquanto membro sócio-cultural.

No estudo da legislação que se refere à educação, ao destacar a questão da educação do surdo e fazer um paralelo entre inclusão e respeito à diversidade vemos, já na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) os princípios da igualdade e da diversidade, nas afirmações de que todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos; que toda pessoa tem direito à instrução e que os pais têm prioridade de direito na escolha do gênero de instrução que será ministrado a seus filhos. A mesma idéia perpassa toda a legislação, até os documentos mais recentes, inclusive o texto da Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, realizada na Guatemala em 1999 e promulgada pelo Decreto 3656/01, que define discriminação e afirma que não constitui discriminação a diferenciação ou preferência adotada para promover a integração social ou desenvolvimento da pessoa com deficiência desde que a diferenciação ou preferência não limite em si mesma o direito à igualdade dessas pessoas e que elas não sejam obrigadas a aceitá-las.

O Paraná saiu na frente no que se refere à educação do surdo quando, através da Lei n.º12095 de 11/03/1998, reconheceu oficialmente a linguagem gestual codificada na Língua Brasileira de

Sinais – LIBRAS e outros recursos de expressão a ela associados, como meio de comunicação objetiva e de uso corrente e, a partir daí, começaram a ser implantadas as ações necessárias à efetivação da educação garantida em seu Art.2º: Como resultado de estudos, reflexões e debates iniciados a partir dos movimentos internacionais pela inclusão social; já tendo reconhecido oficialmente a Língua Brasileira de Sinais e assim desencadeado mudanças em seu sistema educacional e; a partir da nova legislação educacional brasileira, é elaborada a nova legislação educacional do Paraná e o Conselho Estadual de Educação do Estado do Paraná fixa normas para a Educação Especial, através da Deliberação CEE Nº 02/03, aprovada em 02/06/03. Entre os apoios e serviços normatizados pela Deliberação Nº 02/2003 estão: intérprete de Libras/Língua Portuguesa; instrutor surdo de Libras; centro de atendimento especializado; instituições especializadas e escola especial para surdos.

REFERÊNCIAS

- BOTELHO, P. **LINGUAGEM E LETRAMENTO NA EDUCAÇÃO DOS SURDOS** – Ideologias e práticas pedagógicas. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.
- BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**. Brasília, 1988.
- BRASIL. **Lei N.º 9394/96 DE 20 DE DEZEMBRO DE 1996**: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, 1996.
- BRASIL. **LEI N.º 10172/01, DE 9 DE JANEIRO DE 2001**: Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Brasília, 2001.
- BRASIL. **LEI N.º 10436/02, DE 24 DE ABRIL DE 2002**: Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras e dá outras providências. Brasília, 2002.
- BRASIL. **DECRETO N.º 3298/99, DE 20 DE DEZEMBRO DE 1999**: Regulamenta a Lei n.º 7853/89, dispõe sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, 1999.

BRASIL. **DECRETO N.º 3956/01, DE 8 DE OUTUBRO DE 2001.** Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília, 2001.

BRASIL. **DECRETO N.º 5626/05, DE 22 DE DEZEMBRO DE 2005:** Regulamenta a Lei n.º 10436/02 que dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras, e o art. 18 da Lei n.º 10098/00. Brasília, 2005.

BRASIL. **RESOLUÇÃO CNE/CEB N. 02/01, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2001:** Institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica. Brasília, 2001.

BRASIL. **PARECER CNE/CEB N.º 017/01, APROVADO EM 3 DE JULHO DE 2001:** Sobre as Diretrizes Nacionais, para a Educação Especial na Educação Básica. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **DOCUMENTO SUBSIDIÁRIO À POLÍTICA DE INCLUSÃO.** Brasília, 2005.

BUENO, José Geraldo Silveira. **Surdez, linguagem e cultura.** Cad. CEDES, Campinas, v. 19, n. 46, 1998. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 5 mai 2007.

DORZIAT, A. **DIFERENTES OLHARES SOBRE A SURDEZ E SUAS IMPLICAÇÕES EDUCACIONAIS.** Poços de Caldas: ANPEd, 26ª Reunião Anual, 2003. Disponível em <<http://www.anped.org.br>>. Acesso em 4 mai 2007.

FENEIS – Federação Nacional de Educação e Integração do Surdo. **EDUCAÇÃO DE SURDOS E EDUCAÇÃO INCLUSIVA.** Disponível em: <<http://www.feneis.com.br>>. Acesso em 3 mar 2006.

FERNANDES, S. **EDUCAÇÃO BILÍNGÜE PARA SURDOS: TRILHANDO CAMINHOS PARA A PRÁTICA PEDAGÓGICA.** Curitiba: SEED, 2004.

_____ **É POSSÍVEL SER SURDO EM PORTUGUÊS?** Língua de sinais e escrita: Em busca de uma aproximação. In: SKLIAR, Carlos (Org). Atualidade da educação bilíngüe para surdos, v. 2. Porto Alegre: Mediação, 1999, p. 59-81.

_____. **EDUCAÇÃO BILÍNGÜE PARA SURDOS: DESAFIOS À INCLUSÃO**. Curitiba: SEED, 2006.

FRANCO, M. **CURRÍCULO E EMANCIPAÇÃO**. In: SKLIAR, Carlos (Org). Atualidade da educação bilíngüe para surdos, v. 1. Porto Alegre: Mediação, 1999, p. 213-224.

FREIRE, A. M. da F. **AQUISIÇÃO DO PORTUGUÊS COMO SEGUNDA LÍNGUA: UMA PROPOSTA DE CURRÍCULO PARA O INSTITUTO NACIONAL DE EDUCAÇÃO DE SURDOS**. In: SKLIAR, Carlos (Org). Atualidade da educação bilíngüe para surdos, v. 2. Porto Alegre: Mediação, 1999, p. 25-34.

GUARINELLO, A. C.; BERBERIAN A. P.; SANTANA, A. P.; MASSI G.; PAULA M. De. **A INSERÇÃO DO ALUNO SURDO NO ENSINO REGULAR: VISÃO DE UM GRUPO DE PROFESSORES DO ESTADO DO PARANÁ**. Revista Brasileira de Educação Especial v.12 n.3. Marília, 2006.

JOMTIEN, Conferência de. **DECLARAÇÃO MUNDIAL SOBRE EDUCAÇÃO PARA TODOS**. Jomtien – Tailândia, 1990.

LACERDA, B. F. de. **A INCLUSÃO ESCOLAR DE ALUNOS SURDOS: O QUE DIZEM ALUNOS, PROFESSORES E INTÉRPRETES SOBRE ESTA EXPERIÊNCIA**. Cad. CEDES, Campinas, v. 26, n. 69, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 5 mai 2007.

_____. **A PROPOSTA PEDAGÓGICA MEDIADA (TAMBÉM) PELA LÍNGUA DE SINAIS: TRABALHANDO COM SUJEITOS SURDOS**. Cad. CEDES, Campinas, v. 20, n. 50, 2000. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 5 mai 2007.

_____. **UM POUCO DA HISTÓRIA DAS DIFERENTES ABORDAGENS NA EDUCAÇÃO DOS SURDOS**. Cad. CEDES, Campinas, v. 19, n. 46, 1998. Disponível em <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 5 mai 2007.

MANTOAN, M.T.E. **CAMINHOS PEDAGÓGICOS DA INCLUSÃO** (2002). Disponível em <<http://www.educacaoonline.pro.br>>. Acesso em 02 mar 2006.

MATISQUEI, A. C.R.M. **POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCLUSÃO EDUCACIONAL: DESAFIOS E PERSPECTIVAS**. In: EDUCAR EM REVISTA. Curitiba, PR: Ed. UFPR, n.23, 2004. p. 185-202

MOURA, M. C. de. **O SURDO: CAMINHOS PARA UMA NOVA IDENTIDADE**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ONU – Assembléia Geral das Nações Unidas. **DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS**, 1948.

PARANÁ. **LEI N.º 12095/98, DE 11 DE MARÇO DE 1998**: Reconhece oficialmente, pelo Estado do Paraná, a Língua Brasileira de Sinais – Libras. Curitiba, 1998.

PARANÁ. **DELIBERAÇÃO CEE N.º 02/03, APROVADA EM 2 DE JUNHO DE 2003**: Fixa normas para a Educação Especial no Sistema de Ensino do Estado do Paraná. Curitiba, 2003.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Educação. **A EDUCAÇÃO ESPECIAL NO PARANÁ: SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES PEDAGÓGICAS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL NA EDUCAÇÃO BÁSICA**. Curitiba, PR. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br>>. Acesso em: 02 mar 2006.

PARANÁ. SEED. Departamento de Educação Especial. **DE QUAL POLÍTICA DE INCLUSÃO EDUCACIONAL ESTAMOS FALANDO?** Curitiba, PR. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br>>. Acesso em: 02 mar 2006.

PARANÁ. SEED. Departamento de Educação Especial. **O CURRÍCULO E A EDUCAÇÃO ESPECIAL: FLEXIBILIZAÇÃO E ADAPTAÇÕES CURRICULARES PARA ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS**. Curitiba, PR. Disponível em <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br>>. Acesso em: 05 mai 2006.

PARANÁ. SEED. Superintendência de educação. **INCLUSÃO E DIVERSIDADE. REFLEXÕES PARA A CONSTRUÇÃO DO PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO**. Curitiba, PR. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br>>. Acesso em: 02 mar 2006.

PARANÁ. SEED. **EDUCAÇÃO ESPECIAL. ÁREA DA SURDEZ**. Disponível em: <<http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br>>. Acesso em: 02 mar 2006.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Educação. Superintendência de Educação. **ENSINO FUNDAMENTAL NA REDE PÚBLICA DE ENSINO**

DA EDUCAÇÃO BÁSICA DO ESTADO DO PARANÁ. Curitiba: SEED/SUED, 2005. Mimeog.

PLETSCH, M. D; FONTES, R. de S.; GLAT, R. **O PAPEL DA EDUCAÇÃO ESPECIAL NO PROCESSO DE INCLUSÃO ESCOLAR: A EXPERIÊNCIA DA REDE MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DO RIO DE JANEIRO.** Caxambu: ANPEd, 29ª Reunião Anual, 2006. Disponível em <<http://www.anped.org.br>>. Acesso em 4 mai 2007.

QUADROS, R. M. de. **EDUCAÇÃO DE SURDOS: A AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

_____. **POLÍTICAS LINGÜÍSTICAS E EDUCAÇÃO DE SURDOS EM SANTA CATARINA: ESPAÇO DE NEGOCIAÇÕES.** Cad. CEDES, Campinas, v. 26, n. 69, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em 5 mai 2007.

RAMOS, C. R. **A ATUAÇÃO DA FAMÍLIA/PROFISSIONAIS/LEGISLAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO/INCLUSÃO DA PESSOA SURDA.** Disponível em: <<http://www.educacaoonline.pro.br>> Acesso em: 02 mar 2003.

_____. **O DIREITO DA CRIANÇA SURDA DE CRESCER BILÍNGÜE.** Disponível em: <<http://www.educacaoonline.pro.br>> Acesso em: 02 mar 2003.

SÁ, N. R.L. de. **CULTURA, PODER E EDUCAÇÃO DE SURDOS.** Manus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2002.

SALAMANCA, Declaração de. **SOBRE PRINCÍPIOS, POLÍTICAS E PRÁTICAS NA ÁREA DAS NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS.** Salamanca – Espanha, 1994.

SKLIAR, C. **ATUALIDADE DA EDUCAÇÃO BILÍNGÜE PARA SURDOS.** v. 1.: Processos e projetos pedagógicos. (Org.). Porto Alegre: Mediação, 1999.

SKLIAR, C. **ATUALIDADE DA EDUCAÇÃO BILÍNGÜE PARA SURDOS, V. 2.: INTERFACES ENTRE PEDAGOGIA E LINGÜÍSTICA.** (Org.). Porto Alegre: Mediação, 1999.

SOUZA, R. M. de; GÓES, M. C.R. de. **O ENSINO PARA SURDOS NA ESCOLA INCLUSIVA: CONSIDERAÇÕES SOBRE O EXCLUDENTE**

CONTEXTO DA INCLUSÃO. In: SKLIAR, Carlos (Org.). Atualidade da educação bilingüe para surdos, v. 1. Porto Alegre: Mediação, 1999, p. 163-187.

TARTUCI, D. **ALUNOS SURDOS NA ESCOLA INCLUSIVA: OCORRÊNCIAS INTERATIVAS E CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTOS.** Disponível em:

<<http://www.educacaoonline.pro.br>>. Acesso em 02 mar 2006.

EDUCAÇÃO E DEFICIÊNCIA MENTAL

DEFICIÊNCIA MENTAL



Professora PDE: Rute Abelha

O processo histórico revela que o portador de deficiência mental, em decorrência de conceitos, classificações, avaliações e diagnósticos da própria deficiência foi sendo alvo da construção de um indivíduo sem perspectivas de vida, colocado e mantido à margem, excluído, por desviar-se do padrão de “normalidade” social.

Quando se fala em discriminação os mais lembrados são os negros, os pobres e os homossexuais, esquecendo-se que os portadores de deficiência mental também são muito discriminados. Sua maneira de ser, suas limitações físicas e psíquicas não são geralmente compreendidas. Dependendo da síndrome apresentada, o deficiente mental pode causar repulsa, receio e até medo nas pessoas, agravando o comportamento discriminatório.

E, uma vez que se considera que os portadores de deficiência mental representam uma parcela significativa da população que apresenta algum tipo de deficiência, dados da OMS – Organização Mundial de Saúde apontam que o Brasil possui atualmente cerca de mais de 180 milhões de habitantes, logo mais de 18 milhões de pessoas possuem algum tipo de deficiência, desse total, 50% são portadoras de deficiência mental (BRANDI, 2006). A partir disso, é que se reconhece a importância de continuar abordando esta temática, o que torna justificável a apresentação que se faz sobre a Deficiência Mental.

CONCEITO

Com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV (1994) tem-se proposta uma nova definição para deficiência mental, considerando que uma pessoa é portadora desta deficiência, quando apresenta o seguinte quadro:

[...] tem um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de limitações significativas 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.

De acordo com o DSM-IV (1994), o retardo mental caracteriza-se pelo funcionamento intelectual, o que significa abaixo da média (QI < 70), com início antes dos 18 anos e déficits ou prejuízos concomitantes no funcionamento adaptativo¹⁵. Possui muitas etiologias diferentes e pode ser visto como uma via final comum de vários processos patológicos que afetam o Sistema Nervoso Central – SNC.

Por sua vez, para Garcia (1999) a deficiência mental pode ser conceituada segundo as condições concretas de vida, das relações que se estabelecem entre as pessoas, e não se limitando a características físicas identificadas socialmente como deficiências, já que estas pessoas podem relacionar-se e constituir-se de outras formas, a partir de outras relações. Esta concepção de deficiência foi amplamente trabalhada por Vygotski.

Nos últimos anos o conceito de deficiência mental mais divulgado nos meios educacionais no Brasil e adotado nos documentos oficiais segue o sistema de classificação da Associação Americana de Retardo Mental (AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION – AAMR), segundo a qual, “deficiência mental é caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual global, acompanhadas por dificuldades acentuadas no comportamento adaptativo, manifestadas antes dos dezoito anos de idade” (AAMR, 2002, s/p.),

Porém, atualizações realizadas pela própria AAMR (2002) conceitua a deficiência mental hoje, como uma condição envolvendo cinco áreas que se referem a diferentes aspectos do desenvolvimento do indivíduo, do ambiente em que vive e dos suportes de que dispõe, sendo eles: habilidades intelectuais; comportamento adaptativo;

¹⁵ Funcionamento adaptativo refere-se ao modo como os indivíduos enfrentam efetivamente as exigências comuns da vida e o grau em que satisfazem os critérios de independência pessoal esperados de alguém de seu grupo etário, bagagem sócio cultural e complexo comunitário específicos.

participação, interação e papel social; saúde; e contexto (AAMR, 2002; ALMEIDA, 2004; ALONSO, 2006).

INCIDÊNCIA

No Brasil não existem pesquisas precisas que constatem quantos deficientes existem ao certo e quais são suas deficiências. No mundo, a Organização Mundial de Saúde – OMS, afirma que uma entre dez pessoas é portadora de deficiência física, sensorial ou mental, congênita ou adquirida. Isto equivale a dizer que por volta de 10% dos habitantes da Terra são pessoas deficientes. No entanto, acredita-se que esta porcentagem seja maior, primeiro, porque a OMS refere que nos países do Terceiro Mundo esta porcentagem pode chegar a 15% ou até 20% e depois, porque as regiões pobres são imensas (principalmente Norte e Nordeste), locais de maior incidência de deficiência, cujos meios de vida e prevenção são insatisfatórias (BALLONE, 2003).

Segundo a OMS (2001) 10% da população em países em desenvolvimento são portadores de algum tipo de deficiência, sendo que metade destes, são portadores de deficiência mental, propriamente dita. Calcula-se que o número de pessoas com retardo mental guarda relação com o grau de desenvolvimento do país em questão e, segundo estimativas, a porcentagem de jovens de 18 anos e menos, que sofrem retardo mental grave se situa em torno de 4,6%, nos países em desenvolvimento e entre 0,5, e o 2,5% nos países desenvolvidos. Esta grande diferença entre o primeiro e o terceiro mundo demonstra que certas ações preventivas, como, por exemplo, a melhora de atenção materno-infantil e algumas intervenções sociais específicas, permitiriam um decréscimo geral dos casos de nascimentos de crianças com deficiência mental.

Esclarece Ballone (2003) que os efeitos da deficiência mental entre as pessoas são diferentes, aproximadamente 87% dos portadores têm limitações apenas leves das capacidades cognitivas e adaptativas e a maioria deles pode chegar a levar suas vidas independentes e perfeitamente integradas na sociedade. Os 13% restantes pode ter

sérias limitações, mas em qualquer caso, com a devida atenção das redes de serviços sociais, também podem integrar-se na sociedade.

CLASSIFICAÇÃO

O atraso no desenvolvimento cognitivo ainda é visto como uma das principais características do sujeito portador de deficiência mental e que será responsável por desencadear a lentidão ou mesmo incapacidade para a aprendizagem. A esse respeito, a literatura tradicional foca-se em classificações de deficiência mental que tendem a contribuir para esta visão que os professores e a sociedade de modo em geral têm sobre o deficiente mental. Esse tipo de classificação para Carneiro (s/d) representa uma visão psicométrica da deficiência e apontam para prognósticos desanimadores, pois o foco do problema acaba sendo colocado no aluno, no seu desempenho, consolidando assim, o atraso cognitivo como característica individual e, conseqüentemente contribuindo para uma baixa expectativa dos educadores em relação a estes alunos.

A partir disso, veja-se o conceito de deficiência mental apresentado pela Política Nacional de Educação Especial, que procura distanciar-se da visão limitadora para o deficiente mental, adotando uma concepção multidimensional desta deficiência, proposta pela Associação Americana de Deficiência Mental:

[A deficiência mental] caracteriza-se por registrar um funcionamento intelectual significativamente abaixo da média, oriundo do período de desenvolvimento, concomitante com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade, nos seguintes aspectos: comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais, desempenho na família e comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, desempenho escolar, lazer e trabalho (BRASIL, 1994, p.15).

O DSM-IV (1994) baseando-se na capacidade funcional e adaptativa dos deficientes apresenta a seguinte classificação para deficiência mental:

- **Dependentes:** Geralmente QI abaixo de 25. Casos mais graves, nos quais é necessário o atendimento por instituições. Há poucas,

pequenas, mas contínuas melhoras quando a criança e a família estão bem assistidas.

- **Treináveis:** QI entre 25 e 75. São crianças que se colocadas em classes especiais poderão treinar várias funções, como: disciplina, hábitos higiênicos, etc. Poderão aprender a ler e a escrever em ambiente sem hostilidade, recebendo muita compreensão e afeto e com metodologia de ensino adequada.
- **Educáveis:** QI entre 76 e 89. A inteligência é dita “limítrofe ou lenta” e estas crianças podem permanecer em classes comuns, embora necessitem de acompanhamento psicopedagógico especial.

Para Ballone (2003) a classificação atual de deficiência mental, não mais aconselha que se considere o retardo leve, moderado, severo ou profundo, mais sim que seja especificado o grau de comprometimento funcional adaptativo, além disso, estes critérios qualitativos (adaptativos) constituem descrições mais funcionais e relevantes que o sistema quantitativo de rótulos em uso até agora.

CAUSAS E FATORES DE RISCO

Inúmeras causas e fatores de risco podem levar à deficiência mental, embora se ressalte que muitas vezes mesmo utilizando sofisticados recursos diagnósticos, não se chega a definir com clareza a etiologia da deficiência mental. Mas, o DSM-IV (1994) apresenta alguns fatores como sendo de risco e causadores desta deficiência, conforme abaixo:

- **Fatores de risco e causas pré-natais:** São fatores que incidirão desde a concepção até o início do trabalho de parto e podem ser: desnutrição materna, má assistência à gestante, doenças infecciosas na mãe (sífilis, rubéola, toxoplasmose), fatores tóxicos na mãe (alcoolismo, consumo de drogas), efeitos colaterais de medicamentos, poluição ambiental, tabagismo, fatores genéticos (alterações cromossômicas), alterações gênicas, etc;
- **Fatores de risco e causas peri-natais:** São os fatores que incidirão do início do trabalho de parto até o 30º dia de vida do bebê e podem ser: má assistência ao parto e traumas de parto, hipóxia ou anóxia (oxigenação cerebral insuficiente), prematuridade e baixo peso (PIG - Pequeno para idade Gestacional), icterícia grave do recém nascido;
- **Fatores de risco e causas pós-natais:** Aqueles que incidirão do 30º dia de vida até o final da adolescência e podem ser: desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação global, infecções (meningoencefalites, sarampo, etc.), intoxicações exógenas (envenenamento por remédios, inseticidas e produtos químicos), acidentes (trânsito, afogamento, choque elétrico, asfixia, quedas, etc), infestações (neurocisticercose, larva da Taenia Solium).

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.

DIAGNÓSTICO

Sempre que possível o diagnóstico da deficiência mental deve ser feito por uma equipe multiprofissional, composta pelo menos de um assistente social, um médico e um psicólogo. Tais profissionais, atuando em equipe, têm condições de avaliar o indivíduo em sua totalidade, ou seja, o assistente social através do estudo e diagnóstico familiar (dinâmica de relações, situação do deficiente na família, aspectos de aceitação ou não das dificuldades da pessoa, etc.) analisará os aspectos sócio culturais; o médico através da anamnese acurada e exame físico (recorrendo a avaliações laboratoriais ou de outras especialidades, sempre que necessário) analisará os aspectos biológicos e finalmente o psicólogo que, através da anamnese, observação e aplicação de testes, provas e escalas avaliativas específicas, avaliará os aspectos psicológicos e nível de deficiência mental. Posteriormente, em reunião, todos os aspectos devem ser discutidos em conjunto pelos profissionais que atenderem o caso, para as conclusões finais e diagnóstico global, bem como para a definição das condutas a serem tomadas e encaminhamentos necessários, sendo então a família chamada para as orientações devolutivas e encaminhamentos adequados.

Esses fatores devem ser levados em conta e, portanto adequadamente diagnosticados quando uma criança é suspeita de ter uma deficiência mental, para que assim seja submetida à avaliação de sua capacidade intelectual, permitindo a avaliação das possibilidades de inserção social, orientando a abordagem terapêutica e educacional adequada.

Contudo, conforme ressalta Verdugo (1994) mesmo avaliando-se todos os aspectos e fatores que envolvem a deficiência mental, o

diagnóstico da mesma 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 a deficiência.

PERSPECTIVA EDUCATIVA

O processo histórico revela que o portador de deficiência mental, em decorrência de conceitos, classificações, avaliações e diagnósticos da própria deficiência foi sendo alvo da construção de um indivíduo sem perspectivas de vida, colocado e mantido à margem, excluído, por desviar-se do padrão de “normalidade” social. No entanto, hoje esta é uma visão ultrapassada e inclusão é a palavra-chave do momento quanto à perspectiva para a prática pedagógica na Educação Especial de portadores de necessidades educativas especiais.

Para Martins (2003) a inclusão surge como um desafio para os portadores de necessidades educativas especiais, como é o caso dos portadores de deficiência mental, mas é uma proposta que visa oferecer oportunidades educacionais adequadas a estes indivíduos, que ao longo dos anos vem sofrendo com o processo de exclusão social. A inclusão seria uma forma de respeitar a diversidade, o diferente, incluindo todos dentro do universo escolar e social. O que, no entanto, pressupõe uma escola e profissionais que sejam capazes de atender às suas especificidades, suas dificuldades, trabalhando suas limitações e habilidades.

Mas, para tanto, propõem Vieira e Pereira (2003) que o currículo escolar para alunos com deficiência mental deve seguir os seguintes objetivos: - reforço da formação geral; desenvolvimento de aptidões

genéricas para a vida ativa e hábitos de trabalho; permitir ao aluno o máximo de desenvolvimento pessoal nas suas vertentes individual e social, respeitando o direito à diversidade; além de incidir nos aspectos físicos, afetivos e intelectuais de forma global, em cada momento evolutivo e em função dos diferentes contextos da vivência do aluno.

No mesmo entendimento, o MEC – Ministério da Educação (BRASIL, 1999) assim como Carvalho (2001) reconhecem na educação inclusiva a necessidade de que sejam realizadas adaptações curriculares, onde se deve ter atenção especial aos seguintes procedimentos: objetivos, conteúdos, avaliação, metodologia, organização didática, temporalidade e organização curricular. Tais adaptações devem visar as necessidades do aluno, podendo ser aplicadas conforme as necessidades identificadas nos alunos. Essas adaptações pautam-se também na LDB 9394/96 que reconhece que modificações curriculares devem ser implementadas sobre a perspectiva e ações focadas no trabalho educativo para o favorecimento do desenvolvimento do aluno.

Porém, Carvalho (2001) considera que adaptações na prática pedagógica tratam de uma questão um tanto quanto complexa e polêmica, por isso acredita que talvez seja preciso maior compreensão e comprometimento com a proposta inclusiva, seja na escola ou na sociedade. Segundo a autora, adequações curriculares não significa fazer currículo para este ou aquele tipo de aluno, mas sim uma forma de tratar com mais respeito os alunos que necessitam de respostas educativas diferenciadas, a partir de suas características.

Sendo assim, neste século, a perspectiva educativa para os portadores de necessidades educativas especiais, pautam-se em bases teóricas marxistas e no materialismo histórico-dialético, onde a educação surge como uma organização social, na sua base infra-estrutural (material, organização para a produção dos meios de subsistência) e superestrutural (idéias, ideologia, conhecimentos científicos, etc.), sendo que para que ocorram mudanças na educação, é necessário que estas ocorram na organização social. Mudanças que não

devem ocorrer apenas no sistema escolar, mas, sobretudo na organização social injusta (JANNUZI, 2006).

A esse respeito complementa Jannuzi (2006), que a educação surge como um fator de mediação, no sentido de que permite a realização das relações do homem com o outro homem, consigo mesmo e com o grupo. Serve como veículo capaz de constituir o ser humano na apropriação do legado histórico e cultural do grupo. O indivíduo se desenvolve de forma partilhada, mas não pré-determinada, a apropriação é essencialmente uma questão de pertencer e participar nas práticas sociais.

Com base ainda em Jannuzi (2006), entende-se que a escola configura-se como um espaço de contradições e neste, o professor deve ser o mediador do processo de aprendizagem, porém, com clareza de que sua prática mediadora, a qual deve se dar sob uma perspectiva crítica de que sujeito ele espera formar, mais do que como este sujeito deve fazer.

Reflexões realizadas por Padilha (2004) levam ao entendimento de que o homem é um ser histórico, que se constitui socialmente, sendo que a linguagem é o veículo dessa construção social. Estudos realizados por Bakhtin e Vygotsky apontam a palavra como instrumento favorecedor do jogo ideológico, logo, isso significa que a linguagem, a palavra usada com o portador de deficiência mental não só o está representando, mas o está afirmando, está fazendo com que ele se torna aquilo que dizem.

Salienta Padilha (2004) que existe um discurso de impossibilidades associado ao portador de deficiência mental e qualquer outro portador de necessidades educativas especiais, e isso deve ser mudado, principalmente quando esse discurso ocorre na escola, professores devem assumir seu papel de mediador e destituir-se do papel perpetuador de estigmas e estereótipos que servem como elementos afirmadores da condição de incapacitados e excluídos dos portadores de deficiências.

No atendimento à perspectiva mediadora e desafiadora para a educação de portadores de deficiência mental, Ferreira (2007) considerando a importância e a amplitude da questão, expõe que é necessário inserir a criança portadora de deficiência mental desde a mais tenra idade, em situações significantes de cultura, no sentido de que desta forma poderá estar construindo ou reconstruindo relações sociais e a linguagem, que na visão da autora, um fenômeno muito mais complexo que a língua e que envolve dimensões dialógica e ideológica, que estão presentes na pluralidade de vozes que constituem o sujeito.

A partir disso, Ferreira (2007) propõe que se adote o letramento como princípio organizador da adaptação da proposta curricular no ensino básico para alunos com deficiência intelectual. Explica a autora, que o letramento é um objeto de natureza eminentemente lingüística, o que lhe confere mais riqueza e possibilidades na constituição humana e no desenvolvimento das funções psicológicas superiores dos alunos, principalmente no desenvolvimento escolar. Na proposta curricular e na escola, o letramento tem função social e visa a inserção nos processos de ensino, o que coloca a adaptação curricular para alunos com deficiência intelectual no mesmo registro das atividades de ensino para todos os demais alunos. Salienta também Ferreira (2007) que o letramento deve ser concebido numa perspectiva curricular transdisciplinar, por apresentar uma grande flexibilidade pedagógica, o que é necessário ao desenvolvimento escolar dos alunos na diversidade com se apresentam no cotidiano da sala de aula.

Nesta perspectiva, cita-se Lúria (apud FERREIRA, 2007, p. 106): “as crianças [...] ao adquirirem os métodos e os hábitos de aprendizagem da escola, desenvolvem as suas capacidades, compensam as deficiências e realizam o seu potencial de desenvolvimento mental”. Com esta citação, tem-se que o letramento representa um processo que viabiliza a imersão do sujeito e práticas sociais, e através da escrita ou outras formas icônicas, como sistema simbólico, para tornar significativas as práticas discursivas, nas quais concorrem diferentes níveis de habilidades de ler e escrever.

A esse respeito refere Soares (apud FERREIRA, 2007, p. 107):

[...] não é um atributo unicamente ou essencialmente pessoal, mas é, sobretudo, uma prática social: letramento é o que as pessoas fazem com as habilidades de leitura e escrita, em um contexto específico e, como essas habilidades se relacionam com as necessidades, valores e práticas sociais [...] é o conjunto de práticas sociais ligadas à leitura e à escrita em que os indivíduos se envolvem em seu contexto social.

Mas, destaca-se que no universo do letramento, este vai além do domínio de leitura e escrita, corresponde a uma dimensão social transformadora da realidade humana e do próprio indivíduo. Apresenta-se como uma alternativa, ou instrumento educativo capaz de orientar o percurso educacional de forma a viabilizar as condições de educação necessárias ao muito do que tais alunos podem vir a ser.

REFERÊNCIAS

ALONSO, M. Á. V. **APORTACIONES DE LA DEFINICIÓN DE RETRASO MENTAL (AAMR, 2002) A LA CORRIENTE INCLUSIVA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.** (2006). Disponível em: <<http://www.sid.usal.es>>. Acesso em 10 janeiro de 2007.

ALMEIDA, M. A. **APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS DEFINIÇÕES DE DEFICIÊNCIA MENTAL PROPOSTAS PELA AAMR** – Associação Americana de Retardo Mental de 1908 a 2002. In: Revista de Educação da Universidade Católica de Campinas, nº 16, São Paulo, p. 33-48, junho de 2004.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DEFICIÊNCIA MENTAL – AAMR. In: BALLONE, G. J. **DEFICIÊNCIA MENTAL.** Psiq web. (2002). Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/dm1.html>> Acesso em 12 de janeiro de 2007.

BALLONE, G. J. **DEFICIÊNCIA MENTAL**. Psiq web. (2003). Disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/dm1.html>> Acesso em 01 de dezembro de 2007.

BRASIL. SALTO PARA O FUTURO: **EDUCAÇÃO ESPECIAL: TENDÊNCIAS ATUAIS**/Secretaria de Educação a Distância. Brasília: Ministério da Educação, SEED, 1999.

BRANDI, F. **DEFICIÊNCIA MENTAL**. (2006). Disponível em: <<http://www.ceismael.com.br>>. Acesso em 20 de janeiro de 2007.

D'ANTINO. M. E.F. **A máscara e o rosto da instituição especializada**: marcas que o passado abriga e o presente esconde. São Paulo: Memnon, 1988.

ANAIS. **ENCONTRO DAS APAES DO PARANÁ** (40: 2001). Apucarana-Pr. Org. Maria Amélia Almeida. Apucarana: Margraff, 2001.

CARVALHO, R. E. **O PROCESSO DE EDUCAÇÃO INCLUSIVA: COM OS PINGOS NOS "is"**. In. ENCONTRO DAS APAES DO PARANÁ (40: 2001). Apucarana-Pr. Org. Maria Amélia Almeida. Anais. Apucarana: Margraff, 2001, p. 35-52.

JANNUZI, G.M. **A EDUCAÇÃO DO DEFICIENTE NO BRASIL: DOS PRIMÓRDIOS AOS INÍCIO DO SÉCULO XXI**. 2. ed., Campinas-SP: Autores Associados, 2006. (Coleção educação contemporânea).

KASSAR, M.C.M. **DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA E EDUCAÇÃO NO BRASIL: DISCURSO E SILÊNCIO NA HISTÓRIA DE SUJEITOS**. Campinas-SP: Autores Associados, 1999.

BATISTA, D. **MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. DSM-IV**. Trad. de Dayse Batista. 4. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MARQUEZINE, M. C.; ALMEIDA, M.A.; TANAKA, E.D.O. **PROCEDIMENTOS DE ENSINO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL**. Londrina: Eduel, 2003.

MARQUEZINE, M.C. et al. **INCLUSÃO**. Londrina: Eduel, 2003.

MARTINS, J. de S. **A SOCIEDADE VISTA DO ABISMO: NOVOS ESTUDOS SOBRE EXCLUSÃO, POBREZA E CLASSES SOCIAIS**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE**. CID 10, São Paulo: EDUSP, 2001.

PADILHA. A.M.L. **POSSIBILIDADES DE HISTÓRIAS AO CONTRÁRIO OU COMO DESENCAMINHAR O ALUNO DA CLASSE ESPECIAL**. 3. ed., rev. e ampl., São Paulo: Plexus Editora. 2004.

PADILHA. A.M.L.. **PRÁTICAS PEDAGÓGICAS NA EDUCAÇÃO ESPECIAL**. 3. ed., Campinas-SP: Autores Associados, 2007. (Coleção educação contemporânea).

ROUCEK, J. **A CRIANÇA EXCEPCIONAL**. São Paulo: Ibrasa, 1968.

VERDUGO, M. Al. **EL CAMBIO DE PARADIGMA EN LA CONCEPCION DEL RETRASO MENTAL: LA NUEVA DEFINICION DE LA**. 1994.

VIEIRA, F.D.; PEREIRA, M.C. **“SE HOUVERA QUEM ME ENSINARA...”**. A educação de pessoas com deficiência mental. 2. ed., Fundação Calouste Gulbenkian. Serviço de Educação, 2003.

EDUCAÇÃO E DEFICIÊNCIA VISUAL

INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE DEFICIÊNCIA VISUAL: CONCEITOS E SIGNIFICADOS



Professora PDE: Marina Ortega Pitta

O mundo em que vivemos é repleto de estímulos visuais caracterizados por uma grande diversidade de cores, formas, tamanhos e outros detalhes de caráter mais complexo – dentre os quais podem ser destacados profundidade, perspectiva, luminosidade do campo visual.

É preciso levar em conta que “a formação da imagem visual depende de uma rede integrada de estrutura complexa, da qual os olhos são apenas uma parte, envolvendo aspectos fisiológicos, função sensório-motora, perceptiva e psicológica” (ARANHA, 2005, p.13).

A visão permite-nos unificar de forma rápida e contínua a informação recebida pelos outros sentidos¹⁶. Os olhos vêem as imagens que irão ser processadas no cérebro e, de modo geral, as pessoas com dificuldades visuais são classificadas em dois grupos principais: cegos e com visão parcial ou reduzida.

A delimitação do grupo de deficientes visuais é dada por critérios médicos específicos presentes em duas escalas oftalmológicas baseadas na *acuidade visual*, ou seja, aquilo que se vê a determinada distância e no *campo visual*, isto é, a amplitude da área alcançada pela visão.

No âmbito educacional, Aranha (2005, p. 16) destaca, ainda, que pessoas com o “mesmo grau de acuidade apresentam diferentes níveis de desempenho visual e [que existe] a necessidade de relacionar a

¹⁶ CONDE, António João Menescal – Chefe de Gabinete do Instituto Benjamin Constant. Disponível em <http://www.es-sao-joao-estoril.com/alunoscegos/ficheiroshtml/deficiencia.htm> Acesso em 23 nov. 2007.

utilização máxima da visão residual com o potencial de aprendizagem”. Por isso, a *avaliação funcional* foi enfatizada por Faye e Barraga (1982, apud BAUMEL; CARVALHO, 2007), caracterizando uma observação criteriosa da capacidade e do desempenho visual de cada um no contexto escolar.

Nesta perspectiva, os profissionais da educação devem ser mobilizados para o estabelecimento e a implementação de programas adequados para possibilitar maior eficiência da visão subnormal, frente às reais capacidades e necessidades no âmbito da sala de aula. É relevante, também, o trabalho multiprofissional com alternativas para trocas de experiências e reflexões sobre as práticas adotadas para as intervenções educativas junto ao escolar com visão subnormal (BAUMEL; CARVALHO, 2007).

CONCEITO

Em 1966, a Organização Mundial de Saúde (OMS) registrou sessenta e seis diferentes definições de cegueira¹⁷. Para simplificar o assunto, um grupo de estudos sobre a Prevenção da Cegueira da OMS, em 1972, propôs normas para essa definição e para uniformizar as anotações dos valores de acuidade visual. Nessa mesma época, foi introduzido o uso do termo *visão subnormal* ('*low vision*', em língua inglesa).

O termo deficiência visual refere-se a uma situação irreversível de diminuição da resposta visual, em virtude de causas congênitas ou adquiridas, mesmo após tratamento clínico e/ou cirúrgico e uso de óculos convencionais. Essa diminuição da resposta visual pode ser leve, moderada, severa ou profunda (nos casos que compõem o grupo de pessoas com *visão subnormal* ou *baixa visão*) e pode, ainda, representar ausência total da resposta visual (*cegueira*).

Segundo a Organização Mundial de Saúde/OMS (Bangkok, 1992)¹⁸, o indivíduo com *baixa visão* ou *visão subnormal* é aquele que apresenta

¹⁷ Op cit.

¹⁸ <http://www.entreamigos.com.br/textos/defvisu/defvisu.htm> Acesso em 23 nov. 2007.

diminuição das suas respostas visuais – mesmo após tratamento e/ou correção óptica convencional – e uma acuidade visual menor que 6/18 à percepção de luz (isto é, capacidade de ver algo a 6 metros de distância ao invés de 18 metros), ou um campo visual menor que 10 graus do seu ponto de fixação, mas que usa ou é potencialmente capaz de usar a visão para o planejamento e/ou execução de uma tarefa.

Em contrapartida, para uma compreensão mais coerente, Conde mostra que “o termo cegueira não é absoluto, [...] não significa, necessariamente, total incapacidade para ver, mas sim, prejuízo dessa aptidão a níveis incapacitantes para o exercício de tarefas rotineiras” que exigem o uso da visão.

Com um pouco mais de detalhes, este autor ressalta que

Falamos em cegueira parcial (também dita LEGAL ou PROFISSIONAL). Nessa categoria estão os indivíduos apenas capazes de CONTAR DEDOS a curta distância e os que só PERCEBEM VULTOS. Mais próximos da cegueira total, estão os indivíduos que só têm PERCEPÇÃO e PROJEÇÃO LUMINOSAS. No primeiro caso, há apenas a distinção entre claro e escuro; no segundo (projeção) o indivíduo é capaz de identificar também a direção de onde provém a luz. A cegueira total ou simplesmente AMAUROSE, pressupõe completa perda de visão. A visão é nula, isto é, nem a percepção luminosa está presente. No jargão oftalmológico, usa-se a expressão 'visão zero'. Uma pessoa é considerada cega se corresponde a um dos critérios seguintes: a visão corrigida do melhor dos seus olhos é de 20/200 ou menos, isto é, se ela pode ver a 20 pés (6 metros) o que uma pessoa de visão normal pode ver a 200 pés (60 metros), ou se o diâmetro mais largo do seu campo visual subentende um arco não maior de 20 graus, ainda que sua acuidade visual nesse estreito campo possa ser superior a 20/200. Esse campo visual restrito é muitas vezes chamado "visão em túnel" ou "em ponta de alfinete", e a essas definições chamam alguns "cegueira legal" ou "cegueira econômica". (Grifos do autor. Disponível em <http://www.es-sao-joao-estoril.com/alunoscegos/ficheiroshtml/deficiencia.htm>).

Estes conceitos, apresentados a fim de possibilitar uma compreensão mais adequada da deficiência visual, remetem a aspectos mais amplos referentes a classificação, informações estatísticas e causas mais relevantes dos quadros identificados, bem como a questões relacionadas aos aspectos pedagógicos que dizem respeito ao atendimento específico das necessidades educacionais apresentadas em cada situação.

CLASSIFICAÇÃO

Há vários tipos de classificação da deficiência visual, devendo ser destacados os que se baseiam nos seguintes critérios:

- De acordo com a *intensidade*: leve, moderada, profunda, severa e perda total da visão;
- De acordo com o *comprometimento de campo visual*: central, periférico e sem alteração;
- De acordo com a *idade de início*: congênita ou adquirida;
- Além disso, se estiver *associada a outro tipo de deficiência*, como surdez, por exemplo, pode ser múltipla.

Pedagogicamente, delimita-se como *cega* aquela pessoa que, mesmo possuindo visão subnormal, necessita de aprender Braille (sistema de escrita por pontos em relevo) e como *portador de visão subnormal* aquele indivíduo que lê tipos impressos ampliados ou com o auxílio de potentes recursos ópticos. Estas pessoas requerem educação por meio de métodos que não impliquem o uso da visão.

DADOS ESTATÍSTICOS

De acordo com a OMS, cerca de 1% da população mundial apresenta algum grau de deficiência visual, sendo que mais de 90% dessas pessoas encontram-se nos países em desenvolvimento. Nos países desenvolvidos, a população com deficiência visual é composta por cerca de 5% de crianças, enquanto os idosos são 75% desse contingente. Dados específicos de cada país não estão disponíveis e/ou inexistem estatísticas oficiais.

CAUSAS

De maneira genérica, é possível considerar que, nos países em desenvolvimento, a deficiência visual é causada principalmente por

fatores relacionados a infecções, desnutrição grave, traumas diversos e doenças como a catarata – acentuados pela precariedade nas áreas de saúde e de assistência social. Nos países desenvolvidos são mais importantes as causas genéticas e degenerativas.

As causas da deficiência visual podem ser divididas também em congênitas/genéticas e adquiridas.

- Causas *congênitas/genéticas*: amaurose congênita de Leber, malformações oculares, glaucoma congênito, catarata congênita.
- Causas *adquiridas*: traumas oculares, catarata, degeneração senil de mácula, glaucoma, alterações retinianas relacionadas à hipertensão arterial ou à diabetes.

FATORES DE RISCO

- Histórico familiar de deficiência visual por doenças de caráter hereditário (por exemplo, glaucoma).
- Histórico pessoal de diabetes, hipertensão arterial e outras doenças sistêmicas que podem levar ao comprometimento visual (por exemplo, esclerose múltipla).
- Senilidade (por exemplo, catarata, degeneração senil de mácula).
- Não realização de cuidados pré-natais e prematuridade, principalmente no uso de incubadoras.
- Não utilização de óculos de proteção durante a realização de determinadas tarefas (por exemplo, durante o uso de solda elétrica).
 - Não imunização contra rubéola da população feminina em idade reprodutiva, o que pode levar a uma maior chance de rubéola congênita e conseqüente acometimento visual.

IDENTIFICAÇÃO

A seguir, são detalhados alguns sinais característicos da presença da deficiência visual, os quais podem ser identificados tanto em

crianças bem pequenas ainda, como em jovens e adultos mais velhos. O essencial é a atenção necessária a tais sinais o mais precocemente possível, facilitando a busca de diagnóstico e tratamento mais adequado – e, muitas vezes, a evitação de danos mais acentuados.

Assim, podem ser observados:

- Na *criança*: desvio de um dos olhos, não seguimento visual de objetos, não reconhecimento visual de familiares, baixo aproveitamento escolar, atraso de desenvolvimento;
- No *adulto*: borramento súbito ou paulatino da visão;
- Em *ambos*: vermelhidão, mancha branca nos olhos, dor, lacrimejamento, sensação de “*flashes*”, retração do campo de visão – o que pode provocar esbarrões e tropeços em móveis.

Em todos os casos, deve ser realizada, em caráter de urgência, a avaliação oftalmológica para o processo de diagnóstico e a iniciação rápida de possíveis tratamentos.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico específico de deficiência visual é obtido através do exame realizado pelo oftalmologista – que pode, para isso, lançar mão de exames subsidiários. Nos casos em que a deficiência visual está caracterizada, deve ser realizada avaliação por oftalmologista *especializado em baixa visão*, que fará a indicação de auxílios ópticos especiais e orientará a sua adaptação e acompanhamento, bem como indicará a necessidade de apoio educacional específico.

Neste caso, também, a avaliação pedagógica especializada possibilitará a organização do programa mais adequado às necessidades do aluno e as estratégias de acompanhamento familiar e escolar desse processo educacional.

ALGUMAS SUGESTÕES DE COMO TRABALHAR COM A PESSOA CEGA E COM BAIXA VISÃO

Aranha (2005) destaca que, em alguns casos, a alteração visual pode estar presente, sem caracterizar deficiência visual, mas necessitando de uma atenção por parte de todos os que convivem com a criança. Os problemas mais comuns deste tipo na infância são: hipermetropia, miopia, astigmatismo, ambliopia e estrabismo, sendo essencial a detecção e o tratamento o mais precocemente possível, com intervenção clínica adequada para tais situações. Para as situações em que ocorre ambliopia e estrabismo, a orientação de conduta de oclusão bem como o tratamento e o controle são de responsabilidade exclusivamente do oftalmologista e da família, cabendo ao professor a orientação da perseverança e da consistência na conduta.

Quanto aos casos em que a pessoa apresenta cegueira ou baixa visão, a importância das intervenções educacionais se soma às indicações dadas pelo oftalmologista. Portanto, a ação de pais e professores deve incluir o oferecimento de oportunidades adequadas ao desenvolvimento dos sentidos remanescentes – tato, audição, olfato e paladar – e o uso de recursos ópticos e estratégias pedagógicas para o atendimento social e educacional, atividades de vida diária e orientação e mobilidade, além do domínio e do uso do sistema Braille para leitura e escrita (ARANHA, 2005).

Algumas sugestões são aqui destacadas, resumidamente, em relação aos principais recursos ópticos e estratégias pedagógicas mais comuns para atendimento às necessidades de cada aluno, a depender do quadro apresentado:

- Atrofia óptica: lupas manuais de altas dioptrias, alto nível de iluminação com filtro para potencializar contraste e diminuir reflexão e brilho, contraste e ampliação (dependendo da alteração do campo), porta texto e caderno de pauta ampliada ou reforçada etc., associados a ações que favoreçam o desenvolvimento de consciência visual e a ampliação do repertório visual;

- Nistagmo: lentes prismáticas ou esferoprismáticas, lupas de régua, lentes manuais ou de apoio, entre outros recursos, associados à utilização de pistas visuais para melhor organização do campo gráfico (guias para leitura);
- Córioretinite: óculos de correção refracional comum, lentes bifocais, lupas manuais ou de mesa para magnificação, sendo que o professor de vê ajudar o aluno a encontrar melhor posição e distância em relação à lousa, bem como organizar o campo gráfico de acordo com suas necessidades;
- Retinose pigmentar: alto nível de iluminação, ampliação e potencialização de contrastes com filtro amarelo, lupa manual até 11 dioptria;
 - Retinoblastoma: recursos de alta iluminação, controle de luz por *dimmer* e potencialização de contrastes, uso de lápis ou canetas fluorescentes, lentes escurecidas etc.;
 - Glaucoma: iluminação potente sem reflexo e brilho, lupa de mesa com iluminação e lupas manuais, alto contraste e filtros, indicados para um melhor desempenho visual e adaptação para o trabalho visual;
 - Catarata: lente de contato ou óculos, lupa de mesa iluminada, lupas manuais tipo régua e controle de iluminação no ambiente com luminárias de foco dirigível.

Um material rico em informações a respeito de cada um dos casos que podem ser diagnosticados entre as pessoas com problemas visuais e os recursos necessários ao atendimento mais adequado pode ser encontrado em Aranha (2005) e em outros documentos elaborados pelo MEC e pela própria SEED/PR, conforme as referências apresentadas neste trabalho.

REFERÊNCIAS

ARANHA, M. S. F. (org.). **DESENVOLVENDO COMPETÊNCIAS PARA O ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES EDUCACIONAIS DE ALUNOS CEGOS E DE ALUNOS COM BAIXA VISÃO**. Brasília: MEC/SEESP, 2005.

BAUMEL, R.C.R.de C.; CARVALHO, K. M. M. de. *Disciplina EDM5014: VISÃO SUBNORMAL E EDUCAÇÃO*. [PROPOSTA] USP: CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO ESPECIAL. Disponível em <<https://sistemas.usp.br/fenixweb/fexDisciplina?sgldis =ED M 5014>>. Acesso em 28 nov. 2007.

CONDE, A. J.M. **DEFICIÊNCIA VISUAL**. Disponível em <<http://www.es-sao-joao-estoril.com/alunoscegos/ficheiroshtml/deficiencia.htm> > Acesso em 23 nov. 2007.

ENTRE AMIGOS. **INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE DEFICIÊNCIA VISUAL**. Disponível em <http://www.entreamigos.com.br/textos/defvisu/defvisu.htm> Acesso em 23 nov. 2007.

PARANÁ. Secretaria de Educação Especial. Departamento de Inclusão Educacional. **O CURRÍCULO E A EDUCAÇÃO ESPECIAL: FLEXIBILIZAÇÃO E ADAPTAÇÕES CURRICULARES PARA ATENDIMENTO ÀS NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS**. Disponível em <<http://www.diadiaeducacao.pr.gov.br/portals/portal/institucional/dee/.php>>. Acesso em 26 nov.2007.

EDUCAÇÃO E O TDA/H

O PROCESSO DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DO ALUNO COM TDA/H NA ESCOLA PÚBLICA



Prof. Vera Lúcia Sanchez

A inclusão surge no cenário educacional como uma nova perspectiva que envolve a escola, o corpo docente e a necessidade de rever concepções a respeito da educação, do ato de ensinar, as metodologias e técnicas necessárias e do aprender. Com ela emerge vários questionamentos sobre o que fazer e como fazer, exigindo da escola, o real cumprimento de seu dever: proporcionar uma educação para todos. O atendimento reforça o trabalho pedagógico realizado nas escolas públicas, onde, nem sempre, estes alunos conseguem sucesso e avanço escolar.

Cabe então, a escola, a equipe pedagógica e ao professor regente de classe regular questionar-se sobre os saberes necessários para trabalhar com crianças com necessidades educacionais especiais, considerando que não dispõem de formação para tal, mas que a inclusão os impelem a essa busca constante de novos conhecimentos, técnicas a aperfeiçoamento.

Aos profissionais professores, os envolvidos diretamente com a inclusão dos alunos com hiperatividade, cabe a tarefa de deixar o estigma do que sabem sobre hiperatividade, deixar o velho professor de lado, mas apropriarem-se do novo, da estimulação que uma inclusão oferece ao profissional, que o faz ser melhor, não só com o incluído, mas com a turma toda, pois a partir de novos conhecimentos, novas técnicas, novos desafios, todos ganham e o professor, torna-se realmente um profissional competente. Cabe então aos profissionais a longa tarefa de reconquistar o espaço dentro e fora da sala de aula, nesta jornada inclusiva.

É sempre bom lembrar que um mesmo aluno indisciplinado com um professor nem sempre é indisciplinado com os outros. Isso também se aplica ao aluno hiperativo porque dependendo da metodologia e estratégias que o professor usa em sala de aula, consegue fazer este aluno produzir e obter conteúdos. Temos que ter ciência do que seja indisciplina, falta de limites e do que seja hiperatividade, para depois olharmos os alunos em sala de aula, e termos consciência do papel que ele está exercendo no momento.

PATTO (1997) fala sobre o rendimento escolar e o diagnóstico dos alunos:

[...] o rendimento escolar não pode ser entendido sem que se leve em conta a relação entre a lógica das práticas escolares e as atitudes e comportamentos comumente tomados como “indisciplina”, “desajustamento”, “distúrbio emocional”, “hiperatividade”, “apatia”, “disfunção cerebral mínima”, “agressividade”, “deficiência mental leve” e tantos outros rótulos caros a professores e psicólogos.

[...] Encaminhar para diagnóstico os alunos que não correspondem às expectativas de rendimento e de comportamento que vigoram nas escolas é um anseio de professores, técnicos e administradores escolares que um número crescente de psicólogos tem ajudado a realizar. (PATTO 1997, p. 65)

Quase sempre se imagina que é necessário os alunos apresentarem previamente um conjunto de ações disciplinadas como: ser obediente, permanecer em silêncio, permanecer no lugar, etc. para, então, o professor poder iniciar seu trabalho. E esse é um equívoco sério, porque, em nome dele, perde-se um tempo precioso tentando-se disciplinar os hábitos discentes. Mas, se o aluno é hiperativo e isso é inerente à sua vontade, existe uma fórmula mágica de fazer com que ele domine seus impulsos e permaneça obediente, em silêncio para poder aprender? E, somente os alunos que apresentam este comportamento adquirem conhecimento acadêmico suficiente para vencer os anos escolares?

A inclusão/exclusão e o problema dos alunos que apresentam Hiperatividade. Trata-se de um distúrbio recente ou um modismo de diagnóstico?

Segundo a ABDA¹⁹, o termo Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade, foi descrito pela primeira vez em 1902. A partir desta data, já recebeu diversas denominações. As mais conhecidas foram: Síndrome da criança hiperativa, lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima, transtorno hipercinético.

CABRAL²⁰ (1994, s.d.) coloca que:

O termo oficialmente adotado pela Associação Americana de Psiquiatria foi o de Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, significando a barra inclinada que o problema pode ocorrer com ou sem o componente de hiperatividade, outrora considerado o sintoma mais importante e definidor do quadro. Os diversos estudos realizados têm demonstrado que esse transtorno ocorre em cerca de 3 a 7% das crianças, sendo aproximadamente 3 vezes mais freqüente em meninos que em meninas. Nas meninas prevalece o tipo clínico em que predomina a desatenção, sem evidência importante da hiperatividade. Na idade adulta, foi encontrado em 4% das pessoas. (CABRAL, 1994, s.d.)

A ABDA explica o que seja o é a hiperatividade

O (TDAH) é um transtorno neurobiológico. As causas são genéticas e aparece na infância e freqüentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Ele se caracteriza por sintomas de desatenção, inquietude e impulsividade. Ele é chamado às vezes de DDA (Distúrbio do Déficit de Atenção). Em inglês, também é chamado de ADD, ADHD ou de AD/HD. Ele é reconhecido oficialmente por vários países e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em alguns países, como nos Estados Unidos, portadores de TDAH são protegidos pela lei quanto a receberem tratamento diferenciado na escola.

A ABDA define o hiperativo como

O distúrbio infantil mais comum e é tido como a principal causa de fracasso escolar. Até a poucos anos achava-se que no final da adolescência os sintomas do TDA/H iriam regredindo com ou sem tratamento, e que o adulto ficaria livre das características que apresentava quando criança.

Analisando a inclusão de alunos com diagnóstico de TDA-H percebe-se que é preciso estar atento que não é um diagnóstico médico enviado a escola que tem o poder de transformar a vida escolar do aluno, principalmente no caso dos alunos com Hiperatividade. É preciso observar as necessidades educacionais que este aluno precisa e não exigir dele um comportamento que não pode corresponder.

¹⁹ ABDA - Associação Brasileira do Déficit de Atenção - Disponível em <http://www.tdah.org.br>
Acesso em 02/04/07

²⁰ Dr Sérgio Bourbon Cabral. Presidente da ABDA. Médico Psiquiatra. Ex-professor de Psicologia Médica e Psiquiatria da FM de Campos-RJ. Disponível em http://www.mentalhelp.com/Espirito_Santo.htm. Acesso em 01/10/07

PATTO (1997) argumenta:

O fato de invariavelmente aprovarem a crença dos educadores de que há algo errado com o aprendiz mostra uma significativa convergência das visões técnico-científica e do senso comum. Tudo se passa como se o professor e psicólogo se aliassem no pressuposto de que o aluno que não se adapta às imposições escolares é portador de alguma anormalidade, restando apenas consultar os testes, para supostamente descobrir qual (PATTO (1997, p.67).

Também é preciso cuidar dos rótulos que os alunos chegam às salas e que são enumerados por professores de anos anteriores, que lhes colocam uma marca e esta é repassada sem dar margem para que o aluno possa mostrar suas capacidades, sua personalidade, sua maneira de aprender, mesmo que seja diferenciada. Cabe ao professor buscar os meios que favoreçam a aprendizagem deste aluno, inteirar-se sobre o assunto e procurar técnicas e adequações que resolvam os problemas de aprendizagem e comportamento que se apresentam na sala.

JANNUZZI (2004) aponta que:

Em vez de focalizar a deficiência da pessoa, enfatiza o ensino e a escola, bem como as formas e condições de aprendizagem: em vez de procurar, no aluno, a origem de um problema, define-se pelo tipo de resposta educativa e de recursos e apoios que a escola deve proporcionar-lhe para que obtenha sucesso escolar; por fim, em vez de pressupor que o aluno deva ajustar-se à padrões de “normalidade” para aprender, aponta para a escola o desafio de ajustar-se para atender à diversidade de seus alunos. (JANNUZZI (2004, p. 20)

Sobre a família, AQUINO (1997) afirma:

Famílias que não estariam suficientemente preparadas para a difícil tarefa de educar; famílias cujos responsáveis não supervisionam atentamente a conduta de sua prole; famílias que não promovem uma rotina estável que favoreceria aos filhos a aquisição de hábitos virtuosos e outros morais; enfim, famílias “desestruturadas” – eis o diagnóstico reiterado pela grande maioria dos profissionais da educação para justificar a indisciplina de parte do alunado (AQUINO 1997, p. 41).

O professor é muito importante no que diz respeito a identificação da dificuldade ou da hiperatividade. Mas, cabe ao profissional médico, a solicitação de sua participação na apuração do diagnóstico, o que na maioria das vezes não acontece. Na busca por

solução rápida, os profissionais (nem sempre especialistas), entregam um diagnóstico aos pais e a partir deste, tudo se justifica como mudança de comportamento ou de aprendizagem, porém, na maioria das vezes, o aluno fica rotulado, sofrendo por um diagnóstico que não é real e que acaba por atrapalhar ao invés de ajudar na sua vida acadêmica. Aquele aluno que não adquire conhecimento como os colegas, deve ser identificado e acompanhado de perto pelos professores, equipe pedagógica, mas sem deixar que isso crie uma diferenciação na sala.

Vamos conhecer um pouco mais sobre este distúrbio TDA/H que está tão presente nas escolas. Conceituando o TDA/H

Segundo a ABDA, o TDA/H é:

Um distúrbio habitualmente de longa duração (freqüentemente se estendendo até a idade adulta, como acabamos de dizer) que se manifesta por três grupos de sintomas: desatenção, hiperatividade e impulsividade. É evidente que esses sintomas são inespecíficos, podendo ser encontrados em uma grande variedade de outros transtornos, como também fazendo parte da vida psíquica normal, em alguns momentos. Na verdade, o TDA/H não é simplesmente uma deficiência de atenção, como a denominação pode fazer pensar. Caracteriza-se também como um distúrbio do desenvolvimento adequado da inibição e da modulação das respostas, melhor dizendo, do autocontrole.

Em 1980 o DSM-III²¹ passou a utilizar a denominação Distúrbio do Déficit de Atenção e, com essa mudança, o transtorno não foi mais obrigatoriamente associado à hiperatividade, mas sim, às dificuldades de atenção. É preciso estar atento para não confundir o TDA/H com outros distúrbios. Ballone (1994) apresenta alguns aspectos

A hiperatividade se manifesta como uma espécie de reatividade psicomotora exagerada aos estímulos, uma desinibição da resposta motora, ou uma deficiência no controle da psicomotricidade. Nos adultos a hiperatividade pode ser bem menos marcante que nas crianças. Na adolescência, a hiperatividade diminui, enquanto que o déficit de atenção, a impulsividade e a desorganização permanecem como os sintomas predominantes.

Os sinais da hiperatividade observados em adultos e em grau capaz de comprometer a adaptação e o desenvolvimento costumam ser os seguintes:

- Apresenta uma sensação subjetiva constante de inquietação ou ansiedade, com dificuldade em brincar ou praticar qualquer atividade de lazer sossegadamente;

²¹ DSM-III - classificação norte-americana de transtornos mentais

- Busca freqüentemente situações estimulantes, muitas vezes que implicam risco, podendo correr ou subir em locais inadequados.
- Costuma fazer diversas coisas ao mesmo tempo, como, por exemplo, ler vários livros;
- Está sempre mexendo com os pés ou as mãos ou se revira na cadeira;
- Fala quase sem parar, e tem tendência a monopolizar as conversas;
- Mostra necessidade de estar sempre ocupado com alguma coisa, com freqüência está preocupado com algum problema seu ou de outra pessoa, freqüentemente está muito ocupado ou freqüentemente age como se estivesse "elétrico";
- Não permanece sentado por muito tempo, levanta-se da cadeira na sala de aula ou em outras situações nas quais o esperado é que ficasse sentado.

O QUE SABER SOBRE O DIAGNÓSTICO DO TDA/H

O diagnóstico desse transtorno é eminentemente clínico. O mal que acontece hoje nestes diagnósticos, é que nem sempre, ou na maioria delas, pelo atendimento a saúde pública no Brasil, o médico não solicita estas informações, e até mesmo numa primeira consulta, tendo ouvido somente uma pessoa, ele entrega o diagnóstico de hiperatividade.

Ballone (1994) explica que

Normalmente o diagnóstico começa pela eliminação outras patologias ou problemas sócio/ambientais, possivelmente causadoras dos sintomas. Além disso, os sintomas devem, obrigatoriamente, trazer algum tipo de dificuldade na realização de tarefas ou devem causar algum tipo de impedimento para a realização de tarefas.

A idade e a forma do surgimento dos sintomas também são importantes, devendo ser investigados, já que no TDAH, a maioria dos sintomas está presente na vida da pessoa há muito tempo, normalmente desde a infância. Portanto, por se tratar de um transtorno de natureza crônica e atrelado à constituição da pessoa, os sintomas de dificuldade de atenção/concentração ou hiperatividade semelhantes ao TDAH mas que apareçam de repente, de uma hora para outra, tem uma grande possibilidade de NÃO serem TDAH.

Para que se considere um TDAH, os sintomas devem se manifestar em vários ambientes (escola, casa, viagens, etc...). Os sintomas que só aparecem em um ambiente, como por exemplo, só em casa, só na escola, só quando sai de casa... etc., devem ser investigados com mais cuidado, para se verificar se não são de origem psicológica.

A criança com TDAH deve aparentar uma inteligência normal. Trabalhos escolares e testes de inteligências tendem a produzir "falsos positivos" para retardo mental em crianças com TDAH, devido à dependência destas atividades na atenção da criança.

Ballone (2000) explica que o tratamento do TDA/H é um trabalho para uma equipe e explica que o tratamento se compõe de três aspectos que pode ser efetivo em longo prazo. Baseia-se fundamentalmente em três premissas:

QUADRO 1. PREMISSAS PARA O TRATAMENTO DO TDA/H

Disponível em Ballone GJ - Distúrbio de Déficit de Atenção por Hiperatividade - in. PsiqWeb Psiquiatria Geral. Internet (<Disponível em <http://sites.uol.com.br/gballone /infantil/tdah.htm> 2002>)

1. Adequação das opções educativas

- Um ambiente muito bem estruturado ajuda a criança a ordenar-se.
- Favorecer ambientes onde tenha a menor distração possível.
- Supervisionar pessoalmente as tarefas.
- Estabelecer um tempo extra e fixo para que copie seu trabalho, lembrando que quando o tempo se esgotar deve parar e não deixar passar do limite.
- Fracionar as tarefas em intervalos curtos de tempo, com descansos entre uma e outra.
- Usar ajudas visuais como imagens em livros, em quadros, ou favorecer a aprendizagem por computador, para manter-lhe a atenção.
- Ser positivo e gratificante com cada sucesso cotidiano por menor que seja, para estimular o esforço em manter a atenção e reduzir o estado de frustração e cansaço.
- Usar métodos que permitam o autocontrole, como cronogramas, agendas, listas.

2. Psicoterapia

- Atualmente se tem provado maior efetividade com o uso de

terapias do tipo cognitivo-comportamental e com o apoio à família para restabelecer e conservar um vínculo adequado.

3. Tratamento farmacológico

- Os fármacos chamados psicoestimulantes, como por exemplo o metilfenidato (Ritalina) tem permitido, junto com a psicoterapia, melhorar o prognóstico e a qualidade de vida dessas crianças. O médico especialista pode utilizar outras medicações, como por exemplo, os antidepressivos.

Visões distorcidas sobre o tratamento medicamentoso do TDA/H podem assumir a forma de expectativas inadequadamente otimistas ou inadequadamente pessimistas. Olhares otimistas podem nos fazer pensar que basta uma pílula por pouco tempo para resolver todos os problemas, ou que nem é preciso nenhuma intervenção, pois o tempo se encarregará de fazer os ajustes necessários. Opiniões pessimistas são capazes de interromper vidas de satisfação e realização pessoal e profissional devido à resignação com metas inferiores às reais capacidades da pessoa.

Sommerstein e Wessels, (1999) mostram que:

Os rótulos médicos e técnicos (dos manuais) reforçam os estereótipos e os medos e criam confusão. Os rótulos proporcionam poucas informações, pois generalizam e criam barreiras. Tais rótulos deveriam ser evitados.

Muitos pais de alunos hiperativos na busca de possíveis soluções para os problemas escolares que seus filhos apresentam e são relatados por professores e orientadores escolares, têm procurado por profissionais – e muitas vezes, por falta de informação, profissionais que nada tem a ver com o problema do filho - que lhes orientem e também resolvam os problemas de aprendizagem e comportamento que eles apresentam nas escolas. Infelizmente, muitos diagnósticos são errôneos, lançados por profissionais sem que percorram todos os meios possíveis para um diagnóstico final e assertivo. Muitos alunos voltam depois de avaliados por clínicos gerais com o diagnóstico

de hiperativos e tomando medicação. O laudo traz consigo sérias conseqüências de estigmatização para a vida do aluno.

Explicando sobre o rótulo que os alunos diagnosticados recebem, Ballone (2005) coloca:

Portanto, é demagógico o discurso que fala em rotular paciente e coisas do gênero; a medicina diagnóstica paciente, ela não rotula pessoas. Profissionais completamente desfamiliarizados com o diagnóstico médico, até por uma questão de conforto emocional, preferem considerar o diagnóstico uma inutilidade ou um mecanismo de discriminação. Na verdade, quem rotula é a sociedade ou o próprio ambiente escolar(BALLONE,2005).

A questão não é o que há de errado com estas crianças, mas como são elas e o que se pode fazer. De alguma forma estes alunos são super cobrados o tempo todo e muitas vezes, não encontram como responder a determinadas cobranças elencadas pelos professores. Eles têm que agir o tempo todo, mostrar que sabem, que são capazes de resolver as atividades, mas o problema é que o hiperativo tem outra idéia antes de acabar com a primeira; então vai para esta outra idéia, mas certamente a terceira idéia intercepta a segunda e ele tem que segui-la. Isso acontece na escola, em casa, ou qualquer lugar em que ele esteja. Logo as pessoas estão lhe chamando de desorganizado e impulsivo e toda espécie de palavras desagradáveis que mostram a total falta de compreensão da situação, porque ninguém sabe, mas ele está trabalhando e se esforçando, dentro de seus próprios limites.

Ballone (2000) fala sobre nosso olhar aos TDA/H:

Não devemos tratar as DA como se fossem problemas insolúveis mas, antes disso, como desafios que fazem parte do próprio processo da Aprendizagem, a qual pode ser normal ou não-normal. Também parece ser consensual a necessidade imperiosa de se identificar e prevenir o mais precocemente possível as DA, de preferência ainda na pré-escola (BALLONE, 2000).

Temos que ter claro que o aluno com TDAH, não reage e age como as outras crianças sem o sintoma. Este vai exigir uma adaptação do professor em seu método e técnicas para ensinar para que ele consiga vencer e acompanhar os conteúdos..É importante saber que nem todos os sintomas comportamentais e de aprendizagem do TDAH se manifestam da mesma maneira em todas os alunos. Vai

depende sempre do olhar que o professor tem sobre o aluno, se não o exclui da turma, mas, ao contrário, faz adaptações e provê técnicas e metodologias que se enquadrem às necessidades destes alunos.

A inclusão de hiperativos é hoje uma verdade vivenciada pelas escolas, mas deve ser real, e não um modismo. Ela surge no cenário educacional como uma nova perspectiva que envolve rever concepções a respeito da educação, do ensinar e do aprender. Com ela emergem vários questionamentos entre pais, professores e os alunos da classe sobre o que fazer e como fazer. Por isso, muitas vezes, nega-se a aceitar turmas que sabe, apresentam alunos inclusivos. Alguns sentem-se de um lado impulsionado a fazer novas descobertas, desenvolver técnicas diferenciadas de atendimento individual e coletivo e tomar conhecimento das necessidades educacionais das quais o aluno incluso necessita para melhor desempenho. Por outro ângulo, alguns se negam ainda a aceitar a inclusão e questionam sobre a forma especial de ensinar e aprender que envolve tal situação e particularidades que exige cada aluno.

DICAS PARA O TDAH NA ESCOLA

Para melhorar a qualidade de vida e garantir um aproveitamento escolar satisfatório para uma criança com TDAH, o colégio e a família precisam trabalhar juntos. Tanto os pais, quanto os professores, orientadores educacionais e o médico/psicólogo que acompanha a criança devem manter um contato estreito.

- 1) Os professores devem ter disposição e flexibilidade para ajudar os alunos com TDAH a contornar o problema. O melhor a fazer é se informar sobre o transtorno e se atualizar frequentemente, mantendo um diálogo constante com os profissionais especializados no assunto.
- 2) Alternar métodos de ensino, evitar aulas repetitivas e ter uma dose extra de paciência é fundamental.

3) Ter paciência não significa ser permissivo e tolerante em excesso. O professor precisa manter a disciplina em sala e exigir que os limites sejam obedecidos. Planejamento e organização devem ser ensinados a todo o momento, pois são particularmente difíceis para portadores de TDAH.

4) Caso perceba que algum aluno apresenta os sintomas do TDAH, o professor deve informar a equipe pedagógica escolar e esta à família. Quanto antes o tratamento for iniciado, menos dificuldades as crianças vão enfrentar em sua vida escolar.

5) Aqui também vale aquela clássica regrinha: sempre elogie o aluno quando ele conseguir se comportar bem ou realizar uma tarefa difícil. Não espere pelo comportamento perfeito, valorize pequenos passos alcançados. Quando tiver oportunidade, ensine-o como deve se comportar. Se a carteira ou o escaninho estiverem desorganizados, por exemplo, ajude-o a organizá-los. Essa atitude terá um triplo efeito: mostrará à criança como ela deve realizar a tarefa, vai fazê-la se sentir útil e diminuir sua frustração com o fato de ter seu material desorganizado.

6) A criança com TDAH tem dificuldade de monitorar seu comportamento. Por isso é fundamental que na rotina de aulas o professor deixe as regras de conduta bem claras e explícitas (isto pode ser feito com cartaz, quadro de aviso, etc). A criança precisa saber com clareza o que é esperado dela e como deve se comportar.

7) Professores costumam ter uma árdua rotina de trabalho e lidar com portadores de TDAH em uma sala cheia de crianças não é tarefa para qualquer um. Quando surgem dificuldades, uma boa opção é pedir para o psicólogo ou médico que trata da criança visitar a escola e conversar com os professores e orientadores educacionais. Assim as dificuldades

vão sendo superadas aos poucos e o trabalho feito na escola complementa o que é realizado no consultório.

ADAPTAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A APRENDIZAGEM DO ALUNO TDA/H

Normalmente, o aluno que apresenta TDA/H apresenta dificuldade em centrar-se no todo que se apresenta na sala de aula, ficando dispersivo. Algumas sugestões para que ele tenha melhor concentração em seus deveres e que facilitará o trabalho do professor em conseguir melhores resultados. Estas sugestões foram vivenciadas em sala de recursos pela citada professora.

ADAPTAÇÕES NA SALA DE AULA

- Realizar e estabelecer tarefas de maneira rotineira.
- Propor regras claras exigindo o cumprimento de todas.
- Deixar visíveis listas de verificação para que o aluno as leia e se organize.
- Deixar a sala sem muitas distrações que não seja o material de aprendizagem a ser utilizado no momento.
- Evitar acúmulo de materiais desnecessários na sala e sobre a mesa.
- Sentar o aluno num lugar sem acesso de olhar pra fora da porta.
- Sentar o aluno próximo ao professor e com boa visualização do quadro.
- Oportunizar que o aluno possa se movimentar na sala quando necessário.
- Proporcionar salas onde haja menor índice de barulho externo e menor atividades extra classe nos corredores.
- Proporcionar na sala de aula, um local onde o aluno possa trabalhar isoladamente, se necessário, como nos momentos de avaliação, que vai requerer mais tempo.
- Construir na sala um canto interessante com leituras ou atividades manuais e artísticas.

ADAPTAÇÕES NO RITMO DE TRABALHO A SER REALIZADO NA SALA

- Planejar atividades de curta duração.
- Ajustar a atividade ao ritmo de compreensão e execução do aluno para que possa cumpri-la integralmente.
- Conceber, se for necessário, maior tempo para a realização da tarefa e também quando esta envolver avaliação.
- Reduzir a quantidade de exercícios na avaliação.
- Espaçar períodos de trabalho com pequenas pausas ou mudança de atividades.
- Alternar atividades. Umas mais paradas, outras mais ativas, em grupos, isoladas, fora da sala, em silencio, em duplas.

ADAPTAÇÕES NOS MÉTODOS E ESTRATÉGIAS

- Usar formas variadas pra explicar um determinado conteúdo.
- Fazer sempre relação do conteúdo novo, com o que já foi aprendido e com as experiências do aluno.
- Usar sempre um número reduzido de conceitos ou um único que explique o que se quer.
- Levar os alunos a verbalizarem as instruções e a seguir orientações de atividades.
- Levar os alunos a criarem enunciados para atividades.
- Desenvolver momentos de explanação de assuntos fora da sala de aula, variando os ambientes.
- Desenvolver com os alunos, lembretes feitos por eles e colocar na sala.
- Evitar sempre o uso de metáforas. Ser sempre o mais real possível.
- Destacar e apontar sempre a informação fundamental da atividade, fazendo-os anotarem.
- Expandir o novo vocabulário, explicando e expandindo.

- Evitar textos longos, muitas anotações ou cópia de informações do livro.
- Dar sempre dicas e pistas para a atividade a ser resolvida.
- Evitar pressionar o aluno para o término das atividades. Por isso, é fundamental a adequação.

ADAPTAÇÕES PARA SEREM USADAS NAS E DURANTE AS AVALIAÇÕES

- Usar instrumentos de avaliação alternados como apresentação oral, escrita, resposta múltipla, etc.
- Planejar avaliações com poucas atividades.
- Proporcionar um tempo adequado para a execução dos trabalhos.
- Esclarecer qual o objetivo a ser alcançado com determinada avaliação.
- Fazer avaliação pequena, de assunto por assunto.
- Aceitar e compreender a resposta escrita do aluno e se necessário, fazê-lo explicar oralmente o que queria responder.
- Permitir que a avaliação seja completada, caso não termine no tempo estipulado para todos da sala.
- Usar se necessário, a adaptação curricular e flexibilização curricular.

ADAPTAÇÕES PARA ORIENTAR OS COMPORTAMENTOS INADEQUADOS

- Desenvolver um clima de confiança entre professor e aluno.
- Manter sempre o contato visual quando estiverem conversando.
- Não deixar passar comportamentos sem falar sobre ele. Nunca na frente da sala toda, mas, em particular.
- Evitar enviar o aluno à coordenação. Problemas de classe devem ser resolvidos entre professor e aluno separadamente da turma.
- Combinar regras de comportamento que sejam precisas e claras.
- Alertar sempre o aluno os problemas que podem ocorrer e antecipá-los se possível, com alertas.
- Combinar com o aluno qual punição deve receber se infringir as regras propostas e combinadas.
- Evitar linguagens de confronto na frente da sala. A humilhação é péssima ao aluno e aos seus comportamentos.

- Combinar com o aluno o que se pode fazer com ele no momento em que ele se “esquenta”. Ele terá a solução para o que fazer para voltar a calma.
- Elogiar perante as pessoas os comportamentos adequados, as atividades realizadas, aumentando a auto-estima do aluno.
- Ignorar alguns comportamentos que tem por função chamar a atenção. Se ignorados, perderão o impacto que podem causar.
- Evitar a crítica ao aluno na frente da sala, com amigos. Fazer correções em particular.
- Estar atento ao nível de frustração do aluno quando não conseguir realizar tarefas. Ser tolerante, conversar e estimular.
- Aliviar sempre o stress do aluno, com momentos de humor e compreensão.

ADAPTAÇÕES PARA NÃO DEIXAR O ALUNO SE DISPERSAR E MANTÊ-LO EM ATIVIDADE

- Explicar a classe o que é hiperatividade e déficit de atenção, baseada em pesquisas e entendimento do conteúdo, para que possa explicar as atividades diferenciadas que possa o aluno receber no decorrer do ano letivo.
- Ampliar na sala um ambiente cooperativo, amigável e menos concorrido, deixando que os amigos cooperem com o aluno em explicações, grupo de atividades.
- Cuidar ao trabalhar em grupo. Este deve ser bem estruturado para proporcionar segurança e integração. Caso contrário, o aluno atrapalha o grupo e faz somente um copiar e colar.
- Planejar atividades individuais, mas certificar-se de que o aluno compreendeu o que terá que executar, antes de iniciar o trabalho.
- Trabalhar com seus pares tem um ótimo resultado. Proporcionar algum amigo que possa sempre auxiliar o aluno em explicações durante as atividades, que o compreenda e o estimule, mas, que sejam atividades que sejam capazes de realizar.

- Facilitar alguns trabalhos individuais para que o aluno se sinta capaz de realizar também sozinho e acertadamente.
- Utilizar alunos mais rápidos na sala para auxiliarem a turma, enquanto o professor se detém ao que mais necessitam individualmente.
- Combinar com o aluno um sinal para quando precisar de auxílio na tarefa a ser realizada.
- Combinar com os outros alunos para sempre incentivarem o aluno a permanecer na sala e completar as atividades, não fazendo deboche, nem humilhações.
- Estar atenta a tudo o que se passa na sala.
- Fazer sempre reforço positivo a turma e elogiar os alunos.
- Combinar e estabelecer com a turma um sistema de prêmio, vale nota se atingirem determinado objetivo.

ADAPTAÇÕES PARA CONSEGUIR ATRAIR A ATENÇÃO DO ALUNO

- Manter sempre o contato visual com o aluno e fazer com que este olhe para o professor durante a explicação.
- Dar exemplos ou contar pequenos fatos, fazendo perguntas a todo o momento e exigindo a explicação do que é colocado.
- Manter entusiasmo sobre o que será explicado a seguir, despertando o interesse.
- Usar materiais coloridos para a explicação, como giz, pincéis e fazer desenhos.
- Usar o retro-projetor sempre com uma imagem interessante sobre o assunto, antes de introduzi-lo.
- Combinar com a turma sinais para se calarem e ouvirem a explicação, como estalar os dedos, erguer os braços, bater palmas.
- Usar sempre o material didático próximo ao aluno ou de forma que melhor se adapte a sua visão.

- Combinar com o aluno algum som para que o professor o sentindo disperso, possa acionar, e o aluno voltar a prestar atenção.
- Variar o tom de voz durante a explicação de alguma atividade.
- Usar sempre de histórias para incluir um assunto novo. Histórias sempre prendem a atenção, principalmente, se o aluno for menor.
- Usar de algum mistério nas aulas. Isso desperta a curiosidade e pode-se negociar. Use como estímulo para discussões, pesquisas e motivação à escrita ou produção de textos.
- Ser sempre criativo nas aulas. Até mesmo uma bobagem pode ativar o interesse do aluno, uma teatralização, uma piadinha.

ADAPTAÇÕES PARA CONSEGUIR MANTER A ATENÇÃO DO ALUNO

- Ilustrar sempre as aulas e as explicações, mesmo que sejam rabiscos no quadro ou no papelógrafo, estimulando os alunos a fazerem o mesmo para reterem melhor o que foi ensinado.
- Apontar algo de maneira a chamar atenção. Sempre mostrando o que se quer, e nunca somente de forma oral como apontador a leiser. Lanternas ou outro material que ilumine.
- Estimular os alunos a fazerem pequenas notas ou ilustrações sobre os aspectos chave do que foi passado na atividade.
- Preparar guias que os alunos possam apontar como um resumo da aula. Os pontos principais, datas, que eles irão preenchendo.
- Fazer sempre que possível a revisão colocando uma palavra chave no quadro ou distribuindo aos alunos e pedir para irem falando o que sabem sobre o assunto.
- Empregar sempre estratégias multi-sensoriais, levando-se em conta que alunos aprendem de formas diferentes. Uns são visuais, outros auditivos e outros sinestésicos.
- Dar início a aula dizendo o que vai acontecer durante as atividades, usando sempre que possível, demonstrações visuais, concretas e não somente abstratas.

- Variar sempre que possível o material didático e se possível usar o computador. Ele é estimulante para pesquisas e buscas. Força a leitura e a compreensão.
- Deslocar-se sempre na sala para não fazer rotina, mantendo o contato visual.
- Dividir o conteúdo a ser explicado por tópicos pequenos, fazendo intervalos com perguntas e anotações dos pontos principais.
- Incentivar a respostas às indagações sobre o tema, propondo discussões.
- Fazer uso de resposta em coro, para facilitar a compreensão e retenção.

REFERÊNCIAS

ABDA. **ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE.** Disponível em <http://www.tdah.org.br/quem_somos01.php> Acesso 05 abr. 2007

AQUINO, J. G. **INDISCIPLINA: O CONTRAPONTO DAS ESCOLAS DEMOCRÁTICAS.** São Paulo: Moderna, 2003. 95 p.

ARAÚJO, H. M. de. **O DISTÚRBO DA ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM QUESTÃO: TEORIA E TERAPIA.** 2000. Rio de Janeiro. Disponível em <http://usuarios.uninet.com.br/~hmiguens/disturbio_da_atencao_e_hiperatividade_em_questao.pdf> Acesso 05 abr. 2007

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS.** DSM-IV. D.C. 4 ed. Disponível em <http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm_cid/> Acesso em 27 maio 2007.

BALLONE G.J. **DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM,** 2005. Disponível em <<http://www.psiqweb.med.br/>> Acesso 20 abril 2007.

_____. **DISTÚRBO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO POR HIPERATIVIDADE.** 2005. Disponível em <www.psiqweb.med.br>. Acesso 02 out. 2007.

BENCZIK, E. B. P. **TDH - TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE PARA OS PROFISSIONAIS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE: ATUALIZAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÊUTICA.** Disponível em <<http://www.psicopedagogia.com.br/entrevistas/entrevista.asp?entrID=43>>. Acesso em 20 jul. 2007

CABRAL, S. B. **DÉFICIT DE ATENÇÃO - HIPERATIVIDADE (DDA OU TDAH) EM ADULTOS.** Disponível em <<http://www.mentalhelp.com/hiperatividade.htm>>. Rio de Janeiro. Acesso em 22 maio 2007.

CABRAL. **OS CUSTOS DO TDAH.** Disponível em <<http://www.universo tdah.com.br>> Acesso em 15 jun. 2007.

JANNUZZI, G. **ALGUMAS CONCEPÇÕES DE EDUCAÇÃO DO DEFICIENTE.** UNICAMP. Revista Brasileira de Ciências e Esporte, 2004. Campinas. V.25, n.3. p. 9-25.

KESTELMAN, I. **TDAH - UM DEPOIMENTO.** Disponível em <<http://www.tdah.org.br/reportagem01.php?tipo=T>>. Acesso 02 out. 2007.

LAPLANE, A. L. F. de. **EDUCAÇÃO X NECESSIDADES ESPECIAIS: UMA QUESTÃO POLÍTICA E DISCURSIVA.** GT: Educação Especial. UNICAMP.

MALUF, M. H. **AGITAÇÃO OU TDAH.** Disponível em <<http://www.aprendebrasil.com.br/entrevistas/entrevista0126B.asp>>. Acesso 02 out. 2007.

RIEF, S. **A DESORDEM E A TDAH.** Disponível em <http://ddah.planetaclix.pt/ddah_escola.htm. 1998>. Acesso em 02 maio 2007.

TAYLOR, J. **HIPERATIVIDADE: CORRIGIR SEM CRITICAR. PSICÓLOGO DA FAMÍLIA.** Presidente da Sun America Seminar, em Oregon, USA. 2006. Disponível em <<http://www.hiperatividade.com.br/article.php?sid=69>> Acesso em 06 out. 2007.

TOPCZEWSKI, A. **DÉFICIT DE ATENÇÃO COM OU SEM HIPERATIVIDADE (DDA OU TDAH) EM CRIANÇAS.** Dr. Vice-presidente da Associação Brasileira de Dislexia (ABD). Disponível no

site: <[http://www.mentalhelp.com/ hiperatividade_infantil_FAQ.htm](http://www.mentalhelp.com/hiperatividade_infantil_FAQ.htm)>. Acesso em 25 jul. 2007.

WANNMACHER, L. DHDA. **CORRETO DIAGNÓSTICO PARA REAL INDICAÇÃO DE PSICOESTIMULANTES**. ISSN 1810-0791 Vol. 3, Nº 10. Brasília, 2006. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/v3n10_dhda_psicoestimulantes.pdf>. Acesso em 20/09/07

EDUCAÇÃO E AUTISMO

AUTISMO INFANTIL: UMA QUESTÃO HISTÓRICA



Professora PDE: Ana Lúcia Mazzeto

INTRODUÇÃO

A palavra Autismo origina-se do grego “*autos*”, que significa “de si mesmo”.

O termo autista foi introduzido na literatura psiquiátrica em 1906 por Plouller. No entanto foi difundido por Bleuler a partir de 1911 para referir-se ao quadro de esquizofrenia, que consiste na limitação das relações humanas e com o mundo externo.

Em 1943, o psiquiatra americano Leo Kanner, de Baltimore (Estados Unidos), foi o primeiro a observar uma população de crianças cujo comportamento lhe causava estranheza e curiosidade. A falta de interesse e de respostas a solicitação dos pais, a não aquisição de linguagem sob a forma habitual, a presença de comportamentos complexos ritualizados, a dificuldade de integração sensorial e uma série de outros comportamentos particulares levaram-no a realizar estudos sobre a patologia.

Leo Kanner estudou onze crianças com comportamentos que acreditou constituírem um quadro patológico único. Os dados colhidos através do estudo foram descritos em sua publicação intitulada “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo” (*Autistic Disturbances on Affective Contact*). As descrições feitas a partir do estudo enfatizaram o isolamento social, a tendência a atividades repetitivas, sistemáticas e rotineiras. Tais manifestações foram consideradas inatas, apresentando-se desde o começo da vida. Além disso, destacou como característica peculiar das crianças estudadas o alto nível de desenvolvimento da memória. A esse conjunto de comportamentos deu o nome de *Autismo*

Infantil Precoce. Outro dado apontado foi que o autismo acometia crianças provenientes de famílias cujos pais eram altamente intelectualizados, pessoas emocionalmente frias e com pouco interesse nas relações humanas da criança.

Foi da autoria de Leo Kanner o primeiro relato formal sobre o autismo. Publicado no mesmo ano, na revista *The Nervous Child*, o autor afirmava:

Desde 1938, veio a nossa atenção um número de crianças cuja condição difere tão marcantemente e unicamente de qualquer coisa relatada até o momento, que cada caso merece e espero, eventualmente receberá – uma consideração detalhada de suas peculiaridades fascinantes. (Apud ROSENBERG, 1991)

No ano de 1944, o pediatra austríaco Hans Asperger desenvolveu, em Viena, uma tese em que expôs um conjunto de sinais semelhantes aos descritos por Kanner, pois as crianças analisadas tinham dificuldades de integrar-se socialmente em grupos. Asperger denominou a síndrome como *Psicopatia Autista*. A tese apontava como características marcantes a marcha tardia, a fala precoce e alterações na interação social.

Entretanto, Asperger (1944), acreditava que as crianças analisadas “eram diferentes das crianças com autismo na medida em que não eram tão perturbadas, demonstravam capacidades especiais, desenvolviam fala altamente gramatical em uma idade precoce, não apresentavam sintomas antes do terceiro ano de vida e tinham um bom prognóstico”.

Ao fazer uma comparação com os estudos de Kanner, Asperger “ressaltou que as crianças descritas em sua tese mostravam inteligência maior, originalidade e espontaneidade incomuns do pensar e aptidão especial para lógica e abstração, mas limitavam-se a interesses excêntricos, muitas vezes inúteis ou por demais especializados (PERISSINOTO, 2003 – p.16)”.

Durante os anos 60, considerava-se o autismo como uma doença psiquiátrica, uma patologia emocional, uma forma precoce de

esquizofrenia infantil. Pensava-se que essas crianças haviam sofrido muito cedo de carências afetivas importantes. A falta de sociabilidade, a fraca capacidade de ação e o comportamento estranho eram supostas conseqüências de um meio familiar hostil.

A família e a escola comum não eram consideradas como locais adequados para educá-los ou socializá-los.

Ainda no decorrer desta década, alguns trabalhos apontavam que as hipóteses iniciais emitidas sobre o problema eram falsas e incompletas. Sobre estes trabalhos, Caixeta afirma, para o caso da criança portadora de Autismo Infantil, que...

“Sua dificuldade em desenvolver atitudes relacionais adaptadas desde a pequena infância era apenas um dos aspectos entre outras deficiências de base. Comprovou-se assim que eram antes de tudo, portadores de dificuldades perceptivas ou cognitivo-linguísticas (CAIXETA, 1995 p. 6-7)”

Em paralelo a essa teoria, passou a se compreender melhor a dinâmica dos pais e da família. Se antes eram considerados problemáticos e frios, agora sabia-se que não eram nem melhores nem piores que outros pais de crianças deficientes.

Atualmente, as teorias que tratam do Autismo Infantil continuam considerando a presença de comportamentos singulares e o déficit no desenvolvimento motor, de linguagem e de comportamento.

Conforme a descrição apresentada por Ballone, (2002) considerando o Código Internacional de Doenças -CID 10 e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais - DSM-IV, o autor sublinha que a patologia ocorre em garotos três ou quatro vezes mais freqüentemente que em meninas e que se trata de

“Um transtorno invasivo do desenvolvimento definido pela presença de desenvolvimento anormal e/ou comprometido que se manifesta antes da idade de 3 anos e pelo tipo característico de funcionamento anormal em uma tríade: área de interação social,

comunicação e comportamento restrito e repetitivo (BALLONE, 2002 p. 05-30)

O DESENVOLVIMENTO PATOLÓGICO

Os estudos sobre a patologia apontam que as crianças autistas têm um repertório restrito e pouco criativo de interesses e atividades (BALLONE, 2002).

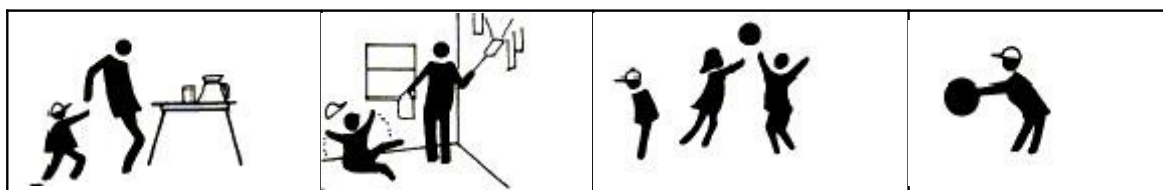
Geralmente os autistas vinculam-se de forma bizarra a objetos ou a parte deles, tais como pedras e fios; gostam de objetos que brilham ou giram, selecionados a partir de uma característica particular como cor ou textura. Desde a amamentação já apresentam problemas com a alimentação.

Podem gritar de repente ou mesmo rir sem causa aparente. Pode tentar ferir-se batendo a própria cabeça ou empurrando os próprios olhos. Apresentam uma angústia aguda excessiva.

É bastante comum realizar movimentos repetitivos tais como *flapping* das mãos (bater asas), balanceio do corpo, girar em torno do seu eixo, olhar para as mãos enquanto está se movimentando e movimento estereotipado de dedos.

Tendem a impor rotina a todas as atividades de vida diária e reagem, de forma muito veemente, a alterações do ambiente (SCHWARTZMAN, 1994). Esses rituais e rotinas se agravam na adolescência chegando até a caracterizar um diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (BALLONE, 2002).

Segundo a Sociedade Americana de Autismo (ASA), indivíduos com autismo usualmente exibem pelo menos a metade das características abaixo:



Usa as pessoas como ferramentas.	Resiste a mudanças de rotina.	Não se mistura com outras crianças.	Apego não apropriado a objetos.
----------------------------------	-------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

			
Não mantém contato visual.	Age como se fosse surdo.	Resiste ao aprendizado.	Não demonstra medo de perigos.

			
Risos e não movimentos apropriados.	Resiste ao contato físico.	Acentuada hiperatividade física.	Gira objetos de maneira bizarra e peculiar.

	
Às vezes é agressivo e destrutivo.	Modo e comportamento indiferente e arredo

É relevante salientar que nem todos os indivíduos com autismo apresentam todos estes sintomas, porém a maioria dos sintomas está presente nos primeiros anos de vida da criança. Estes variam de leve a grave em intensidade, e de sintoma para sintoma. Adicionalmente, as alterações dos sintomas ocorrem em diferentes situações e são inapropriadas para sua idade. (Perissinoto, 2003)

O AUTISMO E AS ALTERAÇÕES DA LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO

Quando os autistas começam a utilizar a linguagem (ou falham em começar), os pais começam a perceber com mais clareza que seus filhos são diferentes das crianças da mesma idade e é, na maioria das

vezes, o atraso na aquisição da linguagem verbal que faz com que os pais procurem ajuda médica.

Muitas das dificuldades de comunicação das crianças autistas são evidentes antes do período de aquisição da linguagem verbal, mas passam despercebidas pelos pais. Os bebês cujo desenvolvimento corresponde aos padrões de normalidade rapidamente apresentam habilidades de se comunicar por meio de sinais não verbais, procuram pessoas ou objetos de seu interesse, demonstram emoções pela expressão facial, antecipam-se para obter contato físico com os pais. O mesmo não ocorre com crianças autistas.

Os autistas apresentam atraso ou ausência total no desenvolvimento da linguagem oral compensada pela gestualidade ou outras formas de comunicação não - verbal (SCHWARTZ & JOHNSON, 1981).

Apesar de não demonstrarem alterações significativas no balbúcio, metade destas crianças não adquirem linguagem verbal e as que adquirem desenvolvem sérios desvios de linguagem, como dificuldades de iniciar ou sustentar diálogos. Muitas vezes, apesar de se utilizarem da fala, não visam a comunicação.

Aproximadamente 37% das crianças autistas começam a falar as primeiras palavras normalmente, mas páram de falar repentinamente entre o vigésimo quarto e o trigésimo mês.

Outros aspectos peculiares além da linguagem restrita e estereotipada são a ecolalia imediata ou tardia inversão pronominal e linguagem metafórica, boa memória, responde a frases memorizadas e repetem *logos* de rádio ou TV.

ETIOLOGIA E PROGNÓSTICO

Até hoje, o transtorno autista carece de maiores explicações médicas no que diz respeito à questão etiológica. Em Schwartzman (1994)

A hipótese psicogênica defende que a causa do Autismo Infantil seja de ordem relacional, estabelecendo uma frieza emocional dos pais e das mães com desenvolvimento autista, ou seja, os pais carregam a culpa pelo quadro da criança (p. 19-21)

Tem sido evidente que, embora seja muito importante no desenvolvimento do transtorno, a dinâmica emocional familiar é um elemento não suficiente em si mesmo para justificar o aparecimento do transtorno (BALLONE, 2002).

Alguns autores sugerem que um déficit de atenção específico para os elementos sociais seria o responsável tanto pelas alterações funcionais de linguagem, quanto pelas outras dificuldades de contato e socialização (FERNANDES, 1996).

Rutter (*apud* CAIXETA, 1995) observa a influência genética estabelecendo uma forte associação entre os déficits cognitivos e de linguagem e as evidências de disfunção cerebral.

O que se pode dizer em comum entre essas crianças é o prejuízo cerebral. A incidência de prematuridade, traumas perinatais e infecções do SNC – Sistema Nervoso Central é bastante alta nas crianças autistas (BATSHAW, 1990).

Os portadores podem apresentar sintomas e sinais decorrentes da disfunção adquirida pela síndrome (deficiência mental em graus variáveis), distúrbio da atenção e concentração, crises convulsivas e prejuízos motores e/ou perceptuais.

O autismo é considerado uma condição não progressiva, porém isso não significa que os sinais e sintomas presentes sejam fixos e invariáveis. Seu quadro clínico apresenta variações em decorrência do processo de maturação do organismo em resposta a inúmeros fatores de ordem ambiental.

Não existe, contudo, uma etiologia básica fundamental definida para todos os casos de Autismo. Estudos demonstram,

indiscutivelmente, que a etiologia do transtorno autista compreende fatores biológicos.

AS DIFICULDADES DO DIAGNÓSTICO PARA AUTISMO INFANTIL

A gravidade do Autismo oscila porque cada caso apresenta diferenças individuais no quadro clínico, visto que as causas não são as mesmas. Neste sentido, o tratamento e o prognóstico variam de caso a caso. O transtorno autista é permanente e não tem cura, contudo o diagnóstico precoce permite a indicação antecipada de tratamento, sendo que este deve considerar as co-morbidades para realizar o atendimento apropriado em função de características particulares do indivíduo.

A função do diagnóstico, portanto, não consiste em, simplesmente, dar um nome ou um rótulo à criança, pois seria inútil e até mesmo prejudicial. O diagnóstico tem por característica ser o ponto de partida para a uma intervenção imediata, dando para determinação de estratégias e direção ao tratamento.

A urgência e a imediaticidade na conclusão do diagnóstico caracterizam-se no fato de que, quanto mais nova a criança, maior sua plasticidade neural. A criança pequena está mais aberta, sensível e receptiva à estimulação por parte do meio externo, formado por pessoas, coisas e pelo próprio ambiente. Com o passar do tempo, a criança estabelece formas de ser e agir que se solidificam e se tornam rígidas e resistentes às intervenções externas, prejudicando o próprio desenvolvimento da criança.

Por isso, quando se apresentam os primeiros sinais de “anormalidade” no comportamento do bebê, a forma mais correta de prevenção é o encaminhamento aos serviços de diagnóstico e tratamento.

O tratamento para o Autismo Infantil pressupõe a existência de uma equipe multi e interdisciplinar, tratamento médico (pediatria,

neurologia, psiquiatria e odontologia), tratamento não-médico (psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia, terapia-ocupacional, fisioterapia e orientação familiar) e participação da família. Estes profissionais são significantivos primeiramente no que tange o diagnóstico, pois virão a, através das observações das diferentes áreas e da avaliação de exames, armazenar dados para um diagnóstico mais preciso e intervenções coerentes.

O DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais foi editado em 2002, substituindo o antigo DSM-III, adotando como nova terminologia o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento e acrescentando novas possibilidades diagnósticas dentro do grupo de condições para o transtorno. Nos dias atuais, é o parâmetro mais utilizado na literatura mundial para o diagnóstico de Autismo Infantil.

Sobre o DSM-IV, Perissonoto afirma:

Foi redimensionada a categoria transtorno invasivo do desenvolvimento para além do Autismo e incluiu-se o Transtorno de Rett, o Desintegrativo da Infância, o Transtorno de Asperger e o Sem Outra Especificação (PERISSINOTO, 2003)

Atualmente, baseando-se na tabela do DSM-IV, sobre os critérios diagnósticos para o distúrbio autista, fica definido que para caracterizar o autismo infantil, ao menos seis dos quinze itens seguintes deverão estar presentes. Para tanto observar a tabela abaixo:

CRITÉRIOS DIAGNOSTICOS PARA O DISTURBIO AUTISTA CONFORME O DSM-IV
A. Um total de seis (ou mais) itens de (1), (2) e (3), com pelo menos dois de (1), um de (2) e um de (3):
1) Prejuízo qualitativo na interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes aspectos:
(A) Prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social.
(B) Fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento.
(C) Falta de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (por exemplo, não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse).

(D) Falta de reciprocidade social ou emocional
2) Prejuízos qualitativos na comunicação, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:
(A) Atraso ou ausência total do desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gesto ou mímicas).
(B) Em indivíduos com fala adequada, acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversação.
(C) Uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática.
(D) Falta de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos apropriados ao nível de desenvolvimento.
3) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:
(A) Preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco.
(B) Adesão aparentemente inflexível à rotinas ou rituais específicos e não funcionais.
(C) Maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por exemplo, agitar ou torcer mãos ou dedos ou movimentos complexos de todo o corpo).
(D) Preocupação persistente com parte de objetos.
B. Atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos três anos de idade: (1) interação social, (2) linguagem para fins de comunicação social, ou (3) jogos imaginativos ou simbólicos.
C. A perturbação não é melhor explicada por transtorno de Rett ou transtorno desintegrativo da infância.

Tabela 1: Critérios diagnósticos para o distúrbio autista conforme o DSM-IV(Perissonato, 2003)

A Classificação Internacional das Doenças, em sua décima versão (CID 10), leva em conta a existência de condições próximas ao AI e que não podiam ser catalogadas pelo DSM-III.R acrescentando novas possibilidades diagnosticas dentro deste grupo de condições, conforme apresentado na tabela a seguir:

CLASSIFICAÇÃO DAS DESORDENS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO CONFORME a CID 10
F 84 AUTISMO INFANTIL
Inclui: Desordem autística
Autismo Infantil
Psicose Infantil
Síndrome de Kanner
F 84.1 AUTISMO INFANTIL ATÍPICO

Inclui: Psicose Infantil Atípica
Retardo Mental com características Autísticas
F 84.2 SINDROME DE RETT
F 84.3 OUTRAS DESORDENS DESINTEGRATIVAS
Inclui: Demência Infantil
Psicose Desintegrativa
Síndrome de Heller
Psicose simbiótica
Exclui: Afasia adquirida com epilepsia (F 80.3)
Mutismo eletivo (F 94.0)
Síndrome de Rett (F 84.2)
Esquizofrenia (F.20)
F 84.4 DESORDEM HIPERATIVA COM RETARDO MENTAL E MOVIMENTOS ESTEREOTIPADOS
F 84.5 SINDROME DE ASPERGER
Inclui: Psicopatia Autística
Desordem esquizóide da infância
Exclui: Desordem anaclástica da personalidade
Desordens do apego da infância
Desordem obsessiva compulsiva
Desordem esquizotipal
Esquizofrenia simples
F 84.8 OUTRAS DESORDENS ABRANGENTES
F 84.9 DESORDEM ABRANGENTE NÃO ESPECIFICADA

Tabela 2: Classificação das desordens globais do desenvolvimento conforme a CID 10 (Schwartzman, 1994)

ASPECTO EDUCACIONAL

Com esta breve apresentação sobre o Autismo Infantil é interessante fazer referência no aspecto educacional propriamente dito, pois, como profissionais sabemos da importância do desenvolvimento cognitivo da criança e segundo Piaget e Vygotsky este *desenvolver-se* significa o *aguçamento e a complexidade da capacidade de representação mental*, e a síndrome do autismo propicia uma certa fragilidade levando a uma dificuldade na representação mental, mais especificamente no relacionamento humano. Uma vez que a criança apresenta esta

dificuldade, conseqüentemente *não consegue interpretar cognitivamente as mensagens socioafetivas dos demais integrantes do seu grupo* (Jordan e Powell, 1999), pois lhe falta amadurecimento emocional e o seu estado mental nesta área afetiva mantém-se obscuro.

Conforme Francesca Happé (1998, p.34), *se vários sintomas ocorrem com certeza conjuntamente, a explicação mais simples é que eles são causados pelo mesmo déficit subjacente*. Prejuízos na socialização, comunicação e imaginação são conectados. Tem sido sugerido que um único déficit cognitivo está por trás destas três características do autismo”.

Ao analisar a prática pedagógica direcionada a esse grupo é fundamental que, inicialmente se avalie o grau de comprometimento de cada um levando em consideração as características próprias bem como a fase cronológica em que se encontra. O professor especialista deve adaptar metodologias diferenciadas que contribuam com o desenvolvimento global da criança, ou seja, em sua inter-relação nos aspectos sociais, emocionais e cognitivos.

Em relato de uma professora com o seu grupo de alunos autistas ele destaca que o primeiro grupo apresentou excelente desenvolvimento nas áreas de linguagem, social e acadêmica através do uso de metodologias voltadas ao lúdico, a música, a afetividade e a comunicação alternativa; enquanto que um segundo foi o Teach conhecido como método dos cartões. O grau de comprometimento destes impossibilitava o uso da linguagem e a agressividade era continuamente presente comprometendo o trabalho a ser desenvolvido.

Cumprir destacar que a família exerce papel fundamental no desenvolvimento dessas crianças e uma orientação e acompanhamento da equipe técnico multiprofissional têm papel preponderante.

Em suma, a recomendação de Leo Kanner deve perpassar nossa prática pedagógica quando ele refere-se na “necessidade de ter humildade e cautela diante do tema, pois compreender o autismo exige uma constante aprendizagem, uma visão contínua de nossas crenças,

valores e conhecimentos sobre o mundo e, sobretudo, sobre nós mesmos”.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, C.A.A. **AUTISMO INFANTIL: ASPECTOS PSICOLÓGICOS. TEMAS SOBRE DESENVOLVIMENTO.** Ano I, n.3. nov/dez, 1991, Rio de Janeiro, p.18-19.

BAPTISTA, C. R. BOSA, C. **AUTISMO E EDUCAÇÃO: REFLEXÕES E PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.** Porto Alegre: Artmed,2002.

BALLONE, G.J. **AUTISMO INFANTIL.** In Psiqueb, Psiquiatria Geral, 2002.

CAIXETA,M.**PSICOPEDAGOGIA DO AUTISMO.** Revista Neuropsiquiatra da Infância e Adolescente. Ano3, n.1,1995,rio de janeiro,p.05-24.

FERNANDES, C.C. **PROCESSO INICIAL DE TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA COM CRIANÇAS DO ASPECTO AUTISTICO DENTRO DE UMA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA E NO SISTEMA AMBULATORIAL.** Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia. Ano 6, n.1. jun, 2001, p. 17-22.

FERNANDES, F.D.M. **AUTISMO INFANTIL.** São Paulo: Lovise, 1996.

MYSAK, E.D. **PATOLOGIA DOS SISTEMAS DA FALA.** Cap. III, 2,ed, Rio de Janeiro, 1998, p.89-144.

HAPPÉ, F. **AUTISMO: NA INTRODUCTION TO PSYCOLOGICAL THEORY.** Hove: Psychology Press, 1998.

PERISSINOTO, J. **CONHECIMENTOS ESSENCIAIS PARA ATENDER BEM AS CRIANÇAS COM AUTISMO.** São José dos Campos: Pulso, 2003.

SCHARTZMAN, J.S. **SÍNDROME DE ASPERGER. TEMAS SOBRE DESENVOLVIMENTO.** ano 1, n.2 set/out, 1991, Rio de Janeiro, p.19-21.

SCHARTZMAN, J.S. **AUTISMO INFANTIL.** São Paulo : Memnon, 2003.

EDUCAÇÃO E AS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM

EDUCAÇÃO ESPECIAL E AS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM DOS ALUNOS



Professora PDE: Vera Lúcia Sanchez

DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM, AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO: PERTURBAÇÕES ESPECÍFICAS DAS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM

As crianças podem vir a apresentar dificuldades específicas na aprendizagem, e, como tal, é necessário realizarem-se atividades de diagnóstico na(s) sua(s) área(s) fraca(s) podendo vir a verificar-se na compreensão, decodificação e codificação visuográfica, assim como no cálculo e resolução de situações problemáticas. A P.L. 94-142 dos EUA diz-nos que é uma perturbação em um ou mais processos psicológicos básicos envolvidos na compreensão e utilização da linguagem falada e escrita, uma imperfeita aptidão para fazer cálculos, escutar, pensar, ler e escrever. O termo inclui condições como deficiências perceptivas, lesão cerebral, disfunção cerebral mínima, dislexia e afasia de desenvolvimento (1977).

O DSM IV classifica os problemas de aprendizagem

Como resultado substancialmente abaixo do esperado para a sua idade, escolarização e nível de inteligência. Por vezes, tais dificuldades não são devidas unicamente à falta de oportunidades como consequência do estrato socioeconômico e cultural desfavorecido como também à dispedagogia (DSM IV)

Estima-se que 10 a 16% das crianças apresentem dificuldades específicas de aprendizagem. Quanto à sua origem, classificam-nas como:

Primárias - Disfunções cerebrais (da linguagem verbal oral - disnomia, disfasia e disartria; da linguagem verbal escrita - dislexia

auditiva e visual, disgrafia e disortografia; da linguagem quantitativa - discalculia); problemas perceptivos e problemas psicomotores.

Secundárias - Afecções biológicas, problemas de comportamento, fatores ecológicos e socioeconômicos (afetivos, má nutrição, privação cultural e dispedagogia) (Quirós e Schräger, cit. Cruz, 1999).

As dificuldades de aprendizagem, segundo a CADIN – Núcleo de dificuldades de aprendizagem (2004) as perturbações são assim classificadas:

QUADRO 1. PERTURBAÇÕES ESPECÍFICAS

(Disponível em <http://www.cadin.net/pls/dcadin/get_page_file?id=3172582&tp=1> Acesso 20 abr 2007)

PERTURBAÇÃO ESPECÍFICA DA LEITURA:

DISLEXIA - Distúrbio de aprendizagem que se manifesta na dificuldade em aprender a ler: Dificuldades: distinção ou memorização de letras ou grupos de letras; ordenação, ritmo e estruturação das frases; linguagem receptiva e expressiva, processamento fonológico (leitura e escrita)

PERTURBAÇÃO ESPECÍFICA DA ESCRITA:

DISORTOGRAFIA - Distúrbio de aprendizagem que se manifesta numa dificuldade na escrita, com ou sem alterações na leitura. Conjunto de erros da escrita:-feitos de forma sistemática, -afetam a palavra, mas não o seu traçado ou grafia. Podem provocar a total ininteligibilidade dos escritos.

PERTURBAÇÃO ESPECÍFICA DA MATEMÁTICA:

DISCALCULIA - Dificuldade específica de aprendizagem da matemática. Dificuldade na leitura, escrita e compreensão de números na compreensão de conceitos matemáticos em lidar com dinheiro e em aprender a ver as horas.

PERTURBAÇÃO ESPECÍFICA DA ESCRITA:

DISGRAFIA - Alteração da escrita que a afeta na forma ou no

significado, sendo do tipo funcional. Tamanho da letra, Forma da letra, Inclinação, Espaçamento das letras ou das palavras, Traçado, Ligações entre as letras. Pérez, 2001; Quirós& Schragar, 1978; Ajuriaguerra, 1974; NINDS, 2003; Banche,2004; Mafra, 2003.

O Centro de Referencia Educacional nos proporciona uma ampla e clara explicação sobre as dificuldades de aprendizagem (Material disponível em <<http://www.centrorefeducacional.com.br/adificeis.htm>>).

QUADRO 2. O QUE SAO AS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM?

O QUE SÃO REALMENTE AS DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM?
<p>A literatura sobre as dificuldades de aprendizagem se caracteriza por um conjunto desestruturado de argumentos contraditórios.</p> <p>Apesar do conceito de dificuldades de aprendizagem apresentar diversas definições e ainda ser um pouco ambíguo, é necessário que tentemos determinar à que fazemos referência com tal expressão ou etiqueta diagnóstica, de modo que se possa reduzir a confusão com outros termos tais como “necessidades educativas especiais”, “inadaptações por déficit socioambiental” etc.</p>

QUADRO 3. ELEMENTOS DE DEFINIÇÃO DAS DIFICULDADES

PODEMOS ASSINALAR COMO ELEMENTOS DE DEFINIÇÃO MAIS RELEVANTES:
<p>A criança com transtornos de aprendizagem tem uma linha desigual em seu desenvolvimento.</p> <p>Seus problemas de aprendizagem não são causados por pobreza ambiental.</p> <p>Os problemas não são devidos a atraso mental ou transtornos emocionais.</p> <p>Em síntese, só é procedente falar em dificuldades de</p>

aprendizagem quando fazemos referência a alunos que:

Têm um quociente intelectual normal, ou muito próximo da normalidade, ou ainda, superior.

Seu ambiente sócio-familiar é normal.

Não apresentam deficiências sensoriais nem afecções neurológicas significativas.

Seu rendimento escolar é manifesto e reiteradamente insatisfatório.

O que podemos observar, é que as dificuldades de aprendizagem podem variar de acordo com problemas mais localizados nos campos de conduta e da aprendizagem. Podemos citar os seguintes tipos:

QUADRO 4. TIPOS DE DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM

Atividade motora: hiperatividade ou hipoatividade, dificuldade de coordenação.
Atenção: baixo nível de concentração, atenção dispersa.
Área matemática: problemas em seriações, inversão de números, reiterados erros de cálculo.
Área verbal: problemas na codificação/ decodificação simbólica, irregularidades na lectoescrita, disgrafias.
Emoções: desajustes emocionais leves, baixa auto-estima.
Memória: dificuldades de fixação.
Percepção: reprodução inadequada de formas geométricas, confusão entre figura e fundo, inversão de letras.
Sociabilidade: inibição participativa, pouca habilidade social, agressividade.

Temos que estar cientes de que estes alunos encontram-se nas escolas. Como professores e nos deparamos com estes problemas de aprendizagem a todo instante. É preciso assumir com todo o conhecimento que temos sobre o assunto, e com o que vamos em

busca toda metodologia para a melhoria de estratégias e metodologias, fazendo-se sempre a opção por incluir ao invés de excluir estes alunos, ou abandona-los a mercê da sorte no final do ano letivo.

Outro lado importante é o professor achar que o diagnóstico apresentado para a escola, resolve os problemas do aluno. Ao contrário, um diagnóstico pode mantê-lo sob um forte estigma, gerando preconceitos entre os colegas e os professores da turma.

O Centro de Referência Educacional (2008), no atendimento aos alunos enfoca que:

Partindo da realidade plenamente constatada que todos os alunos são diferentes, tanto em suas capacidades, quanto em suas motivações, interesses, ritmos evolutivos, estilos de aprendizagem, situações ambientais, etc. e entendendo que todas as dificuldades de aprendizagem são em si mesmas contextuais e relativas, é necessário colocar o acento no próprio processo de interação ensino/aprendizagem (CRE, 2008).

É claro que todo processo educacional envolve aluno, professor, equipe técnica pedagógica, concepção e organização de planejamento e currículo, metodologias específicas e aplicáveis a cada aluno. O aluno aprende com o todo. O professor é um dos caminhos, as metodologias para levar o aluno por este caminho também dependem do aluno e de como se aplicam as variáveis para este entendimento e compreensão. É preciso uma sintonia entre professor e aprendizagem do aluno, para que ocorrendo essa apropriação e consonância, a aprendizagem se efetive, seja em que nível possa acontecer.

Sabemos da grande dificuldade que os professores sentem quando encontram nas salas de aula alunos com tais dificuldades de aprendizagem. Mas, isso não deixa de ser um desafio. É a partir deste momento, que ele se torna melhor professor, com mais habilidades e sai em busca de recursos para atender as necessidades que se apresentam. É preciso que os professores também tenham claro que muitas vezes, estas dificuldades, são de “ensinagem”.

Devemos ter em mente que nem todos os alunos aprendem da mesma maneira. Cada aluno tem um ritmo e uma forma que melhor se enquadra ao seu modelo de aprender. O que é essencial é criar novos contextos que se adaptem às individualidades dos alunos. Como ensinou Paulo Freire, também é importante partir daquilo que cada um sabe, de suas potencialidades,

independente de qual seja a disciplina. O que acontece é que muitas vezes, se parte exatamente da dificuldade que o aluno tem ou apresenta no momento.

A DIDÁTICA DO PROFESSOR PODE SER FATOR DE PREVENÇÃO

De acordo com Blin (2005) pesquisas sobre a eficácia do ensino têm demonstrado a influência dos professores na aprendizagem dos alunos e como conduzem a ação pedagógica:

O conhecimento dos processos associados ao ato de aprender e uma prática didática capaz de facilitá-los pode minimizar grande parte dos problemas e dos rótulos colocados nos alunos com “dificuldades de aprendizagem” (BLIN, 2005)

Segundo Perrenoud (2001) pode-se duvidar que,

Mesmo em uma classe tradicional em que se pratica o ensino frontal, que o professor se dirija constantemente a todos os alunos, que cada um deles receba a mesma orientação, as mesmas tarefas, os mesmos recursos (PERRENOUD, 2001).

Coloca ainda o autor:

Se considerarmos o currículo real como uma série de experiências, chegaremos, grosso modo, a uma conclusão evidente: o currículo real é personalizado, dois indivíduos nunca seguem exatamente o mesmo percurso educativo, mesmo se permanecerem de mãos dadas durante anos (PERRENOUD, 2001).

O que Perrenoud deixa claro, é que individualizar e atender aos processos educativos é possível para os professores, pois ao invés de uma individualização deixada ao acaso, pode ser feito um planejamento que vise atender as possibilidades de cada aluno, de acordo com as características que apresenta.

Existem ainda os alunos que reprovam vários anos na mesma série e isso é mais comum do que se pode imaginar. Essas crianças possuem uma baixa auto-estima e sentem que a escola não foi feita para eles, que não conseguem aprender ou fazer parte deste contexto e se evadem. Segundo Freire (1999, p.35), “os alunos não se evadem da escola, a escola é que os expulsa”. Quem realmente falhou, o aluno ou a escola? Esses alunos reprovados retornarão no ano seguinte?

Vários autores, como Sara Pain, Alicia Fernández, Maria Lucia Weiss, chamam atenção para o fato de que a maior percentual de fracasso na produção escolar, de crianças encaminhadas a consultórios

e clínicas, encontram-se no âmbito do problema de aprendizagem reativo, produzido e incrementado pelo próprio ambiente escolar. (WEISS et. al, 1999, p.46).

É importante considerarmos que a escola e os professores devem valorizar os saberes do aluno, deixando que ele demonstre suas potencialidades, quer ele apresente uma dificuldade específica em determinada disciplina, quer seja ele comprometido com um todo na aprendizagem. Muitas vezes, a escola valoriza somente o conhecimento verbal e matemático, deixando conhecimentos importantes para a sociedade e para o grupo ao qual pertence.

Um fator importante é o professor proporcionar ao aluno com dificuldade de aprendizagem, um ambiente escolar acolhedor, que aceite o aluno como ele é, oferecer-lhe meios para que possa se desenvolver e aprender. A postura ética favorece o aluno já que ele convive numa sociedade excludente.

Para tentar amenizar tantos problemas encontrados nas escolas e nos alunos, é preciso ter em mente que diversificar as situações de aprendizagem é a garantia de atingir as especificidades de todos os alunos, e que muitas vezes, o trabalho pedagógico é que acaba agravando as dificuldades de aprendizagem já existentes.

REFERÊNCIAS

BLIN, J.F. **CLASSES DIFÍCEIS: FERRAMENTAS PARA PREVENIR E ADMINISTRAR OS PROBLEMAS ESCOLARES**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LACASA, P. e GUZMÁN, S. (1997). **DÓNDE SITUAR LAS DIFICULTADES DE APRENDIZAJE? TRANSFORMAR LAS AULAS PARA SUPERARLAS**. Cultura y Educación, 8, 27-48.

FREIRE, P. **A EDUCAÇÃO NA CIDADE**. São Paulo, SP: Cortez, 3ª ed, 1999.

PERRENOUD, P. **A PEDAGOGIA NA ESCOLA DAS DIFERENÇAS: FRAGMENTOS DE UMA SOCIOLOGIA DO FRACASSO**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

WEISS, A. M. L. e CRUZ, M. L. R. **A INFORMÁTICA E OS PROBLEMAS ESCOLARES DE APRENDIZAGEM**. Rio de Janeiro: Ed. DP&A, 1999.

DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM. Disponível <em http://www.eb1-abraveses.rcts.pt/dific_apr.htm> Acesso 18 jul 2007.

ESTRATÉGIAS DE APRENDIZAGEM PARA ALUNOS PROBLEMÁTICOS Disponível em < <http://www.malhatlantica.pt/ecacem/aprendizagem.htm>> Acesso 23 jul 2007

DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM. Disponível em <<http://centrorefeducacional.com.br/adificeis.htm>> Acesso 18 ago 2007

MATEMÁTICA DIVERTIDA. ATIVIDADES PARA ALUNOS ESPECIAIS, DESENVOLVENDO O RACIOCÍNIO E A CRIATIVIDADE. Disponível em <<http://www.eb1-abraveses.vrcts.pt/actividades.htm>> Acesso 28 set 2007.

DIFICULDADE DE APRENDIZAGEM. Disponível em <<http://www.centrorefeducacional.com.br/adificeis.htm>> Acesso 22 out 2007

FLEXIBILIZAÇÃO CURRICULAR: UMA COMPREENSÃO AMPLIADA DO CURRÍCULO ESCOLAR²²



Professora PDE: Marina Ortega Pitta

A instituição escolar constitui o espaço social – e, como tal, mediado por contradições e embates – onde é selecionado e organizado o conhecimento disponível, em determinada época, na sociedade.

Para Michels (2005), por meio do currículo é que são especificadas as normas, as competências e os valores buscados na realização do trabalho da escola. Ou seja,

São [...] as instituições de ensino que selecionam e privilegiam determinados saberes em detrimento de outros, [respondendo] aos interesses de grupos e classes dominantes. [...] Este conhecimento escolar está imbricado na sociedade de maneira mais ampla e não é desconectado das relações de classe (MICHELS, 2005, p.260).

Por isso mesmo, “o estudo do currículo não pode estar descolado do conhecimento, da instituição escolar, dos alunos, dos professores e das relações sociais mais amplas”, sendo necessário ter em conta, ainda, que a “perpetuação do papel da escola e do currículo chega à escola pelos professores que, conscientes ou não, são formados dentro de uma determinada ideologia” (MICHELS, 2005, p.259-260) e se encontram, conseqüentemente, imersos nesse contexto ideológico.

Baptista (2006) destaca os estudos de Edouard Sèguin e que é preciso “refletir sobre as direções de um fazer docente que seja sintônico com o reconhecimento de que, para discutirmos a educação especial, nosso ponto de partida deveria ser aquele que *propõe novamente o problema da educação*” (BAPTISTA, 2006, p.9. Grifos do autor).

²² O texto apresentado aqui constitui excertos e alguns comentários dos originais de KASSAR (2002), MICHELS (2005), SEED/SUED/PR (2005), BAPTISTA (2006), GARCIA (2007), dentre outros.

Em relação às mudanças implementadas na educação brasileira por influência do princípio da inclusão nos diversos contextos escolares, este autor analisa características do plano pedagógico

[...] que expressam aspectos constitutivos comuns entre a educação e a educação especial, destacando as possíveis alterações em uma pedagogia 'tradicional' em direção à valorização de uma pedagogia que contemple elementos como a cooperação e o diálogo. Esse movimento torna-se mais evidente na análise de propostas de organização curricular que são pautadas pela flexibilidade nos procedimentos de avaliação e planejamento, além da presença significativa dos dispositivos de apoio aos docentes e aos alunos (BAPTISTA, 2006. p.12).

O conceito de *flexibilidade curricular* está presente e revestido de importância ímpar “nos discursos que sustentam as políticas de inclusão educacional de alunos com necessidades especiais e se inscreve nos estudos acerca das formas organizativas do trabalho pedagógico” (Garcia, 2007, p. 11). Esta autora mostra que as mudanças verificadas nos discursos e nas práticas docentes acompanham as propostas de mudanças que ainda estão em curso e foram desencadeadas, em nível mundial, a partir da década de 1990, englobando a gestão, a formação de professores e o currículo.

Entretanto, saber que existem propostas nesse sentido não implica necessariamente a sua implementação na prática cotidiana do contexto escolar. Daí a necessidade de um aprofundamento reflexivo sobre o tema, como proposto aqui: Estão ocorrendo mudanças e adaptações na escola regular em função do processo de inclusão? Que percepções apresentam os pais, os professores e a direção da escola regular a respeito do processo de inclusão? Como ocorrem as relações das crianças com necessidades educativas especiais em inclusão com as crianças ditas normais e com os professores na escola regular?

Notou-se que as transformações na escola em função da inclusão acontecem, mas foram percebidas de forma diferente pelos envolvidos. Para um grupo de participantes da pesquisa, as mudanças acontecem de maneira constante, já para outros as transformações estão avançando aos poucos. E ainda, para um outro grupo, a percepção é de que não houve as mudanças.

As modificações curriculares mais acentuadas são referentes aos planos de trabalho, à avaliação e ao planejamento das atividades diárias. As adaptações dos planos de estudos e da avaliação ocorreram porque as crianças com NEE não acompanhavam o plano normal e algumas adequações do currículo foram feitas. Na opinião dos educadores, a criança com NEE precisa de mais e diferentes oportunidades a respeito da avaliação. No entanto um educador pensava que se deve dar um tratamento normal à criança especial, sem dar uma avaliação diferenciada. Deve-se, portanto, ter cautela a este tipo de pensamento uma vez que a inclusão não procura selecionar qual a necessidade do aluno que participará do seu processo. Neste caso, Mittler (2003) pensa que a avaliação pode facilmente se tornar um instrumento de exclusão, por isso é importante às escolas desenvolverem políticas e práticas de avaliação diferenciadas.

Quando se refere a modificações no currículo, nas Diretrizes Nacionais para a Educação Especial, (BRASIL, 2001, p. 58), existe menção à flexibilização do currículo comum aos educandos com NEE, como se vê: em casos muito singulares, em que o educando com graves comprometimentos mentais e/ou múltiplos não possa beneficiar-se do currículo da base nacional comum, deverá ser proporcionado um currículo funcional para atender às necessidades práticas da vida.

A legislação garante a adequação do currículo a necessidades especiais, porém ainda existe muita dúvida por parte dos educadores em como fazer isso. A professora Aline, uma das participantes da pesquisa, contesta as leis dizendo: “A legislação sobre a inclusão não deixa claro como é um currículo adaptado, como regimentar isso. Então o próprio sistema não dá conta de orientar e dar alternativas”. Percebe-se que a maneira de realizar as adaptações curriculares em função da inclusão fica por conta de cada escola, de forma que nem todas as escolas têm o mesmo ponto de partida para a questão. Respeitar às diferenças de cada pessoa é reconhecer que cada um aprende de maneira pessoal, como destacam Negrine e Machado (2004), dizendo que crianças com NEE se desenvolvem de outro modo, e seus processos

de desenvolvimento e aprendizagem não seguem o mesmo curso das crianças ditas normais. Por isso os educadores não devem esperar a mesma reação de todos os alunos, pois a aprendizagem é heterogênea. Nas entrevistas, observou-se que alguns educadores ressaltam a importância de respeitar o ritmo e a maneira de aprendizagem das crianças com NEE. As mudanças devem ser gradativas, respeitando o ritmo das pessoas e sempre buscar o avanço do aluno, evitando comparações.

COMENTÁRIOS FINAIS

O processo de inclusão acarreta um repensar no sistema educacional. As crianças com NEE são educandos com possibilidades de avanço e podem trazer muitos aprendizados pela evidência das diferenças, o que reverte numa maior humanização de todos. Se hoje há dificuldade para lidar com a questão da diferença, possivelmente, é porque no processo de escolarização das gerações anteriores não havia tanto destaque para esta situação. Os jovens que hoje se deparam com colegas diferentes têm condições de serem adultos e cidadãos com maior capacidade de lidar com a questão da inclusão. Crê-se que o trabalho com a inclusão acontece com investimentos em formação de professores, recursos financeiros que auxiliem as modificações apropriadas às escolas e, principalmente, com a mudança de olhar para as diferenças na escola regular pelos profissionais e familiares. As mudanças à inclusão, na escola, precisam acontecer a partir de uma prática que tenha um bom alicerce teórico e só é viável de sucesso quando há reflexão de todos os profissionais que atuam na escola e também quando os familiares compreendem e apóiam este processo. O processo de inclusão acontece, mas ainda é preciso muito empenho de todos para seu avanço.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, C. **EDUCAR E INCLUIR: INTRODUZINDO DIÁLOGOS**. In: _____. (org.). *Inclusão e escolarização: múltiplas perspectivas*. Porto Alegre: Mediação, 2006. p.7-16.

_____. **A INCLUSÃO E SEUS SENTIDOS: ENTRE EDIFÍCIOS E TENDAS**. In: _____ (org.). *Inclusão e escolarização: múltiplas perspectivas*. Porto Alegre: Mediação, 2006. p.83-94.

GARCIA, R. M.C. **O CONCEITO DE FLEXIBILIDADE CURRICULAR NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE INCLUSÃO EDUCACIONAL**. In: JESUS, Denise Meyrelles de. *et alli*. (org.). *Inclusão, práticas pedagógicas e trajetórias de pesquisa*. Porto Alegre: Mediação/Prefeitura Municipal de Vitória/CDV/FACITEC, 2007. p.11-20.

UNIVERSO AUTISTA. **PANORAMA DE PERCEPÇÕES**. Disponível em <<http://universoautista.com.br/autismo/modules/sections/index.php?op=viewarticle&artid=224>> Acesso em 03 dez 2007.

