

Universidade Federal de Santa Maria
Pró-Reitoria de Graduação
Centro de Educação
Curso de Graduação a Distância de Educação Especial

FUNDAMENTOS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL II

2º Semestre

1ª Edição, 2005



Secretaria de
Educação Especial

Secretaria de
Educação a Distância

Ministério
da Educação



Elaboração do Conteúdo

Prof^a Elisane Maria Rampelotto

Prof. José Luiz Padilha Damilano

Prof^a Melânia de Melo Casarin

Prof^a Soraia Napoleão Freitas

Professores Pesquisadores (Conteudistas)

Simoni Timm Hermes

Acadêmico Colaborador

Desenvolvimento das Normas de Redação

Profa. Ana Cláudia Pavão Siluk

Profa. Luciana Pellin Mielniczuk (*Curso*

de Comunicação Social | Jornalismo)

Coordenação

Profa. Maria Medianeira Padoin

Professora Pesquisadora Colaboradora

Danúbia Matos

Iuri Lammel Marques

Acadêmicos Colaboradores

Revisão Pedagógica e de Estilo

Profa. Ana Cláudia Pavão Siluk

Profa. Eunice Maria Mussoi

Profa. Eliana da Costa Pereira de Menezes

Profa. Cleidi Lovatto Pires

Profa. Maria Medianeira Padoin

Comissão

Revisão Textual

(*Curso de Letras | Português*)

Profa. Ceres Helena Ziegler Bevilaqua

Coordenação

Angelise Fagundes da Silva

Marta Azzolin

Acadêmicas Colaboradoras

Direitos Autorais

(*Direitos Autorais | Núcleo de Inovação e de*

Transferência Tecnológica | UFSM)

Projeto de Ilustração

(*Curso de Desenho Industrial | Programação Visual*)

Prof. André Krusser Dalmazzo

Coordenação

Paulo César Cipolatt de Oliveira

Vinicius de Sá Menezes

Técnico

Lilian Landvoigt da Rosa

Marcus Vinicius Severo de Moura

Orlando Fonseca Júnior

Tiago da Silva Krening

Vanessa Pinheiro Reyes

Acadêmicos Colaboradores

Fotografia da Capa

(*Curso de Desenho Industrial | Programação Visual*)

Prof. Paulo Eugenio Kuhlmann

Coordenação

Projeto Gráfico, Diagramação e Produção Gráfica

(*Curso de Desenho Industrial | Programação Visual*)

Prof. Volnei Antonio Matté

Coordenação

Clarissa Felkl Prevedello

Técnica

Bruna Lora

Filipe Borin da Silva

Acadêmicos Colaboradores

Impressão

Gráfica e Editora Pallotti

* o texto produzido é de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

F981 Fundamentos da educação especial II : 2º semestre / [elaboração do conteúdo José Luiz Padilha Damilano... [et al.] ; revisão pedagógica e de estilo Profa. Ana Cláudia Pavão Siluk... [et al.]].- 1. ed. - Santa Maria, Universidade Federal de Santa Maria, Pró-Reitoria de Graduação, Centro de Educação, Curso de Graduação a Distância de Educação Especial, 2006.
80 p. : il. ; 30 cm.

1. Educação 2. Ensino 3. Educação especial I. Damilano, José Luiz Padilha II. Siluk, Ana Cláudia Pavão III. Universidade Federal de Santa Maria. Pró-Reitoria de Graduação. Centro de Educação. Curso de Graduação a Distância de Educação Especial. IV. Título.

CDU: 376.1/.4

Presidente da República Federativa do Brasil

Luiz Inácio Lula da Silva

Ministério da Educação

Tarso Genro

Ministro da Educação

Prof. Ronaldo Mota

Secretário de Educação a Distância

Profa. Cláudia Pereira Dutra

Secretária de Educação Especial

Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Paulo Jorge Sarkis

Reitor

Prof. Clóvis Silva Lima

Vice-Reitor

Prof. Roberto da Luz Júnior

Pró-Reitor de Planejamento

Prof. Hugo Tubal Schmitz Braibante

Pró-Reitor de Graduação

Profa. Maria Medianeira Padoin

Coordenadora de Planejamento Acadêmico e de Educação a Distância

Prof. Alberi Vargas

Pró-Reitor de Administração

Sr. Sérgio Limberger

Diretor do CPD

Prof. Jorge Luiz da Cunha

Diretor do Centro de Educação

Prof. João Manoel Espinã Rossés

Diretor do Centro de Ciências Sociais e Humanas

Prof. Edemur Casanova

Diretor do Centro de Artes e Letras

Coordenação da Graduação a Distância em Educação Especial

Prof. José Luiz Padilha Damilano

Coordenador Geral

Profa. Vera Lúcia Marostega

Coordenadora Pedagógica e de Oferta

Profa. Andréa Tonini

Coordenadora de Tutorias e dos Pólos

Profa. Vera Lúcia Marostega

Coordenadora da Produção do Material do Curso

Coordenação Acadêmica do Projeto de Produção do Material Didático - Edital MEC/SEED 001/2004

Profa. Maria Medianeira Padoin

Coordenadora

Odone Denardin

Coordenador/Gestor Financeiro do Projeto

Lígia Motta Reis

Assessora Técnica

Genivaldo Gonçalves Pinto

Apoio Técnico

Prof. Luiz Antônio dos Santos Neto

Coordenador da Equipe Multidisciplinar de Apoio

Sumário

APRESENTAÇÃO DA DISCIPLINA	05
-----------------------------------	----

UNIDADE A

NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS E O CONTEXTO

ESCOLAR NAS CATEGORIAS: SURDEZ, TRANSTORNO DE

APRENDIZAGEM E DÉFICIT COGNITIVO	07
---	----

1. Surdez	09
-----------	----

2. Transtornos / problemas/ dificuldades de aprendizagem	13
--	----

3. Déficit cognitivo	23
----------------------	----

UNIDADE B

MODALIDADES DE ATENDIMENTO	43
-----------------------------------	----

1. Escola especial	45
--------------------	----

2. Instituição especializada	46
------------------------------	----

3. Classe especial	47
--------------------	----

4. Sala de recursos	49
---------------------	----

5. Classe hospitalar	50
----------------------	----

6. Ambiente domiciliar	51
------------------------	----

7. Serviço Itinerante	53
-----------------------	----

UNIDADE C

A DINÂMICA FAMILIAR	59
----------------------------	----

1. A instituição família ao longo dos tempos	61
--	----

2. Ciclo vital da família	72
---------------------------	----

REFERÊNCIAS

Referências Bibliográficas	76
----------------------------	----

Apresentação da Disciplina

FUNDAMENTOS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL II

2º Semestre

Nessa disciplina, esperamos que você conheça alguns aspectos importantes da surdez, do transtorno de aprendizagem e do déficit cognitivo. Também que compreenda as características e a importância dos modelos de atendimento educacional oferecidos aos alunos com necessidades educacionais especiais, e ainda, que perceba o papel da família dessas crianças.

Diante disso, na primeira unidade, abordaremos as causas, as características, as implicações e intervenções educacionais da surdez, do transtorno de aprendizagem e do déficit cognitivo. Estas condições serão apresentadas individualmente. Na segunda unidade, apresentaremos os modelos de atendimento educacional, e na terceira, analisaremos a constituição da família, especialmente daquela em que há indivíduos com necessidades especiais.

Na avaliação, serão consideradas as atividades propostas no caderno didático, participação on-line e a prova presencial no final do semestre.

Esta disciplina será desenvolvida com uma carga horária de setenta e cinco (75) horas/aula.

Entenda os nossos ícones!



Alerta

Alerta o leitor sobre algum assunto que está sendo tratado no momento.



Saiba Mais - Recomendação

Indica fontes externas e outras leituras, como livros, sítios na internet, artigos, outros itens da própria apostila, etc.



Conteúdos Relacionados

Sugere ao aluno conhecer um ou mais conteúdos específicos para melhor entendimento do conteúdo atual.



Atividades

As atividades dizem respeito aos exercícios abordados no tópico anterior, podem ser analógicas ou digitais.

A

Prof^a. Elisane Maria Rampelotto
Prof. José Luiz Padilha Damilano

NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS E O CONTEXTO ESCOLAR NAS CATEGORIAS: SURDEZ, TRANSTORNO DE APRENDIZAGEM E DÉFICIT COGNITIVO

Objetivos da Unidade

Após o estudo do conteúdo e a realização das atividades propostas, esperamos que você alcance os seguintes objetivos:

- conheça as causas da surdez, transtorno de aprendizagem e déficit cognitivo;
- identifique as principais características das pessoas surdas, com transtorno de aprendizagem e com déficit cognitivo;
- reconheça as implicações e intervenções educacionais no trabalho com pessoas surdas, com transtorno de aprendizagem e com déficit cognitivo.

Introdução

No semestre anterior, na disciplina de Fundamentos da Educação Especial I, você estudou algumas necessidades educacionais especiais, tais como: altas habilidades, deficiência visual, deficiência física, transtorno de déficit de atenção / hiperatividade, autismo e síndrome de Down.

Nessa unidade, daremos prosseguimento ao estudo das necessidades educacionais especiais, enfatizando a surdez, os problemas de aprendizagem e o déficit cognitivo - áreas específicas da sua formação acadêmica. Para tal, organizamos a unidade apresentando as causas, as características e as implicações /

intervenções pedagógicas de cada categoria. Nas temáticas como problemas de aprendizagem e déficit cognitivo foram acrescentadas algumas referências históricas e as definições mais aceitas atualmente.

Certamente ao estudar essas áreas você estabelecerá relações com as experiências tidas com pessoas surdas, com problemas de aprendizagem ou com déficit cognitivo em sua comunidade. Essas relações, mais as leituras indicadas no decorrer do texto e nas referências bibliográficas, serão imprescindíveis para a construção de conhecimentos sólidos em sua formação.

1 Surdez

Professora Elisane Maria Rampelotto

A surdez pode ser entendida como um fenômeno físico e pode também ser pensada como uma construção cultural.

Se optarmos por compreendê-la como um fenômeno físico, ela se configura como um modelo clínico-terapêutico. Nesse modelo, a concepção de deficiência se relaciona com a patologia, com a doença, ou seja, o surdo é considerado uma pessoa que não ouve, por isso, não fala. A falta de audição converteu-se em deficiência - uma patologia que necessita ser curada para que o sujeito possa ser corrigido da anormalidade e assim ele poderá ser integrado.

Como uma construção cultural, a surdez nos leva "à historicidade dos conceitos e aos modos pelos quais seus sentidos se alteram segundo perspectivas teóricas e posições políticas" (LULKIN, 2000, p.19). Aqui começa uma nova visão, oposta ao modelo clínico-terapêutico, numa perspectiva sócio-antropológica da surdez.

O modelo sócio-antropológico da surdez começa a ser pensado a partir da década de 60 quando antropólogos, linguistas e sociólogos se interessam pelas questões dos surdos.

Skliar (2001) destaca que nessa visão a comunidade surda se origina a partir de uma atitude diferente frente ao déficit, pois não leva em consideração o grau de perda auditiva do sujeito surdo. Assim, ressalta o autor, a surdez não deve ser encarada como uma deficiência e sim como uma diferença.

Diz ainda que o modelo educativo concreto dessa visão se baseia na construção de campos do conhecimento e de ação para os surdos. Essa proposta tem como objetivo mudar a estrutura tradicional de aula, utilizando-se de espaços criativos de informações e comunicação, onde surdos, de diferentes locais, compartilham com professores ouvintes e surdos, atividades como: brincadeiras, teatro, história, cultura, ciências, computação, etc. Outro destaque importante para o autor é que a participação na comunidade surda se define:

- pelo uso comum da Língua de Sinais;
- pelos sentimentos de identidade grupal;
- pelo auto-reconhecimento e identificação como surdo;
- pelo reconhecer-se como diferente e não como deficiente;
- como uma comunidade lingüística diferente e não como um desvio da normalidade.

Os surdos estão tentando falar por eles, sobre eles, sem a visão dos médicos, fonoaudiólogos, professores, que pensaram e agiram na condução de sua educação, língua e cultura. As comunidades surdas imprimiram e construíram uma cultura surda, marcada fortemente pelo uso da língua de sinais. Desejam ser vistos e narrados a partir dos estudos culturais, como sujeitos que possuem uma história de lutas pelo reconhecimento de sua diferença e de uma cultura própria.

Por **Língua de Sinais (LS)** entende-se um sistema lingüístico usado para a comunicação entre pessoas surdas e adquirido, como primeira língua, por pessoas que não podem ouvir nenhuma língua falada e por filhos de pais surdos (STOKOE, 1980). É conhecida no Brasil como LIBRAS - Língua Brasileira de Sinais.

Você Sabia?

Visão sócio-antropológica da surdez: segundo Skliar (2001) é uma idéia que gera um modelo educativo novo, utilizando o surdo e a surdez para falar do deficiente auditivo. Ainda é uma concepção na qual os surdos têm um papel importante na construção de sua própria educação. São os surdos adultos que devem construir modelos fundamentais lingüísticos e pedagógicos para o desenvolvimento das crianças surdas.

Estudos Culturais:

Segundo Silva (1999, p.133-134) os Estudos Culturais concedem a cultura como amplo campo de lutas em torno da significação social. A cultura é um campo de significados no qual os diferentes grupos sociais, situados em posições diferenciadas de poder, lutas pela imposição de seus significados a sociedade mais ampla. A cultura é nessa concepção, um campo contestado de significação. O que está centralmente envolvido nesse jogo é a definição de identidade cultural e social dos diferentes grupos.

A surdez, ao ser entendida como experiência visual, e o sujeito surdo, como usuário da língua de sinais, abrem um espaço para problematizar a questão da patologia e reforçar as noções de identidade e cultura surda. Os estudos surdos, fundamentados no campo dos estudos culturais, percebem a surdez como uma diferença política, de identidade e de diversas representações.

Cabe dizer que, mesmo fazendo essas considerações fundamentais acerca da cultura surda, os documentos elaborados pelo MEC/SEESP, ainda apresentam uma visão predominantemente clínica.

Causas da surdez

A surdez pode ser causada por três fatores:

Pré-natais:

- infecções maternas (virais ou bacterianas, tais como: rubéola, sífilis, caxumba, sarampo, etc);
- uso de medicamento ototóxicos;
- hereditariedade;
- exposição à radiação;
- diabetes;
- desnutrição materna.

Peri-natais:

- eritroblastose fetal;
- peso inferior a 1K500g;
- expulsão muito rápida;
- subnutrição;
- icterícia;
- prematuridade;
- parto prolongado (anóxia);
- anorexia;
- hipóxia;
- fórceps.

Pós-natais:

- meningite;
- sarampo;
- medicamentos ototóxicos;
- caxumba;
- otites.

Alguns sintomas da surdez:

- a criança não movimentar a cabeça em direção à fonte sonora;
- a criança apresenta atraso na aquisição da linguagem, com compreensão alterada da fala e emissões inadequadas;
- sente zumbido no ouvido;
- sente necessidade de aumentar o volume da TV ou rádio;
- sente dor de ouvido freqüente, coceira intensa, secreção inflamatória;
- tem necessidade de falar alto ou gritar;
- apresenta dificuldade de ouvir ao telefone, etc.

Prevenção da surdez:

A surdez pode ser evitada tomando algumas precauções como:

- vacinando-se contra rubéola (mínimo seis meses antes da gravidez);
- procurando acompanhamento médico antes e durante a gestação;
- evitando a automedicação e uso de drogas;
- vacinando seu filho, prevenindo doenças como sarampo, caxumba, meningite, etc;
- evitando uso de objetos pontiagudos nos ouvidos;
- orientações às gestantes sobre sífilis, diabetes, alcoolismo e sobre uso de drogas ototóxicas.

Caracterização da surdez

As perdas auditivas são classificadas de acordo com o grau de surdez. Assim, a pessoa surda pode ser considerada como:

Parcialmente surda ou deficiência auditiva (DA):

1- Pessoa com surdez LEVE - quando apresenta perda auditiva de 26 a 40 dB. A pessoa adquire linguagem, mas pode ter dificuldades de fala, leitura e escrita, pois ela não percebe da mesma forma todos os fonemas das palavras. Também não é ouvida a voz fraca ou de longe. Geralmente é uma pessoa "considerada desatenta" tendo que repetir com frequência o que lhe falam (MEC, SEESP, 2004). Nesse caso, é indicado uso de aparelho auditivo.

2- Pessoa com surdez MODERADA - quando apresenta perda auditiva de 41 a 70 dB. A pessoa adquire a linguagem, mas também pode ter dificuldades de fala, leitura e escrita e, em conseqüência, atraso de linguagem. Nesse caso, a pessoa "tem maior dificuldade de discriminação auditiva em ambientes ruidosos". Consegue "identificar as palavras mais significativas, tendo dificuldade em compreender certos termos de relação e/ou formas gramaticais complexas" (MEC, SEESP, 2004). Nesse caso, o uso do aparelho auditivo pode ajudar a identificar alguns sons).

Surdo:

1- Pessoa com surdez SEVERA - 71 A 90 dB. Poderá identificar somente ruídos familiares e perceber a voz forte, "podendo chegar até aos quatro ou cinco anos sem aprender a falar. A compreensão verbal vai depender, em grande parte, de sua aptidão para utilizar a percepção visual e para observar o contexto das situações"

(MEC, SEESP, 2004).

2- Pessoa com surdez PROFUNDA - a partir de 91 dB. Não percebe nem identifica a voz humana. Não adquire a língua oral, sendo preciso conviver com a comunidade surda e adquirir a LS. Por meio da LS, o surdo tem pleno desenvolvimento lingüístico.

Implicações e intervenções educacionais na surdez

Em relação à surdez, é importante que "os sistemas de ensino se organizem de forma que haja escolas em condições de oferecer aos surdos o ensino em língua brasileira de sinais e em língua portuguesa" (MEC/SEESP, 2004).

Conforme previsto na LDBEN 9394/96, o atendimento ao surdo na educação infantil é oferecido em creches e pré-escolas. A aprendizagem deve favorecer "relações significativas da criança com seus pares e consigo mesma". Deve, ainda, contar com a presença de um professor para o ensino da língua portuguesa, e de outro professor - instrutor surdo - para que a criança tenha contato diariamente com a LIBRAS a fim de que desenvolva as competências lingüísticas necessárias.(MEC, SEESP, 2004).

O atendimento educacional das creches e das pré-escolas pode ser organizados em:

- classes comuns inclusivas;
- classes especiais;
- escolas especiais.

Depois da educação infantil, a escolarização do aluno surdo pode acontecer em níveis e modalidades de educação do ensino fundamental, do ensino médio, da educação profissional, da educação de jovens e adultos e da educação superior. Uma educação que deve

Você Sabia?

O decibél (abrevia-se "dB") é uma unidade usada para medir a intensidade ou volume dos sons. É uma forma de notação amplamente utilizada, tomando assim a tarefa de se calcular ganhos e perdas com muito mais facilidade. O decibél surgiu com a indústria telefônica para descrever os ganhos e perdas de sinais de áudio nos circuitos de telefones. A denominação da unidade original foi chamada de "bel" em homenagem a Alexandre Graham Bell, o inventor do telefone.

se dar de forma diferenciada, respeitando as diferenças culturais e lingüísticas do aluno surdo.

Como modelos de identificação da língua e da cultura, é de extrema importância que a educação infantil e fundamental aconteça numa escola ou classe para surdos.

O ensino médio, caso não seja possível acontecer em escolas de surdos, pode ser

realizado no ensino regular, desde que se garanta a presença do intérprete de Língua de Sinais.

Através da Portaria do MEC N.º 1.679, de 02 de dezembro de 1999, em seus Art. 1º e 2º, parágrafo único, na educação superior é assegurada a presença do intérprete de LIBRAS, desde o acesso até a conclusão do Curso.

2 Transtornos / problemas / dificuldades de aprendizagem

Professor José Luiz Padilha Damilano

A temática transtorno de aprendizagem foi apresentada como parte do conteúdo a ser desenvolvido nesta disciplina. E certamente você perceberá que esse título traz, além da palavra transtorno, problemas e dificuldades de aprendizagem. Há diferentes concepções entre os pesquisadores e até mesmo no uso aleatório desta terminologia tanto na literatura especializada, quanto entre os profissionais que atuam na área. Apresentaremos a seguir algumas definições e a evolução histórica dos estudos sobre o tema, bem como causas e intervenções educacionais.

Há que destacar que estes conteúdos serão meramente introdutórios, para situarmos o tema dentro do contexto escolar e das necessidades educacionais especiais, pois, no quarto semestre do curso, vocês trabalharão com uma disciplina específica - Dificuldades de Aprendizagem - na qual aprofundarão os estudos e construirão conhecimentos sistematizados nessa categoria.

Como já afirmamos anteriormente, há falta de consenso e, muitas vezes, divergências entre diversos autores quanto ao uso e compreensão dos termos: transtornos, problemas e dificuldades de aprendizagem. A literatura especializada também refere distúrbios e déficit da aprendizagem tanto quanto os termos citados anteriormente. Ainda há expressões como dificuldades específicas de aprendizagem, incapacidades para a aprendizagem, deficiências na aprendizagem, deficiências cognitivas, lesão cerebral, disfunção cerebral mínima, imaturidade orgânica, o que mostra a diversidade de concepções, para não dizermos a "confusão" estabelecida entre os pesquisadores e profissionais, aqui incluídos professores, psicólogos, neurologistas, psiquiatras, psicopedagogos e tantos outros que trabalham com crianças e jovens e que se incluem nessa categoria.



Figura A.1: Transtornos, problemas e dificuldades de aprendizagem.

Podemos inferir que muito dessa confusão deve-se, principalmente, às perspectivas quanto às causas que originam o problema. Educadores e psicopedagogos inclinam-se para as causas pedagógicas, psicológicas ou sociais num sentido mais amplo, enquanto os neurologistas e neuropsicólogos privilegiam causas neurológicas e fisiológicas como determinantes.

Ainda quanto à terminologia, há que se considerar a revisão bibliográfica feita por Casas (apud CRUZ, 1999, p.13), "(...) é evidente a ausência de acordo entre os profissionais na tarefa aparentemente simples de atribuir um nome ao grupo de crianças que manifestam determinadas dificuldades nas suas aprendizagens (...)", tendo encontrado mais de quarenta denominações referentes a essas crianças.

Por ora, e nessa unidade, sugerimos o uso de "problemas de aprendizagem". Essa terminologia abrange dificuldades de aprendizagem como uma condição que pode ser transitória ou tornar-se um processo, o qual demandará uma atuação mais atualizada e

dependerá da compreensão e da intervenção do professor na sala de aula; e distúrbios (ou transtornos) da aprendizagem que implicam alterações biológicas específicas e/ou transtornos da leitura, matemática, escrita e linguagem.

Problemas de aprendizagem {
Dificuldades de aprendizagem
Distúrbios (transtornos) da aprendizagem

Certamente você encontrará, como já destacamos anteriormente, outras formas e/ou outras concepções de dificuldades de aprendizagem. O que foi posto acima é uma de tantas e é a que nós usamos em sala de aula. No quarto semestre do curso, na disciplina específica (a que nos referimos no início desta subunidade) você terá a oportunidade de imersão no tema e as conseqüentes discussões para o devido aprofundamento.

Antes de seguirmos adiante, gostaríamos de fazer uma pequena referência à expressão fracasso escolar, que tem como um de seus componentes os problemas de aprendizagem. Isso significa que problemas de aprendizagem e fracasso escolar não são simplesmente sinônimos, mas que um (problemas de aprendizagem) pode ser uma das causas do outro (fracasso escolar).

A seguir, apresentaremos algumas inferências de Cruz (1999) sobre a evolução da temática para então destacarmos as noções mais aceitas atualmente.

Breves referências históricas

Em seus estudos, Cruz (1999) apresentou quatro fases nessa evolução histórica: a fase de fundação, a fase de transição, a fase de integração e a fase contemporânea.

Na fase de fundação, que se estende aproximadamente de 1800 a 1930, percebemos a grande influência das áreas de Medicina, Neurologia e Psiquiatria, ou seja, nessas áreas, iniciaram-se estudos a fim de compreender as relações existentes entre cérebro, pensamento e linguagem.

Embora a base de conceituação das dificuldades de aprendizagem nessa fase seja essencialmente organicista, ainda, atualmente, serve de referência para alguns estudos e abordagens. Haja vista que conceitos importantes surgiram na época, alguns, como a frenologia de Gall (1796), são hoje totalmente rejeitados.

Você Sabia?

Através do texto "Quando o problema não é o aluno" você pode encontrar experiências vivenciadas por alunos que mostram algumas abordagens do fracasso escolar. Esse texto está disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/folha/sinapse/ult1063u723.shtml>

Frenologia

Essa disciplina especificaria a localização, através do exame das protuberâncias do crânio, das funções mentais (linguagem, memória e inteligência) e identificaria a personalidade (CASAS apud CRUZ, 1999).



Figura A.2: Franz Joseph Gall

Outros conceitos, como a dominância cerebral de Samuel Orton, ainda são considerados no que concerne ao hemisfério esquerdo como dominante nas pessoas destros, porém não quanto às dificuldades de leitura quando não há uma dominância hemisférica estabelecida.

Alexia e dislexia, conceitos de Hinshelwood, são também dessa fase, bem como o estabelecimento de áreas específicas de algumas funções neurológicas superiores: área da fala, de Broca, situada no lobo frontal e área da linguagem compreensiva, de Wernicke, no lobo temporal esquerdo (CRUZ, 1999).

Samuel Orton

Psiquiatra americano que foi um dos pioneiros a considerar a dislexia como uma alteração neuronal.

Alexia

Distúrbio em que o indivíduo apresenta perdas na capacidade de leitura. A alexia advém de uma lesão cerebral.

Dislexia

Dificuldade caracterizada por problemas na decodificação (correspondência entre letra e som), na soletração e na fluência de palavras. A dislexia se divide em dislexia de desenvolvimento e dislexia adquirida.

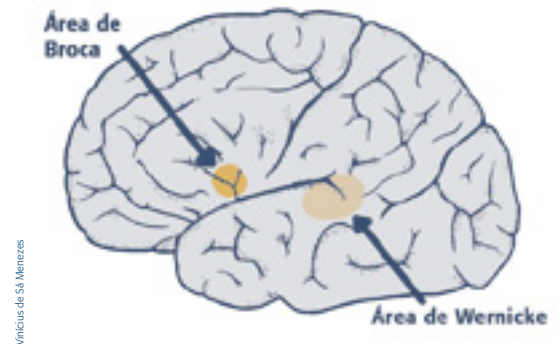


Figura A.3: Área da fala de Broca e área da linguagem compreensiva de Wernicke

A contribuição maior desses pioneiros foi estabelecer que lesões em áreas bem delimitadas do cérebro ocasionam algumas alterações neuropsicológicas específicas.

A fase de transição traz à tona os estudos de outras áreas do conhecimento: a Educação e a Psicologia. Essa fase se estende de 1930 a 1963. Entre os estudiosos que mais se destacaram nesse período temos Heinz Werner, Alfred Strauss, William Cruickshank, Newell C. Kephart, Marianne Frosting, Helmer Mykelbust, Mildred McGinnis e Samuel Kirk (CRUZ, 1999).

Nessa fase, ainda não há um campo específico para as dificuldades de aprendizagem. As pesquisas mostravam vários problemas que interferiam na aprendizagem de crianças com inteligência considerada normal (TORGESEN apud CRUZ, 1999). Estes problemas foram designados, na época, como lesão cerebral mínima, deficiências perceptivas, afasia, problemas perceptivo-visuais, percepto-motores e de atenção.

O importante nessa fase, além da contribuição mais sistematizada de psicólogos e educadores, foram os programas de reeducação das chamadas funções neurológicas superiores, através do desenvolvimento das habilidades viso-perceptivas, percepto-motores e psicolinguísticas.

A fase seguinte, denominada fase de integração (1963-1980), resultou dos conhecimentos construídos nas fases anteriores, os quais levaram à facilitação nos diagnósticos e a diversos modelos de intervenção.

Conforme Rebelo (apud CRUZ, 1999), houve uma expansão rápida, nos Estados Unidos da América, tanto de programas de intervenção nas escolas quanto de cursos para formação de professores na área. Área agora já identificada pelo termo "dificuldade de aprendizagem" (*learning disability*) popularizado em 1963, por Samuel Kirk (apud CRUZ, 1999, p. 30)

(...) eu usei o termo 'dificuldades de aprendizagem' para descrever um grupo de crianças que têm desordens no desenvolvimento da linguagem, da fala, da leitura e das habilidades associadas à comunicação necessárias para a interação social. Neste grupo eu não incluo as crianças que têm défices sensoriais tais como a cegueira ou a surdez, porque temos métodos para lidar e treinar os surdos e os cegos, eu também excluo deste grupo as crianças que apresentam um atraso mental generalizado.

Refere Cruz (1999), citando Garcia (1995), Hammil (1995), Cruickshank (1976) e Correia (1991), que esta área de estudos e intervenção foi reconhecida e desenvolvida mormente pela contribuição associada de pais e professores, e o termo "dificuldade de aprendizagem" foi bem

aceito por valorizar o componente educacional e não mais o componente clínico. Incluíram-se aí todas aquelas crianças que, apesar de não terem deficiências, não obtinham sucesso na aprendizagem escolar.

Assim, conforme Kirk (apud CRUZ, 1999, p. 30) essas eram crianças:

- 1 - que mostravam uma discrepância entre o seu potencial de aprendizagem e o de execução;
- 2 - em que o atraso acadêmico não se devia a outras deficiências sensoriais;
- 3 - que não tinham aprendido pelos métodos usuais e que necessitavam de métodos especiais de instrução.

A partir desse momento, foi fundada a "*Association for Children with Learning Disabilities*". Com essa fundação, os problemas de aprendizagem foram postulados através da análise do próprio indivíduo e dos seus contextos de interação (inclusive a escola). Entre autores que podem ser citados, estão Howard S. Adelman, A. O. Ross, F. R. Velutino e Joseph K. Torgesen (CRUZ, 1999).

Por fim, na fase contemporânea, desde 1980 até os dias atuais, procura-se encontrar uma definição sobre transtornos de aprendizagem. Ainda, através de modelos como a análise aplicada ao comportamento, o processamento de informação e a neuropsicologia, traçam-se novas possibilidades de intervenção no processo de aprendizagem e nos fatores que o influenciam a fim de favorecer àquelas crianças que apresentam dificuldades (CRUZ, 1999).

Você Sabia?

Essas abordagens, por serem mais atuais, certamente serão aprofundadas na disciplina Dificuldades de Aprendizagem que, como já referimos, faz parte do elenco curricular do quarto semestre do curso.

Algumas definições

Diante desse breve percurso histórico, poderíamos retirar inúmeras definições dos próprios autores citados. Entretanto, baseados em HAMMIL (apud CRUZ, 1990), apontaremos apenas aquelas que, na atualidade, se apresentam viáveis na atividade profissional. Isso não significa que são definitivas, pois a Ciência é dinâmica, e a cada ano, surgem novos estudos que, muitas vezes, se contrapõem ao que hoje é aceito e utilizado. Essas são as definições da "U. S. Office of Education (USOE)"; do "*National Joint Committee on Learning Disabilities (NJCLD)*"; da "*Learning Disabilities Association of America (LDA)*"; da "*Interagency Committee on Learning Disabilities (ICLD)*".

A "U. S. Office of Education (USOE)", em 1977, propôs que

dificuldade de aprendizagem específica significa uma desordem num ou mais dos processos psicológicos envolvidos na compreensão ou no uso da linguagem, falada ou escrita, que se pode manifestar numa habilidade imperfeita para ouvir, falar, ler, escrever, soletrar, ou para fazer cálculos matemáticos. O termo inclui condições tais como desvantagens (*handicaps*) perceptivas, lesão cerebral, disfunção cerebral mínima, dislexia e afasia desenvolvimental. O termo não inclui crianças que têm dificuldades de aprendizagem que são primariamente o resultado de desvantagens (*handicaps*), visuais, auditivas, ou motoras, ou deficiência mental, ou distúrbios emocionais, ou desvantagem envolvimento, cultural ou econômica (CRUZ, 1999, p. 57).

Na definição proposta pela "*National Joint Committee on Learning Disabilities (NJCLD)*", podemos observar a preocupação em abordar

alguns aspectos das dificuldades de aprendizagem de maneira incisiva. Dentre esses aspectos, temos: elas se apresentam como um grupo heterogêneo de desordens que incluem dificuldades para aquisição e utilização da audição, da fala, da leitura, da escrita, do raciocínio, de habilidades matemáticas; são intrínsecas dos indivíduos; podem estar relacionadas com disfunções do sistema nervoso central; não se constituem como resultados de outras condições como, por exemplo, distúrbios mentais ou diferenças culturais (NJCLD, 1991).

A "*Learning Disabilities Association of America (LDA)*" discordou da definição da USOE, em 1977. Para tal, propôs outra definição que abordava as dificuldades de aprendizagem como uma condição crônica que interferia no desenvolvimento, integração e/ou demonstração de habilidades verbais ou não-verbais e que poderia afetar outros setores da vida do indivíduo. Nesse sentido, não se pôs a especificar os tipos de dificuldades de aprendizagem como nas definições expostas anteriormente. Além disso, não se abrangeu as questões relativas à concomitância ou não de outros problemas.

Na definição proposta pela "*Interagency Committee on Learning Disabilities (ICLD)*", acrescentaram-se às dificuldades de aprendizagem listadas na NJCLD (dificuldades na aquisição e uso da audição, fala, leitura, escrita, raciocínio, habilidades matemáticas) as habilidades sociais. Nas palavras de CRUZ (1999), esse acréscimo não foi defendido por muitos autores, inclusive pelo Departamento de Educação dos Estados Unidos da América que apresentou três possíveis conseqüências: mudanças na lei

pública (PL 894-142), aumento das confusões com respeito às dificuldades de aprendizagem e aumento do número de crianças com dificuldades de aprendizagem.

Como vocês já perceberam, são definições elaboradas por órgãos e ou instituições dos Estados Unidos da América, que ainda influenciam fortemente as pesquisas e os modelos de intervenção no nosso País. Tal abordagem não significa que os estudos europeus não tenham valor, porém, para apresentar essa temática, optamos pelas concepções aqui referidas.

Causas dos problemas de aprendizagem

Podemos perceber que, assim como as definições propostas sobre as dificuldades de aprendizagem, as causas apontadas também se originam de diferentes teorias e ou da formação e orientação de quem as formula. Nesse sentido, Cruz (1999) destaca as teorias neurofisiológicas, as teorias perceptivo-motoras e as teorias psicolingüísticas e cognitivas.

Nas teorias neurofisiológicas, procura-se relacionar as dificuldades de aprendizagem com as lesões no Sistema Nervoso Central. Nas teorias perceptivo-motoras, as dificuldades de aprendizagem derivam de deficiências perceptivas e motoras existentes no indivíduo. As teorias psicolingüísticas e cognitivas apresentam, como causas das dificuldades de aprendizagem, as falhas na recepção da informação, as falhas na produção da informação e a apresentação de conteúdos irrelevantes na informação.

Ainda considerando válido destacar estudos desenvolvidos na Universidade Federal de Santa

Maria, trazemos alguns fatores etiológicos defendidos por Marquezan (2000). Esse pesquisador postula a dificuldade de aprendizagem como uma alteração no sistema de trocas entre o indivíduo e o seu meio. Dessa maneira, "a alteração no sistema de trocas pode ocorrer em função de comprometimento do organismo, em função do meio ou pela consideração entre ambos" (MARQUEZAN 2000, p. 07).

Com relação ao organismo, o autor aponta os fatores psicomotores, cognitivos e socio-emocionais. Nos fatores psicomotores, temos o esquema corporal, a coordenação motora, o equilíbrio, a lateralidade, as orientações espacial e temporal, as discriminações visual e auditiva. Nos fatores cognitivos, revelam-se as funções psicológicas superiores (pensamento, linguagem, percepção, atenção, memória, imaginação). Já nos fatores socioemocionais, encontramos o desajuste social como, por exemplo, a delinqüência; e os distúrbios emocionais que se manifestam através da ansiedade, do afastamento e da agressão.

Referente ao meio, o autor destaca os fatores familiares, escolares, socioeconômicos e culturais. Nos fatores familiares, estão compreendidos as expectativas e os valores implícitos na convivência familiar do indivíduo. Nos fatores escolares, Marquezan (2000, p. 17) destaca alguns mediadores psicossociais e organizacionais, tais como: "a dinâmica de sala de aula, expectativa do professor, imaginário escolar, conhecimento, senso comum, formação de professores, currículo, clima organizacional, poder, conflito, atribuição de causalidade e conformismo". Nos fatores socioeconômicos e culturais, o autor atenta para a interferência

Você Sabia?

Você pode ler mais sobre esse assunto no texto "Distúrbios, transtornos, dificuldades e problemas de aprendizagem", de Juliana Zantutt Nutti. Ele está disponível em <http://www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entriD=339>

da globalização nos papéis desempenhados pelos indivíduos na sociedade.

Caracterização dos problemas de aprendizagem

Ao estudarmos as características da população, considerada com dificuldades de aprendizagem, devemos nos reportar a algumas classificações, posto que não há aceitação de critério único para uma classificação que diminua a confusão conceitual (como já estudamos nos itens anteriores) nessa área.

Conforme Cruz (1999), as classificações mais significativas levam em conta a abordagem neuropsicológica em que se valorizam os aspectos de déficit na criança: perturbações na linguagem, viso-espaciais, atenção, memória, percepção e desempenho acadêmico (leitura, escrita e matemática). Outras classificações não identificam causa orgânica específica, valorizam o conhecimento dos aspectos evolutivos do desenvolvimento psicológico e a relações entre as "predisposições individuais e a natureza dos envolvimento nos quais as crianças devem aprender e agir" (CRUZ, 1999, p. 98).

Diante das definições apresentadas por diferentes autores, podemos sugerir como características das pessoas com dificuldades de aprendizagem os seguintes aspectos definidos por Fonseca (1995, p. 196):

- manifestar uma significativa discrepância entre o seu potencial intelectual estimado e o seu atual nível de realização escolar;
- apresentar desordens básicas no processo de aprendizagem;
- apresentar uma disfunção ou não do sistema nervoso central (SNC);
- não apresentar sinais de: debilidade mental, de privação cultural, de perturbações emocionais ou de privação sensorial (visual

- ou auditiva);
- evidenciar dificuldades perceptivas, disparidades em vários aspectos de comportamento e problemas no processamento da informação, quer ao nível receptivo, quer integrativo e expressivo.

Essa caracterização não é definitiva, pois considera apenas os aspectos relacionados à criança. Da mesma forma, há pesquisadores que chegam ao detalhamento de noventa e nove características diferentes (CLEMENTS apud CRUZ, 1999).

Este mesmo autor, na sua revisão bibliográfica, refere que os problemas mais freqüentes nessas crianças ocorrem no que ele chama de: níveis neurológicos, de atenção, percepção, memória, cognitivo, psicolingüístico, atividade motora e psicomotora, emocional e socioemocional. De uma maneira geral, são esses aspectos (níveis) que os pesquisadores consideram nas intervenções e formulações de programas educacionais.

Implicações e intervenções educacionais dos problemas de aprendizagem

As Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (apud MEC/SEESP, 2004, p. 14) destacam entre os educandos com necessidades educacionais especiais aqueles que apresentarem

- I - dificuldades acentuadas de aprendizagem ou limitações no processo de desenvolvimento que dificultem o acompanhamento das atividades curriculares, compreendidas em dois grupos: a) aquelas não vinculadas a uma causa orgânica específica; b) aquelas relacionadas a condições, disfunções, limitações ou deficiências.

Você Sabia?

O estudo mais detalhado dessas características você fará mais adiante no curso (disciplina do IV semestre).

Nesse sentido, cabe às escolas regulares possibilitar a esses alunos ambientes de aprendizagem propícios e o acesso às salas de recursos com professores especializados. Nessas salas, os alunos terão a oportunidade de complementarem seus estudos através de metodologias e recursos condizentes com suas necessidades.

Compreendendo a necessidade desses espaços na escola, torna-se necessário referenciar as afirmações de Fonseca (1995, p. 356):

- os professores que obtêm melhores resultados são os que proporcionam às crianças um ensino individualizado e

adequado às suas necessidades;

- os resultados escolares tendem a melhorar se os métodos não forem expositivos, mas participando ao nível de interações: professor - grande grupo; professor - pequeno grupo; criança - professor; criança - pequeno grupo; criança - grande grupo;

- a criança tende a melhorar as suas funções receptoras auditivas, visuais, quinestésicas se se utilizarem processos hierarquizados, sistemáticos e intensivos de aprendizagem;

- o professor não deve utilizar apenas a palavra como recurso, deve utilizar projetos, gravadores, jogos, fichas de trabalho, e igualmente deverá adotar estratégias educacionais: puzzles, materiais de composição e de construção, exploração de materiais de aprendizagem, cartões e fichas coloridas, quadros magnéticos, lotos e dominós simbólicos, blocos lógicos e discriminativos, etc.



Marcus Vinícius Severo de Moura

Figura A.4: Intervenções educacionais

Obrigatoriamente, deve-se considerar o ambiente escolar e o entorno familiar ao planejar-se as intervenções educacionais. Muitas vezes, como já referimos anteriormente, as dificuldades de aprendizagem não se situam

apenas na criança, portanto há a necessidade de avaliar-se todas as variáveis que podem causar essas dificuldades para que se formule o modelo de intervenção mais adequado.

3 Déficit cognitivo

Professor José Luiz Padilha Damilano

Definição de déficit cognitivo

Através dos espaços/tempos ocupados pelos sujeitos da Educação Especial, podemos observar que esses sujeitos foram discursivamente produzidos de acordo com os padrões e valores de determinado momento histórico. Nesse sentido, Jannuzzi (1992) apresenta as diferentes terminologias empregadas para a pessoa com déficit cognitivo no Brasil. Entre elas, podemos citar: excepcional, retardado mental, débeis mentais, anormal, instáveis, imbecil, entre outros.

As Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (2001) referem dificuldades acentuadas de aprendizagem ou limitações no processo de desenvolvimento que dificultem o acompanhamento das atividades curriculares. Entre essas dificuldades acentuadas de aprendizagem, encontra-se o "déficit cognitivo", sendo uma de suas representações a "deficiência mental". Nesta subunidade, usaremos a expressão deficiência mental, pois ainda é a terminologia mais usada e encontrada na maioria da bibliografia atualmente recomendada. Entendemos que o termo "deficiência mental" tem uma origem médica e geralmente é associado a síndromes e/ou sintomas orgânicos, com características

mensuráveis e classificatórias (tipo: medidas de quociente intelectual e níveis de deficiência). Entretanto, nas últimas décadas, há uma preponderância em considerar critérios psicossociais, legais e educacionais na formulação de definições de deficiência mental.

Conforme Fonseca (1987), já no I Congresso Mundial sobre o Futuro da Educação Especial, realizado em 1978, foi aprovada uma definição de criança deficiente que identificava as várias condições de deficiência e assinalava a necessidade de modificar as práticas educacionais, com o objetivo de desenvolver ao máximo a capacidade dessas pessoas.

Quanto à deficiência mental, as definições ainda mais aceitas são a da Organização Mundial da Saúde - OMS (1968) e a Associação Americana para a Deficiência Mental - AADM (1983), que embasam o conceito em três condições, necessariamente presentes:

- funcionamento ou capacidade intelectual significativamente inferior à média (Q.I abaixo de 70);
- origem durante o período do desenvolvimento;
- déficit ou clara alteração dos comportamentos adaptativos.

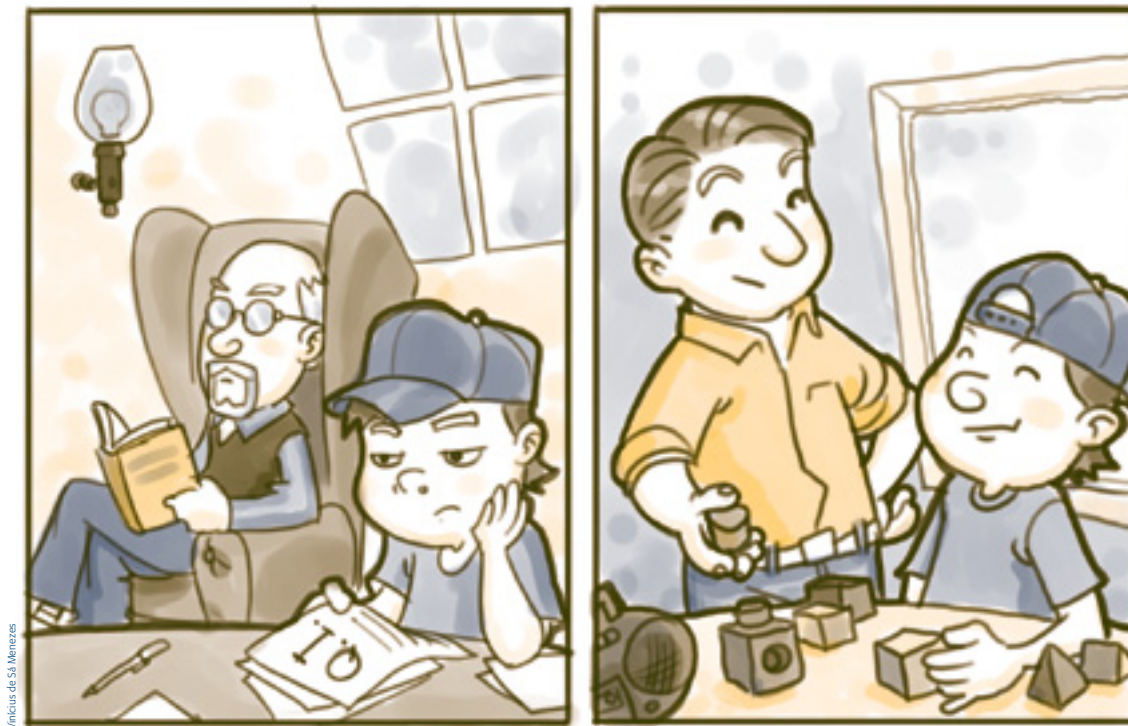


Figura A.5: Modelos de avaliação

Como podemos perceber, a medida do quociente intelectual ainda faz parte do conceito de deficiência mental, porém o avanço é que não é mais apenas o Q.I que dá suporte ao conceito. Outro avanço conceitual, com viés educacional, é a presença de alterações nas condutas adaptativas como condição para a identificação da deficiência mental. As condutas adaptativas consideradas são: comunicação, cuidados pessoais, vida escolar, habilidades sociais, desempenho na comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, desempenho escolar, lazer, trabalho.

Para a Associação Americana de Retardo Mental (AMRR, 1992), é preciso haver alteração em duas ou mais das condutas adaptativas citadas acima para identificar alguém como

deficiente mental, além das outras duas condições presentes no conceito comum à OMS e AADM.

Outra definição, apresentada por Pacheco & Valencia (apud BAUTISTA, 1997), está embasada no que ele chama de corrente pedagógica e considera a deficiência mental como uma dificuldade no processo regular de aprendizagem, havendo, como consequência, uma necessidade de apoios e adaptações curriculares para o processo regular de ensino.

Certamente você encontrará outras tantas definições de deficiência mental. Para encerrar essa subunidade e sem fazer nenhum juízo de valor, transcreveremos citação de Fonseca (1987, p.44):

Não concordando com definições, pois normalmente são inúteis em termos de direitos humanos, não restam dúvidas que elas são necessárias para facilitar a comunicação, a investigação e a intervenção. A maioria das definições são desnecessárias e potencialmente negativistas face às expectativas que criam.

Causas do déficit cognitivo

No semestre passado, na disciplina Fundamentos da Educação Especial I, foram apresentadas causas e prevenção de situações que podem ocasionar deficiências e ou necessidades especiais. Embora com o risco de ser repetitivo, achamos conveniente apresentarmos outra sistematização etiológica com as causas mais freqüentes do déficit cognitivo (deficiência mental) e consideramos alguns aspectos da prevenção em que você, como educador especial pode, e deve, ter uma participação significativa. Outra observação que se faz necessária, e que vocês poderão constatar no decorrer desse item, relacionada às possíveis causas de deficiência mental, é que muitas delas também podem provocar outras deficiências.

A preocupação com, ou a valorização dos aspectos etiológicos da deficiência, não significa a legitimação da condição desviante, mas sim a sinalização para o educador especial atuar naqueles aspectos que produzem deficiências (fatores orgânicos, sociais e econômicos) no

sentido da prevenção. Não se pode, em nome de uma compreensão social da deficiência, ignorar possíveis situações (fome, doenças infecciosas ligadas à pobreza, falta de saneamento básico, etc.) que a produzem.

Na gênese da deficiência, é consensual a importância de variáveis socioeconômicas e ou biológicas. Em qualquer dessas variáveis são possíveis ações preventivas que devem envolver, obrigatoriamente, órgãos estatais em todas as suas esferas e, de forma voluntária, profissionais das diversas áreas que se relacionem com populações de risco, principalmente quando do binômio mãe-filho. E, dentre esses profissionais, o mais importante seguramente é o professor. Nenhum outro mantém uma interação tão constante com a criança e sua família e tem tanta significância social, apesar de toda a desvalorização que, nos últimos anos, a profissão de professor tem sofrido.

Das populações de risco, o grupo materno-infantil é o mais vulnerável nos segmentos sociais menos favorecidos socioeconomicamente, pois é mais exposto a riscos que interferem no processo de crescimento e desenvolvimento. Nos primeiros cinco anos de vida, há um desenvolvimento físico e cognitivo muito rápido e, ao mesmo tempo, o sistema nervoso é mais susceptível a agressões externas.

Você Sabia?

Medidas preventivas devem fazer parte de todo e qualquer programa governamental, privilegiando sistematicamente os grupos populacionais mais desfavorecidos. Essas medidas devem acontecer em áreas onde esses grupos sofrem maiores prejuízos - educação e saúde. Na área da saúde, especificamente, identificam-se três tipos de prevenção: prevenção primária - ações utilizadas para impedir que determinados danos afetem grupos populacionais como, por exemplo, campanhas de vacinação; prevenção secundária - são as medidas tomadas quando a prevenção primária não for feita ou não atingiu os objetivos (medidas curativas); prevenção terciária - usada para reabilitar ou recuperar possíveis seqüelas instaladas no processo combatido durante a prevenção secundária.



Figura A.6: População mais vulnerável aos fatores de risco de deficiência

No capítulo sobre a criança socialmente desfavorecida, Dias e Reza (apud BAUTISTA, 1997) afirmaram ser constatado o prejuízo cognitivo, afetivo e emocional em pessoas que fazem parte das faixas sociais mais pobres. No mesmo capítulo, há referência sobre fatores de privação cultural e uma categorização causal envolvendo aspectos biológicos (pré-natais e neonatais), familiares (nível cultural e ocupacional dos pais e nível socioeconômico da família) e socioculturais. Tais fatores serão considerados quando apresentarmos a sistematização das possíveis causas da deficiência mental.

Toda vez que a criança sofre um prejuízo no seu corpo, intelecto ou personalidade, há a possibilidade de interferência no seu crescimento, desenvolvimento, capacidade de aprendizagem, ou adaptação ao seu meio ambiente. Estando a criança inserida em um meio familiar do qual depende, podemos afirmar que a família tem um papel gerador de saúde, e, por conseguinte, um protagonismo na prevenção. Porém, apesar de algum avanço nos últimos anos, o sistema de saúde, seja preventivo seja curativo, não atende às necessidades de todas as famílias brasileiras. Dever-se-á assegurar um sistema adequado de

tal forma que a cobertura aos grupos familiares seja realmente efetiva. Esse é um papel do Estado formulador de políticas públicas - agir incisivamente implantando um sistema preventivo que priorize as populações de risco. Por outro lado, as agências formadoras de profissionais para a saúde devem prever, e valorizar, nos seus programas e currículos, disciplinas com conteúdos direcionados para a prevenção, principalmente a prevenção primária.

Os aspectos sanitários, conforme Fonseca (1987), relacionados com a saúde da população, devem levar em conta os riscos de gestações em mulheres muito jovens ou de idade superior aos quarenta anos, o aconselhamento genético, a realização do pré-natal, o planejamento familiar, as campanhas de vacinação e outras medidas, visando aspectos preventivos primários. Ainda, conforme o autor, "um pouco de prevenção vale mais do que muita terapia" (1987, p. 51).

Evidentemente você não terá uma formação acadêmica voltada para a área da saúde, porém isso não impede que o educador especial, a partir do conhecimento construído acerca das causas que podem levar a situações de risco, tenha o seu protagonismo na prevenção da deficiência.

A informação, na concepção de Fonseca (1987), é outro fator a ser considerado na prevenção, principalmente para vencer "resistências, objeções, superstições e escrúpulos, muitas vezes resultantes da falta de esclarecimento das populações" (1987, p. 51).

A informação ainda, é a melhor maneira de combater a discriminação e o preconceito que as pessoas com deficiência sofrem.

As causas das deficiências, entre elas a deficiência mental, comumente são sistematizadas, considerando aspectos médicos, e classificadas em fatores pré-natais, perinatais e pós-natais. Nós usaremos uma sistematização mais ampla na qual esses fatores estão contidos e a denominaremos de "fatores causais determinantes" ou "predisponentes de desvios no desenvolvimento". O título "desvios no desenvolvimento", adaptado de Brizolara (1981), pressupõe que alguns desses fatores podem provocar desvios que não obrigatoriamente sejam caracterizados como deficiências, mas sim ocasionarem transtornos na aprendizagem, retardo no desenvolvimento psicomotor, epilepsia ou qualquer outra condição que leve a uma alteração no desenvolvimento esperado da criança.

Quanto a fatores causais determinantes, são aqueles que certamente provocam deficiências, sendo o exemplo mais comum a Síndrome de Down.

Os fatores predisponentes são aqueles que provocam riscos para o desenvolvimento, porém nem sempre esses riscos são concretizados em desvios ou deficiências, ou seja, são situações que predispoem, mas não obrigatoriamente levam à condição de deficiência. Como exemplo, temos doenças infecto-contagiosas, tipo a toxoplasmose na mulher grávida, que pode causar déficit em algumas crianças e em outras não.

Agências formadoras
Instituições de Ensino Superior, tipo universidades, centros universitários ou faculdades isoladas que preparem profissionais para as diversas áreas do conhecimento.

Fatores causais determinantes ou predisponentes de desvios no desenvolvimento

Trabalharemos a sistematização dos fatores causais conforme o esquema abaixo. Serão detalhados aqueles que ocorrem com maior frequência.

Você Sabia?

Quem desejar aprofundar-se nos demais fatores, poderá recorrer à bibliografia recomendada: Atlas de Síndromes Clínicas Dismórficas, H. R. Wiedemann, J. Kunze, H. Dibbern - Ed. Manole Ltda; Padrões Reconhecíveis de Malformações Congênitas, K. L. Jones - Ed. Manole Ltda; Manual de Psiquiatria Infantil, J. de Ajuriaguerra - Ed. Toray Masson; Síndromes Neurológicas, W. L. Sanvito - Ed. Atheneu.

Fatores pré-natais

- I - Fatores pré-concepcionais:
 - 1 - socio-econômicos;
 - 2 - biológicos.
- II - Fatores congênitos:
 - 1 - aberrações cromossômicas;
 - 2 - alterações gênicas;
 - 3 - malformações cerebrais.
- III - Fatores da gravidez:
 - 1 - infecções maternas (intra-uterinas);
 - 2 - drogas teratogênicas;
 - 3 - outras condições.

Fatores perinatais

- I - Anóxia ou hipóxia.
- II - Prematuridade.
- III - Hiperbilirrubinemias.
- IV - Infecções.

Fatores pós-natais

- I - Infecções do Sistema Nervoso.
- II - Outras condições.

Fatores pré-natais

São aqueles fatores causais determinantes ou predisponentes que ocorrem antes e/ou durante a gravidez da mulher.

I - Fatores pré-concepcionais

Em países como o nosso, esses fatores predisponentes alinham-se entre os mais significativos na gênese da deficiência. Eles pré-existem à gestação. Fazem parte da história de vida da mulher e exercem influências durante todo o seu crescimento e desenvolvimento, moldando condições que podem interferir na gravidez e futuro dos filhos.

1 - Socioeconômicos: diversos estudos (Masland apud Fonseca, MacMaun, Sowa, Baird, Ilsey e Fairweater, 1987) associam a deficiência, mais especificamente a deficiência mental, à condição de desenvolvimento e complicações de gestação que aparecem com mais frequência nas classes pobres. Outros pesquisadores como Richarsdson, Bridges e Coler, citados por Fonseca (1987), apontam variáveis que têm relação com a deficiência mental, tais como concepção pré-nupcial, lares desintegrados, superpopulação, elevada paridade, más condições estruturais de habitação, pouco tempo de interação mãe-filho, fraco índice nutricional, baixo nível de alfabetização, que aparecem mais nos segmentos populacionais menos favorecidos.



Oliando Fonseca Junior

Figura A.7: Falta de planejamento como fator de risco

Embora, como já vimos, pobreza e deficiência tenham uma relação muito próxima, isso não pode significar um determinismo social que nos leve a pensar que déficit é sinônimo de condições socioeconômicas desfavorecidas e justificarmos a pobreza em si como única causa de deficiência. Ninguém é pobre porque

quer ou porque não se esforça o suficiente para obter melhores condições de vida. Não se pode responsabilizar os pobres pela sua pobreza. São as condições relacionadas ao entorno da pobreza que predispõem a condições de risco para a deficiência.

Cromossomos

Unidade que contém informação genética, eles são constituídos por proteínas e ácido desoxiribonucleico (DNA).

Metabolismo

Conjunto dos processos bioquímicos que mantêm a vida dos seres.

Proteínas

Substâncias compostas por cadeias de aminoácidos. Elas compõem a estrutura celular, ajudam a combater infecções, formam enzimas e hormônios e fornecem energia ao organismo.

Glicídios

Esse composto orgânico era chamado de carboidrato. Divide-se em monossacarídios e polissacarídios.

Lipídios

Substância orgânica gordurosa que resulta da combinação de ácidos graxos e álcoois. Entre suas funções no organismo ressalta-se a reserva de energia.

Encefalopatia

Quadro clínico resultante de lesão maior ou menor do encéfalo, podendo ou não levar à deficiência mental (DIAMENT, 1980, p.11).

Enzima

Molécula que atua como catalisador orgânico.

A melhor prevenção ainda é oportunizar condições aos segmentos populacionais desfavorecidos de emprego, saneamento básico, educação de qualidade, acesso à informação. Enfim, dar oportunidade a que esta significativa parcela populacional seja senhora de seu destino.

2 - Biológicos: entre os fatores que antecedem a gravidez, um dos mais importantes é a idade materna. Mulheres jovens, com menos de 18 anos, e mulheres com mais de 40 anos apresentam um risco maior, assim como o intervalo reduzido entre as gestações (menos de 2 anos). Antecedentes de doenças obstétricas pré-existentes também são fatores que aumentam os riscos.

O melhor "remédio" para os fatores de risco pré-concepcionais é o planejamento familiar, que guarda uma relação direta com educação. E, atenção, planejamento familiar não é controle de natalidade, embora controle de natalidade seja parte do planejamento familiar.

II - Fatores congênitos

São originados antes da gestação e determinados através da herança genética dos pais. Também são chamados de fatores endógenos.

1- Aberrações cromossômicas: também denominadas de cromossomopatias ou anomalias cromossômicas. A mais comum e conhecida é a síndrome de Down. Estão presentes 47 cromossomos em vez dos 46 habituais na célula humana. Este cromossomo suplementar é o responsável pelas alterações físicas e cognitivas das pessoas que

desenvolvem a síndrome. Embora não se tenha clareza absoluta de causas, a mais aceita é a idade da mãe, com maior incidência em mulheres com mais de 40 anos.



Unifcuis de SA Menezes

Figura A.8: Genograma representativo de Síndrome de Down

Outras anomalias cromossômicas conhecidas são as síndromes de Turner e Klinefelter. Se houver interesse, você encontrará subsídios na bibliografia apontada anteriormente.

2- Alterações gênicas: entre as diversas alterações já passíveis de diagnóstico, ressaltaremos os erros inatos do metabolismo (EIM) que abarcam o metabolismo das proteínas, dos glicídios e dos lipídios e, dentre eles, a fenilcetonúria. Os erros inatos do metabolismo também são conhecidos como encefalopatias crônicas da infância evolutivas, pois há uma progressão da lesão encefálica.

A fenilcetonúria é um erro inato do metabolismo das proteínas, decorre da ausência de uma enzima responsável pela transformação da fenilalanina em outro aminoácido, a tirosina. Se a fenilalanina não é transformada em

tirosina, torna-se tóxica para o sistema nervoso central.

O tratamento é feito com dieta pobre em fenilalanina e o diagnóstico deve ser feito o mais rápido possível, pois uma grande variedade de alimentos possui este aminoácido que inclusive pode passar ao bebê através da

amamentação. É possível identificar este EIM por meio do "teste do pezinho" em recém-nascidos, e assim iniciar o tratamento no tempo ideal, isto é, nas primeiras semanas de vida. Na figura a seguir você pode acompanhar como é realizado esse teste.

Aminoácido

São compostos orgânicos naturais, componentes das proteínas. Existem cerca de 20 aminoácidos, sendo que os chamados aminoácidos naturais, em número de 8, são fornecidos pelos alimentos, e os demais podem ser sintetizados pelo próprio organismo.



Marcos Vinícius Severo de Moura

Figura A.9: Teste do pezinho utilizado para detectar fenilcetonúria

Tireóide

Glândula responsável pela secreção interna de hormônios com importantes funções no metabolismo.

Outra alteração gênica que também pode ser detectada precocemente, através do teste do pezinho, é o hipotireoidismo congênito, que é uma deficiência da glândula tireóide e que também pode causar deficiência mental. O tratamento é feito à base de hormônios tireoidianos durante toda a vida.

3- Malformações cerebrais: muitas das malformações cerebrais podem surgir associadas a quadros genéticos. Preferimos apresentá-las em separado para destacarmos uma delas, que tem recebido destaque e mobilizado vários setores da sociedade: a anencefalia. Nessa malformação, há ausência parcial do encéfalo, muitas vezes restrito apenas ao tronco encefálico. Disso resulta uma expectativa de vida, de, no máximo, algumas semanas após o nascimento, sendo que a maioria dos recém-nascidos morre após algumas horas.



Thiago da Silva Kleming

Figura A.10: Divisão do Sistema Nervoso Central (SNC).

As causas da anencefalia não são claras, embora alguns pesquisadores associem-na à carência de ácido fólico na dieta materna e, principalmente, ao contato da gestante com agrotóxicos, devido à maior incidência em regiões agrícolas com uso extensivo dessas substâncias.

A partir da década passada, alguns magistrados começaram a autorizar o chamado aborto terapêutico naqueles casos em que havia a comprovação inquestionável de feto anencefálico. Em outras situações de gestação de fetos com qualquer tipo de deficiência, o aborto não é permitido, pois, atualmente, na legislação brasileira, o aborto é permitido apenas naquelas situações em que há risco de vida para a mãe ou em casos de estupro.

III - Fatores da gravidez

Estes, dentre os fatores de risco, são os responsáveis ainda, em nosso país, por um grande número de casos de deficiência. Têm relação direta com saúde pública, com prevenção e condições socioeconômicas. A prevenção pode ser feita através de vacinação, da informação ao grande público, de campanhas, envolvendo o binômio saúde-educação e, principalmente, com a universalização do pré-natal das gestantes.

1- Infecções intra-uterinas

- Rubéola congênita: a rubéola é uma infecção viral, geralmente benigna, considerada uma das doenças próprias da infância (DPI) antes do advento das campanhas de vacinação. Quando ocorre no primeiro trimestre de gestação, pode ocasionar, em aproximadamente 50% dos casos, malformações cardíacas e oculares, surdez e deficiência mental, nessa seqüência de incidência. A prevenção deve ser

feita através da vacinação sistemática da população.

- Citomegalovirose congênita: ou doença da inclusão citomegálica, é provocada por vírus e pode ocasionar sérias alterações no desenvolvimento, resultando em deficiência mental, surdez, cegueira ou malformações cardíacas. Acredita-se que até 2% das gestantes sejam infectadas, porém menos da metade dos recém-nascidos dessas mulheres apresentaram deficiência.

- Toxoplasmose congênita: a toxoplasmose é uma doença infecciosa causada por um protozoário. A contaminação se dá pela ingestão de carnes mal cozidas. O risco para o feto ocorre durante a fase aguda da doença - primeiro trimestre de gestação - e pode, em aproximadamente 70% dos casos, causar deficiência mental, cegueira, paralisia cerebral ou surdez. O cozimento adequado de carnes e pesquisa da toxoplasmose durante o pré-natal são medidas preventivas corretas. Atualmente há medicações contra a toxoplasmose que a gestante pode usar sem acarretar prejuízos para o feto.

- Sífilis congênita: doença sexualmente transmissível era, em épocas anteriores, considerada a maior responsável pela deficiência mental. Hoje em dia, há controvérsias quanto à sífilis congênita como causadora de lesões no sistema nervoso central. Durante a gestação, pode causar, direta ou indiretamente, partos prematuros, crescimento intra-uterino retardado, meningites, e diante dessas decorrências, apresentar, como consequência, deficiência mental ou surdez. A prevenção se dá pelo pré-natal adequado e uso de proteção na atividade sexual.

- Outras doenças infecciosas: caxumba, sarampo, varicela, hepatite, herpes, entre outras infecções, também são fatores de risco para o desenvolvimento, mormente se acontecerem durante o primeiro trimestre de gestação. Fazer acompanhamento pré-natal e vacinas nas épocas apropriadas são medidas preventivas esperadas e adequadas.



Figura A.11: Fatores de risco na gravidez

2- Drogas teratógenas: são substâncias químicas (medicamentos, agrotóxicos) ingeridas ou absorvidas pela gestante que podem interferir no desenvolvimento neurológico ou produzir malformações no feto. O risco maior para afetar o sistema nervoso acontece nas primeiras semanas de gestação, quando há uma multiplicação celular acelerada. A maioria das drogas teratógenas tem grande facilidade para atravessar a membrana da placenta.

Nas palavras de Fontes (1990, p. 34)

A automedicação, condenável, tão comum no Brasil, sem prescrição médica, particularmente nos primeiros dias após a

Teratogênico

Qualquer fator capaz de provocar defeitos congênitos graves.

Inócuas

Algo que não fornece perigos, inofensivo.

ovulação (em momento ainda de desconhecimento do estado gravídico), no instante mais crítico a nível teratogênico, é causa habitual de anomalias fetais nervosas,

Há um alerta que o educador especial pode, e deve, multiplicar. A isso podemos acrescentar o mesmo cuidado que se deve ter ao ingerir os tão comuns "chazinhos caseiros". Todas as plantas, mesmo aquelas a priori consideradas inócuas, têm princípio ativo, muitas vezes não conhecidos totalmente e que podem trazer prejuízos, não só ao feto em formação, como também à saúde da gestante.

A seguir, apresentaremos algumas substâncias que podem provocar alterações no desenvolvimento do bebê em gestação:

- álcool: alto risco para deficiência mental;
- antibióticos (gentamicina, estreptomicina): alto risco para a surdez;
- hidantoína: anticonvulsivo que apresenta risco para deficiência mental;
- talidomida: malformações de órgãos, principalmente membros superiores;
- drogas ilícitas ou ditas "de rua": cocaína, metadona, solventes, cola de sapateiro, apresentam riscos de malformações no feto, retardo no crescimento intra-uterino, lesões cerebrais e abortamentos; quanto à maconha, há controvérsias quanto à teratogenicidade, porém mulheres usuárias gestam bebês de baixo peso, o que também é uma situação de risco.

A prevenção para estes fatores é evitar a automedicação. Isso não significa que a gestante não possa usar remédios, mas usá-los apenas e quando for indicação de médicos.

3- Outras condições: neste item, listaremos outros fatores que também apresentam riscos para o desenvolvimento e, como os que já

estudamos até o momento, contidos dentro dos fatores da gravidez, se acontecerem no primeiro trimestre da gestação, podem ocasionar malformações, abortamentos e/ou deficiências.

A partir do segundo trimestre, a ação teratogênica parece não ocorrer, mas os riscos citados acima permanecem.

- Radiações: o radiodiagnóstico (raio X) tem alto risco quando realizado no primeiro trimestre de gestação. Os isótopos e desintegrações atômicas (militares - bombardeio de Nagasaki e Hiroshima pelos norte-americanos na segunda guerra mundial; e industriais - Chernobyl, cidade ucraniana onde houve vazamento num reator nuclear na década de 1980) também podem produzir graves alterações no feto. Quanto à radioterapia (radiação com fins terapêuticos) há o risco para lesão dependendo da intensidade e tempo de aplicação, porém é uma situação que deve ser avaliada, quanto ao risco e benefícios, entre a gestante e o médico, o qual deve esclarecer sempre sobre as conseqüências de realizar ou não a terapia e deve aceitar a decisão da mulher - a isso se chama consentimento informado. E sempre, em qualquer situação, o profissional da saúde deve ter esta atitude - de informar, discutir e acatar a decisão da família e do paciente.

- Traumatismos: sofridos pela gestante, ocasionados por acidentes ou agressões, são fatores de risco diretamente proporcionais ao tempo de gestação - quanto mais no início, maior o risco e mais graves as conseqüências.

- Má nutrição materna: embora discutível quanto à intensidade necessária para que possa provocar danos no feto, é um fator de risco que não pode ser desconsiderado como causa de deficiência mental.

Fatores perinatais

O período perinatal ou neonatal, conforme Ruggia (1982), compreende do nascimento até os 28 dias de idade. Com o avanço tecnológico nos cuidados perinatais, houve uma diminuição acentuada na mortalidade nesse período, principalmente nos países desenvolvidos. O que permitiu que bebês com sérios problemas de saúde sobrevivessem, muitos com seqüelas que ocasionam algum tipo de deficiência.

A prevenção adequada dos fatores perinatais, que estudaremos a seguir, deve ser feita através do acompanhamento pré-natal e parto no hospital, preferencialmente, onde as ações para evitar possíveis conseqüências são mais rápidas e adequadamente estabelecidas.

I - Anóxia ou hipóxia: os termos anóxia e hipóxia muitas vezes são confundidos no uso comum. Anóxia significa privação total de oxigênio na célula, o que ocasionará sua morte em poucos minutos. Hipóxia é a diminuição acentuada do oxigênio em nível celular. As causas são relacionadas a parto demorado ou muito rápido, contratilidade uterina insuficiente, descolamento prematuro de placenta, anestesia obstétrica, entre outras. Todas essas situações podem levar à lesão cerebral no recém-nascido e conseqüentes deficiências.

II - Prematuridade: considera-se bebê prematuro aquele que tem idade gestacional de menos de 37 semanas. Conforme Fontes (1990), aproximadamente a metade dos casos de prematuridade não tem causa definida e a outra metade tem relação com desnutrição materna, parto gemelar, hipertensão da grávida, entre as causas mais comuns.

Entre os comprometimentos possíveis de acontecer pela prematuridade estão o

sofrimento respiratório, infecções, icterícia, traumatismos crânio-encefálicos e anóxia, que podem levar, mas não obrigatoriamente causam, à deficiência.

Outra possível conseqüência da prematuridade, embora possa ocorrer em bebês nascidos no tempo adequado (39 a 42 semanas de gestação), é o baixo peso - igual ou inferior a 2.500g. O que também é um fator de risco, agravado pela incidência maior em famílias de nível socioeconômico e cultural menos favorecidas.

III - Hiperbilirrubinemias: aumento dos níveis de bilirrubina no sangue, produzindo icterícia, que pode ser fisiológica (o "amarelão" do recém-nascido) ou levar a uma grave patologia (Kernicterus) passível de comprometer seriamente o sistema nervoso central, levando a deficiências (mental, visual, paralisia cerebral) e/ou surdez.

Várias causas podem levar a hiperbilirrubinemias: incompatibilidade Rh, infecções (toxoplasmose, sífilis, rubéola, citomegalia, herpes simples), hipotireoidismo são algumas delas.

O Kernicterus decorre de uma impregnação maciça de bilirrubina no tecido nervoso, com graves danos encefálicos, levando às condições citadas anteriormente.

Fatores pós-natais

I - Infecções no sistema nervoso: das infecções do sistema nervoso, a mais comum e que pode deixar seqüelas é a meningite. Quanto menor a idade da criança, mais graves podem ser as conseqüências: deficiência mental, surdez e paralisia cerebral. Porém, atualmente, com o diagnóstico precoce e o

Bilirrubina

Considerado um dos mais importantes pigmentos biliares cuja cor é amarelo-avermelhado.

Icterícia

Sintoma do má funcionamento do sistema biliar, resultando cor amarelada na pele e nas conjuntivas oculares.

avanço da terapia com antibióticos, os prejuízos para a criança, em decorrência da meningite, diminuiriam em muito se comparados com os de algumas décadas atrás.

A meningite pode ser causada por bactérias, vírus, parasitas (cisticercose, toxoplasmose) e fungos.

II - Outras condições:

2.1 - Intoxicações exógenas: provocadas por chumbo e óxidos de carbono. O chumbo é componente de tintas, que, muitas vezes, são

usadas para pintar brinquedos artesanais. O manuseio e a ingestão pela criança (é natural levar à boca objetos que estejam ao alcance das mãos) provoca, dependendo da concentração de chumbo no organismo, seqüelas do tipo deficiência mental, alterações motoras e visuais ou epilepsia.

A intoxicação, tanto pelo dióxido quanto pelo monóxido de carbono, é geralmente mortal. Em caso de sobrevivência, o dano cerebral é intenso.



Figura A.12: Fator de risco para intoxicação por chumbo

2.2 - Traumatismos cranianos: relacionados a acidentes domésticos ou de trânsito, ou a agressões pelos adultos, que vem aumentando a incidência nos últimos anos. Embora não seja comum, a deficiência mental como consequência do traumatismo pode ocorrer. Mais graves são as seqüelas na área psicológica quando o traumatismo craniano é resultante de agressões por parte dos pais ou familiares muito próximos.

2.3 - Subnutrição e privação socioeconômica:

esses fatores, também denominados de ambientais, conforme Pacheco e Valencia (apud BAUTISTA, 1997) são responsáveis pela maioria dos casos de deficiência mental leve ou deficientes culturais-familiares, quando não se relacionam a causas orgânicas definidas e provêm de famílias de baixo nível cultural e socioeconômico.

Pesquisadores (Steim Susser, Cordier, Cyntrin), citados por Ajuriaguerra (1976),

apontam uma incidência maior de deficiência mental nas camadas sociais menos favorecidas.

Nos fatores pré-concepcionais, já foram abordadas algumas variáveis contidas em condições socioeconômicas deficitárias, e cabe reafirmar que não podemos, a priori, considerar como determinantes para a deficiência essa situação de déficit em alguns segmentos populacionais.

Isso não significa "menosprezar", "tirar a importância" da subnutrição como um fator de risco para a deficiência. Porém, novamente cabe o alerta, não se pode afirmar que toda criança subnutrida, obrigatoriamente, desenvolverá um déficit cognitivo, ou deficiência, ou problemas de aprendizagem, ou qualquer outra condição que venha interferir no seu desenvolvimento.

Caracterização do déficit cognitivo

Usualmente à caracterização da deficiência mental, seguem parâmetros psicométricos, conforme Pacheco & Valência (apud BAUTISTA, 1997), em que o quociente intelectual (Q.I) determina os níveis: ligeiro (leve), moderado, grave e profundo. Baseados nesses critérios, são agrupadas pessoas que pressupostamente tenham características semelhantes, com valorização, geralmente de suas pretensas incapacidades. Deve-se ressaltar que incapacidades não são próprias apenas de pessoas com deficiência. Qualquer um de nós tem suas incapacidades, como também temos dificuldades para uma variedade de ações e/ou aprendizagens. Nas pessoas com deficiência mental, as dificuldades são mais significativas na capacidade cognitiva, porém isso não significa incapa-

cidade para toda e qualquer aprendizagem.

Feita essa ressalva, apresentaremos, baseados em Pacheco & Valência (apud BAUTISTA, 1997), algumas características conforme os níveis de deficiência mental, lembrando que se classificam comportamentos e não pessoas.

- deficiência mental ligeira (ou leve): é identificada na escola devido a dificuldades na aprendizagem apresentadas pelo aluno. O atraso é mínimo nas áreas perceptivas e motoras. As pessoas desenvolvem aprendizagens sociais e de comunicação, com capacidade de adaptação e integração no mundo trabalho. A grande maioria das pessoas com deficiência mental encontra-se nesse grupo.

- deficiência mental moderada (ou média): as pessoas com essa deficiência, embora apresentem dificuldades na expressão oral, podem comunicar-se pela fala. Podem adquirir hábitos de autonomia pessoal e social. Desenvolvem habilidades motoras que permitem realizar trabalhos simples.

- deficiência mental grave: as pessoas com essa deficiência, apresentam capacidade de comunicação apesar da fala deficitária. Também podem apresentar dificuldades psicomotoras significativas, o que não impede o aprendizado de algumas atividades básicas de vida diária. Necessitam geralmente de proteção pois sua autonomia pessoal e social é muito pobre.

- deficiência mental profunda: as pessoas com essa deficiência, dependentes em praticamente todas as funções e atividades, pois apresentam um grande comprometimento físico e cognitivo. Raramente desenvolvem autonomia para responder a estímulos externos.

A seguir, reproduziremos o quadro "níveis

Você Sabia?

No encerramento desse item, em que foram apresentadas algumas possíveis causas (as mais comuns) de desvios no desenvolvimento, queremos ressaltar que a presença de situações de risco não significam, obrigatoriamente, o determinismo da deficiência mental.

de comportamento adaptativo" de Sloan e Birch (apud FONSECA, 1987, p. 46), que também

apresenta características da deficiência mental, considerando faixa etária e níveis de deficiência.

	Idade pré-primária (0-5) Maturação e desenvolvimento	Idade escolar (6-21) Educação e treino	Adulto (21) Ajustamento social
LIGEIRO <i>(mild)</i>	<ul style="list-style-type: none"> → Pode desenvolver aquisições de comunicação e de sociabilidade. → Atraso mínimo nas áreas sensório-motoras. → Não se distingue da criança normal, senão numa idade mais avançada. 	<ul style="list-style-type: none"> → Pode aprender aquisições acadêmicas até o 6º ano (<i>6 th grade</i>). → Não pode aprender assuntos de nível secundário. → Precisa de E. E. aos níveis de ensino secundário. 	<ul style="list-style-type: none"> → Capaz de ajustamento social e vocacional. → Precisa frequentemente de supervisão perante situações econômicas e sociais sofisticadas.
MODERADO <i>(moderate)</i>	<ul style="list-style-type: none"> → Pode aprender a falar e a comunicar. → Reduzida consciência social. → Desenvolvimento motor satisfatório. → Pode se beneficiar de treino nas áreas de auto-suficiência. → Pode ser orientado com uma supervisão moderada. 	<ul style="list-style-type: none"> → Pode aprender aquisições acadêmicas funcionais até o 4º ano de escolaridade, se integrado em EE. 	<ul style="list-style-type: none"> → Apto para ocupações qualificadas. → Precisa de orientação em situações que exijam o mínimo de aquisições.

<p>SEVERO <i>(severe)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> → Desenvolvimento motor pobre. → A fala é mínima. → Não se beneficia do treino nas áreas da auto-suficiência. → Poucas aquisições na área da comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> → Pode falar ou aprender a comunicar. → Pode ser treinado nos hábitos de higiene. → Não aprende as aquisições acadêmicas funcionais. → Beneficia-se de hábitos de treino sistemático. 	<ul style="list-style-type: none"> → Pode contribuir parcialmente em tarefas completamente supervisionadas. → Pode desenvolver comportamentos de autoproteção em envolvimentos controlados.
<p>PROFUNDO <i>(profound)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> → Grande atraso. → Capacidades mínimas para funcionar nas áreas sensório-motoras. → Necessita de cuidados maternos (<i>nursing care</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> → Registra-se algum desenvolvimento sensório-motor. → Raramente se beneficia de treino na área da auto-suficiência. → Necessita de cuidados permanentes. 	<ul style="list-style-type: none"> → Algum desenvolvimento motor e da fala. → Incapaz de automanutenção. → Precisa de cuidados e de supervisão permanentes.

Quadro A1

Fonte: Sloan e Birch apud FONSECA, Vítor da. *Educação Especial*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991, p. 46.

A personalidade da pessoa com deficiência mental apresenta algumas características que são mais comuns a esse grupo, porém não são originadas da deficiência, mas podem ser produzidas pela condição da deficiência.

Com isso, queremos dizer que não há características de personalidade próprias, que sejam únicas da pessoa com deficiência mental, mas que a condição da deficiência pode favorecer o aparecimento de comportamentos mais comuns a este grupo de pessoas. Não há um tipo de personalidade que só apareça no deficiente mental. Como também não há alterações de comportamento que sejam exclusivas dessas pessoas, bem como o deficiente mental, obrigatoriamente, apresentará distúrbios no comportamento. Existe um número significativo de pessoas com deficiência mental perfeitamente adaptadas ao meio social, sem apresentar alterações significativas de comportamento.

Entre os problemas que podem interferir no desenvolvimento da personalidade, estão a dificuldade de estruturar suas experiências; superproteção dos pais (PACHECO & VALENCIA

apud BAUTISTA, 1997); atitudes de piedade e dependência intersocial (FONSECA, 1987); frustrações mais freqüentes frente as exigências do meio social, podendo ocasionar ansiedade, depressão e/ou agressividade.

Implicações e intervenções educacionais no déficit cognitivo

Das alternativas educacionais para a pessoa com déficit cognitivo, o MEC / SEESP (1995) propõe ações desde o seu nascimento até os quatorze anos. Essas ações devem contemplar as necessidades apresentadas por esses educandos através de uma proposta pedagógica, metodologias e profissionais com formação adequada que garantam o acesso, a permanência e o sucesso escolar desses alunos.

Assim, dos zero aos três anos, destacam-se os serviços de estimulação essencial. Esses serviços devem ser organizados nas creches, escolas especiais, entre outros. Dos quatro aos seis anos, a criança com déficit cognitivo deve ingressar na pré-escola tanto em escolas regulares quanto em escolas especiais.



Marcos Vinícius Severo da Moura

Figura A.13: Estimulação essencial

A partir dos sete anos até aproximadamente os quatorze anos, a criança deve participar dos espaços das escolas regulares tendo acesso à sala de recursos ou classes especiais, ou de escolas especiais, instituições especializadas, entre outros.

Na unidade seguinte, serão detalhadas e aprofundadas as possibilidades educacionais dessas pessoas.

**Atividade - A.1**

Nessa atividade, você deverá, usando o conhecimento construído na disciplina do semestre anterior - Produção Midiática para a Educação - organizar uma campanha, na mídia disponível em suas cidades, de prevenção a uma das condições estudadas: surdez, problemas de aprendizagem ou déficit cognitivo. Após, deverá ser disponibilizada no ambiente virtual conforme orientações do professor da disciplina.

B

MODALIDADES DE ATENDIMENTO

Prof^a. Soraia Napoleão Freitas

Objetivo da Unidade

Após o estudo do conteúdo e a realização das atividades propostas, esperamos que você alcance os seguintes objetivos:

- reconheça os modelos de atendimento educacional às pessoas com necessidades especiais;
- identifique as características da escola especial, instituição especializada, classe especial, sala de recursos, classe hospitalar, ambiente domiciliar e serviço itinerante.

Introdução

A educação inclusiva deve ser efetivada preferencialmente na rede regular de qualquer nível ou modalidade de ensino, viabilizando a inclusão de alunos com necessidades especiais, promovendo a organização de classes comuns e de serviços de apoio pedagógico especializados. Nesse sentido, na inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais em classes comuns do ensino regular, como objetivo das políticas públicas de educação, exige constante interação entre os professores da classe comum e os dos serviços de apoio pedagógico especializados.

O atendimento educacional especializado ocorre em espaços escolares e também fora dele. Assim, os itens abaixo são considerados alternativas de procedimentos didáticos específicos e adequados às necessidades educacionais do aluno da educação especial. Além disso, implicam espaços físicos, recursos humanos e materiais diferenciados. São eles: escola especial, instituição especializada, classe especial, sala de recursos, classe hospitalar, ambiente domiciliar e serviço itinerante.



Figura B.1: Modelos de atendimento educacional às pessoas com necessidades especiais.

1 Escola especial

Essa modalidade de atendimento caracteriza-se como uma

instituição especializada, destinada a prestar atendimento psicopedagógico a educandos portadores de deficiências e de condutas típicas, onde são desenvolvidos e utilizados, por profissionais qualificados, currículos adaptados, programas e materiais didáticos específicos (Política Nacional de Educação Especial, 1994, p. 20).

Segundo a Resolução nº02/01, a qual institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, serão os alunos da escola especial: indivíduos que apresentem necessidades educacionais especiais e que "requeiram atenção individualizada nas atividades da vida autônoma e social, recursos, ajudas e apoios intensos e contínuos, bem como adaptações curriculares tão significativas que a escola comum não consiga prover" (Art. 10º). Esses alunos poderão ser atendidos, em caráter extraordinário, em escolas especiais, as quais devem oferecer uma educação escolar de qualidade.

Conforme consta na Resolução Nº267/02, a qual fixa os parâmetros para a oferta da

Educação Especial no Sistema Estadual de Ensino do Estado do Rio Grande do Sul, "a escola credenciada será autorizada a oferecer (...) um ou mais níveis da educação básica na modalidade de educação especial." (Art. 3º§1º). Dessa forma, as escolas especiais credenciadas devem contemplar em sua organização: matrícula e atendimento educacional especializado nas etapas e modalidades da Educação Básica previstas em lei e no seu rendimento escolar; encaminhamento de alunos para a educação regular, inclusive para a educação de jovens e adultos, que deve ser decidido conjuntamente com a equipe pedagógica da escola e a família do aluno (Resolução Nº02/01 - Art. 10º §3); parcerias com escolas das redes regulares públicas ou privadas de educação profissional; conclusão e certificação de educação escolar, incluindo terminalidade específica, para alunos com deficiência mental e múltipla; professores especializados e equipe técnica de apoio; flexibilização e adaptação do currículo previsto na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nos Referenciais e nos Parâmetros Curriculares Nacionais.

2 Instituição especializada

Segundo a Resolução 130/77, da Lei 5692/71, instituições especializadas "são destinadas às crianças e adolescentes que necessitam de tratamento especial nas áreas médica,

psicológica e pedagógica e que se acham impedidos de se beneficiar da educação nas escolas comuns, em classes especiais ou não".



Figura B.2: Instituição especializada

3 Classe especial



Vincius de Sá Menezes

Figura B.3: Classe especial

A classe especial constitui-se como uma

sala de aula em escolas de ensino regular, organizada de forma a se constituir em ambiente próprio e adequado ao processo ensino/aprendizagem do alunado da educação especial. Nesse tipo de sala especial, os professores capacitados, selecionados para essa função, utilizam métodos, técnicas e recursos pedagógicos especializados e, quando necessário equipamento e materiais didáticos específicos. (Política Nacional de Educação Especial, 1994, p.19)

As Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (2001) dispõem que as escolas podem criar, extraordinariamente, classes especiais para o atendimento de

"alunos que apresentem dificuldades acentuadas de aprendizagem ou condições de comunicação e sinalização diferenciadas dos demais alunos e demandem ajudas e apoios intensos e contínuos" (Art.9º).

Conforme consta nas Diretrizes para a Implantação e Funcionamento de Classes Especiais do Estado do Rio Grande do Sul (classes para estudantes com deficiência mental), o encaminhamento de alunos para essa modalidade de atendimento deve ocorrer após análise realizada pela Coordenadoria Regional de Educação, juntamente com a escola, mediante avaliação pedagógica e laudo de equipe interdisciplinar.

O atendimento em classes especiais deve assegurar os seguintes critérios:

- organização das classes através das necessidades educacionais apresentadas pelos alunos, ou seja, sem agrupar alunos com diferentes tipos de deficiência;

- construção de conhecimento e garantia da aprendizagem e desenvolvimento do aluno;

- número de alunos por sala: máximo: 15; mínimo: 8;

- plano de trabalho: construído a partir do plano de Estudos da Educação Infantil, dos Anos Iniciais do Ensino Fundamental, ou da Educação de Jovens e Adultos;

- professores especializados em Educação Especial;

- equipamentos e materiais específicos;

- adaptações curriculares;

- o professor deve participar dos momentos de planejamento e formação da escola;

- o aluno deve ter acesso às atividades realizadas pela escola.

As Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (2001) garantem, ainda, aos alunos atendidos nessa modalidade, o desenvolvimento, quando necessário, de "atividades de vida autônoma e social no turno inverso" (Art. 9º- §1º), bem como, o seu retorno à classe comum. Esse retorno deve ser decidido conjuntamente com a equipe pedagógica da escola e a família do aluno (Art. 9º- §2), visto que essa modalidade de atendimento deve ser de "caráter transitório" e, portanto, se constituir como uma ponte para a futura inclusão do aluno com necessidades educacionais especiais no ensino regular.

4 Sala de recursos

De acordo com as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (2001, p. 50), a sala de recursos é um serviço:

de natureza pedagógica, conduzido por professor especializado, que suplementa (no caso dos superdotados) e complementa (para os demais alunos) o atendimento educacional realizado em classes comuns da rede regular de ensino. Esse serviço realiza-se em escolas, em local dotado de equipamentos e recursos pedagógicos adequados às necessidades educacionais especiais dos alunos, podendo estender-se a alunos de escolas próximas, nas quais ainda não exista esse atendimento. Pode ser realizado individualmente ou em pequenos grupos, para alunos que apresentem necessidades educacionais especiais semelhantes, em horário diferente daquele em que frequenta a classe.

Ainda, as Diretrizes para a Implantação e Funcionamento de Salas de Recursos na Rede Pública Estadual do Estado do Rio Grande do Sul (área da deficiência mental), estabelecem critérios para o encaminhamento de alunos, para o atendimento e as responsabilidades do professor da sala de recursos.

O encaminhamento dos alunos para essa modalidade de atendimento pode ocorrer de três formas: pela Coordenadoria Regional de Educação, no caso do aluno necessitar desse atendimento e ser oriundo de uma escola da região que não possua sala de recursos; pelo professor, quando o aluno for da escola, mediante avaliação pedagógica realizada por ele

e apresentação, pela família, de laudo de avaliação realizada por equipe interdisciplinar; caso o aluno seja egresso de classe especial é suficiente a apresentação do parecer pedagógico.

O atendimento em sala de recursos deve assegurar os seguintes critérios:

- atendimento individualizado e/ou pequenos grupos;
- carga horária máxima: três horas semanais;
- no mínimo deve ser realizado um atendimento semanal;
- o atendimento deve ocorrer sempre em turno diferente da classe comum.

É de responsabilidade do professor de sala de recursos:

- dar apoio pedagógico aos alunos em sala de recursos;
- prestar assessoria e suporte teórico-prático aos professores do ensino regular;
- realizar entrevistas com as famílias dos alunos;
- deslocar-se às escolas de origem de seus alunos;
- participar do processo de avaliação pedagógica na escola.

Cabe ainda ressaltar que o atendimento em sala de recursos não isenta a frequência do aluno em classe regular, pois esta modalidade é um recurso para favorecer a inclusão do aluno e não uma modalidade de substituição do ensino regular.

5 Classe hospitalar

Essa modalidade constitui-se como um "ambiente hospitalar que possibilite o atendimento educacional de crianças e jovens internados que necessitem de educação

especial e que estejam em tratamento hospitalar" (Política Nacional de Educação Especial, 1994, p. 20).



Vanessa Pinheiro Reyes

Figura B.4: Classe hospitalar

Conforme o documento Estratégias e Orientações para Classes Hospitalares e Atendimento Pedagógico Domiciliar (BRASIL, 2002, p. 15), os alunos das classes hospitalares são "(...) educandos cuja condição clínica ou cujas exigências de cuidado em saúde interferem na permanência escolar ou nas condições de construção do conhecimento ou, ainda, que impedem a frequência escolar,

temporária ou permanente". Para o atendimento em classe hospitalar, poderá ser organizada uma sala específica ou utilizarem-se os espaços para atendimento educacional. Cabe ressaltar, ainda, que, em virtude das restrições da condição clínica ou do tratamento do aluno, o atendimento poderá ocorrer na enfermaria, no leito ou no quarto de isolamento.

Você Sabia?

Sabemos que, na classe hospitalar e no atendimento pedagógico domiciliar, o processo de integração com o sistema de saúde se dá através de condições clínicas como dificuldades de locomoção, imobilidade parcial ou total, horários para a administração de medicamentos, efeitos colaterais a determinados fármacos, efeitos de dores localizadas ou generalizadas, indisposição geral decorrente de determinado quadro de adoecimento; e de condições individuais tais como o repouso relativo ou absoluto, a necessidade de estar acamado e a utilização constante de equipamentos de suporte à vida.

6 Ambiente domiciliar

De acordo com o documento de Estratégias e Orientações para Classes Hospitalares e Atendimento Pedagógico Domiciliar (BRASIL, 2002, p. 13), os alunos do atendimento domiciliar são

(...) alunos matriculados nos sistemas de ensino, cuja condição clínica ou exigência de atenção integral à saúde, considerados os aspectos psicossociais, interferiram na permanência escolar ou nas condições de construção do conhecimento, impedindo temporariamente a frequência escolar.

Nesse sentido, deve-se estabelecer parcerias com serviços de saúde e de assistência social para providenciar a adaptação do ambiente domiciliar, de acordo com as necessidades do educando (cama especial, cadeira de rodas, eliminação de barreiras para favorecer o acesso a outros ambientes da casa, entre outros).

As Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (2001, p. 52), expressam que os objetivos das classes hospitalares e do atendimento em ambiente domiciliar são:

dar continuidade ao processo de desenvolvimento e ao processo de aprendizagem de alunos matriculados em escolas da Educação Básica, contribuindo para seu retorno e reintegração ao grupo escolar; e desenvolver currículo flexibilizado com crianças, jovens e adultos não matriculados no sistema educacional local, facilitando seu posterior acesso à escola regular.

Diante disso, entende-se que o processo de integração com o sistema de saúde se efetuará mediante condições clínicas, tais como: dificuldades de locomoção, imobilidade parcial ou total, horários para administração de medicamentos, efeitos colaterais a determinados fármacos, efeitos de dores localizadas ou generalizadas, indisposição geral decorrente de determinado quadro de adoecimento. Ainda, poderá se efetivar derivado de condições individuais: repouso relativo ou absoluto, necessidade de estar acamado, utilização constante de equipamentos de suporte à vida.

Considerando essas condições, o documento Estratégias e Orientações para Classes Hospitalares e Atendimento Pedagógico Domiciliar (BRASIL, 2002) mostra que essas modalidades de atendimento devem prever:

a) adaptações de recursos e instrumentos didático-pedagógicos, tais como jogos e materiais de apoio pedagógico, utilização de pranchas com presilhas e suporte para lápis e papel, entre outros;

b) orientação dos aspectos pedagógicos pelo correspondente à Educação Básica, de forma flexibilizada, sempre que necessário;

c) facilitação do processo de reintegração ao espaço escolar do aluno que ficou temporariamente impedido de frequentá-lo. Sugere-se manutenção do vínculo com a escola durante o período de afastamento por meio de: espaços específicos de convivência escolar; visitas dos professores ou colegas da escola;

interlocução com os familiares do educando;
elaboração de referência entre atendimentos
e escola de origem.

d) inclusão do professor junto à equipe
que coordena o projeto terapêutico individual.



Unifair de São Marcos

Figura B.5: Ambiente domiciliar

7 Serviço Itinerante

A itinerância consiste no serviço de orientação e supervisão pedagógica desenvolvida por professores especializados que fazem visitas periódicas às escolas para trabalhar com os alunos que apresentem

necessidades educacionais especiais e com seus respectivos professores de classe comum da rede regular de ensino. (Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, 2001, p. 50).



Vanias de S. Moraes

Figura B.6: Serviço itinerante

Quadro Síntese das Modalidades de Atendimento

Escola Especial	Instituição especializada, destinada a prestar atendimento psicopedagógico a educandos portadores de deficiência e de condutas típicas, onde são desenvolvidos e utilizados, por profissionais qualificados, currículos adaptados, programas e procedimentos metodológicos diferenciados, apoiados em equipamentos e materiais didáticos específicos. (Política Nacional de Educação Especial, 1994, p. 20).
Instituição Especializada	São destinadas às crianças e adolescentes que necessitam de tratamento especial nas áreas médica, psicológica e pedagógica e que se acham impedidos de se beneficiar da educação nas escolas comuns, em classes especiais ou não. Resolução 130/77 da lei 5692/71, p. 02).
Classe Especial	É uma sala de aula, em escola de ensino regular, em espaço físico e modulação adequada. Nesse tipo de sala, o professor da educação especial utiliza métodos, técnicas, procedimentos didáticos e recursos pedagógicos especializados e, quando necessário, equipamentos e materiais didáticos específicos, conforme série/ciclo/etapa da educação básica, para que o aluno tenha acesso ao currículo da base nacional comum. (Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, 2001, p. 53).
Sala de Recursos	Local com equipamentos, materiais e recursos pedagógicos específicos à natureza das necessidades especiais do alunado, onde se oferece a complementação do atendimento educacional realizado em classes do ensino comum. O aluno deve ser atendido individualmente ou em pequenos grupos, por professores especializados, e em horários diferentes do que frequenta no ensino regular. (Política Nacional de Educação Especial, 1994, p. 21).
Ambiente Domiciliar	Serviço destinado a viabilizar, mediante atendimento especializado, a educação escolar de alunos que estejam impossibilitados de frequentar as aulas em razão de tratamento de saúde que impliquem permanência prolongada em Domicílio. (Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, 2001, p. 51).
Serviço Itinerante	Trabalho educativo desenvolvido em várias escolas por docente especializado, que periodicamente trabalha com o educando portador de necessidades especiais e com o professor de classe comum, proporcionando-lhes orientação, ensinamentos e supervisão adequados. (Política Nacional de Educação Especial, 1994, p. 20).



Atividade - B.1

Escolha um dos modelos de atendimento educacional apresentados e realize observações. Para isso, torna-se importante que estabeleçamos alguns tópicos principais a serem analisados. De acordo com os temas abordados nessa unidade, os aspectos selecionados são:

- como a modalidade de atendimento está estruturada;
 - está de acordo com as definições estudadas;
 - aspectos que para você podem ser diferentes;
 - como funciona o voluntariado, estágio, trabalho para os educadores especiais.
- Após a visita/observação disponibilize seus registros no ambiente virtual, conforme as orientações do professor da disciplina.

Texto complementar

Atendimento educacional no Hospital Universitário de Santa Maria / RS

Leodi Conceição Meireles Ortiz

Prof^ª. Ms. Coordenadora do Setor Educacional do Serviço de Hemato-Oncologia/HUSM/UFSM

Soraia Napoleão Freitas

Prof^ª. Dr^ª. Orientadora de Projetos de Pesquisa/Curso de Educação Especial/Centro de Educação/UFSM

Trazer a história de criação do atendimento educacional do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), órgão suplementar central da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), faz retroceder o tempo em 14 anos, lembrando sentimentos corajosos e utópicos de implantar a escola, com sua cor e som, no mundo branco hospitalar, para que, finalmente, inspiradas à luz da memória, o sentido docente revolucionário ressurgisse com a certeza de que a utopia tornou-se realidade vivida.

Há uma obrigatoriedade, neste momento, de lançarmos mão de algumas passagens vivenciadas a serem utilizadas como escopo para demarcarmos a história da construção coletiva do atendimento escolar hospitalar do HUSM.

Com o intuito de legitimar o primeiro olhar no contexto supra citado, de 1991 a 1992, houve, no Setor de Pediatria, o lançamento do projeto de pesquisa "O papel do educador especial no ambiente hospitalar". Logo a seguir, introduz-se o projeto de extensão "Promoção das condições de vida infantil através da intervenção pedagógica em ambiente hospitalar" no período de 1993 a início de 1995. Dessa forma, cristalizam-se as bases para



Para você saber mais sobre esse assunto acesse www.mec.gov.br, Secretaria de Educação Especial, Catálogo de Publicações, e leia na íntegra os documentos "Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica" e "Classe Hospitalar e Atendimento Pedagógico Domiciliar".

o diálogo entre a teoria e a prática.

Este projeto teve, dentre os seus objetivos, viabilizar, através de princípios lúdicos, o atendimento pedagógico, sinalizando o brincar, desenhos e histórias como recursos para exteriorizar medos, angústias e significados sobre a doença, saúde, família, escola e hospitalização. Logo, a busca de saúde, através do lúdico, oportunizou oficinas de alfabetização, artes plásticas e expressão dramática a cerca de 820 crianças.

Tais dados demarcam a concepção de que a criança hospitalizada deve ser pensada/atendida, não pela lógica da falta, mas como pura diferença no mundo dos acontecimentos sempre singulares, sendo ela tão plena como todas as outras e o que lhe resta, não é atingir o que lhe falta ser, adquirir um desempenho compatível com as normas da sociedade, mas expandir o que é, ou seja, afirmar-se em sua diversidade.

Em 1995, o projeto de extensão "Educação e saúde: uma proposta para o Serviço de Hemato-Oncologia" firma, definitivamente, a aposta no atendimento de cunho essencialmente educativo, com identidade lúdica e interdisciplinar. O plano de ensino foi aos poucos sendo gestado, primeiro foi pensada a atenção educativa para a maioria dos pacientes, os ambulatoriais; em seguida, fez-se uma chamada para verificar a situação de escolaridade das crianças, encaminhando-as à escola regular ou ao regime de estudos domiciliares, para, finalmente, atender os pacientes internados na unidade de tratamento.

Ao longo de 1995 a 2002, a assistência escolar hospitalar primou pelo advento de oficinas pedagógicas: hora do conto; informática

educacional; recreação e sociabilização; psicomotricidade, alongamentos e dança; expressão artística e musical; formação do leitor; acompanhamento escolar personalizado; contadoras de histórias no leito; "atelier" pedagógico e produção/divulgação do Jornal de Brincadeira - publicação anual da classe hospitalar.

É importante vivenciar que o conhecimento pode ser percebido como um jogo para o infantil e que a educação tem poder, quando cumpre seu papel de transformar o mundo que está posto a ele, um mundo singular, repleto de medo, de distanciamento, de dor, para presentificar a sensibilidade, o diálogo e instituir o respeito à linguagem simbólica do enfermo.

Em 2003, o projeto de pesquisa "Inteligências múltiplas: desenvolvendo potencialidades em classe hospitalar" perseguiu o objetivo de analisar as dificuldades e habilidades dos pacientes-alunos, utilizando atividades de cunho pedagógico para desenvolver a cognição, tendo como suporte a Teoria das Inteligências Múltiplas de Howard Gardner.

Ao serem planejadas as etapas desta ação pedagógica, por decisão dos pacientes, foi escolhido o teatro circense como atividade de referência. Tal ação evoluiu em momentos definidos, sempre pontuando que as atividades foram moduladas e executadas pelos pacientes-alunos: tomada de decisão sobre o tema da peça e discussão quanto aos personagens; desenho do personagem escolhido e seu respectivo traje; confecção das fantasias e adereços; estabelecimento das falas e ações dos personagens; escolha das músicas, sonoplastia e coreografia da peça; ensaios e apresentação final.

Com base nos achados da referente pesquisa, em 2004 optou-se por estimular as inteligências inter e intrapessoais das crianças em tratamento no Serviço de Hemato-Oncologia. Para tanto foi preciso focar o olhar nas manifestações relacionadas a auto-estima, auto-imagem e autoconceito. A metodologia desta prática privilegiou atividades como desenho do auto-retrato, brincadeiras envolvendo esquema corporal, jogos com espelhos, exercícios posturais e técnicas de desempenho em passarela para, finalmente, chegar à culminância da proposta: o desfile de modas.

Atualmente, esta modalidade de ensino apresenta uma abordagem de trabalho multifacetado, com o cuidado de aglutinar diversos olhares à ambiência, sem perder de vista a sua função precípua que é a ação educativa. O fato educativo - programa de educação personalizada com contornos de investimento no potencial de educabilidade do ensinante hospitalizado - desenha uma humanização da assistência em saúde pincelada com matizes de atenção à alteridade.

UNIDADE



A DINÂMICA FAMILIAR

Prof^a. Melânia de Melo Casarin

Objetivo da Unidade

Após o estudo do conteúdo e a realização das atividades propostas, esperamos que você alcance os seguintes objetivos:

- situe a família como esfera geradora de valores, de comportamentos e passível de mudanças ao longo do tempo;
- identifique as etapas que a família vive, ou seja, seu ciclo vital;
- compreenda o papel da família de crianças com necessidades educacionais especiais.

Introdução

A árdua e complexa tarefa de educar os filhos imprime um desafio cotidiano aos pais. Muitas vezes, ao procurarem por um profissional para auxiliá-los sentem-se inseguros ou ameaçados pela possibilidade de serem julgados pelos seus erros e pela má condução na solução de problemas ou, até mesmo, nos tensos e sublimes envolvimento com seus filhos.

Tanto os envolvimento mais tensos como os mais sublimes exigem reflexão, tolerância e muita dedicação por parte dos pais. Porém, sabemos que por mais complexa que seja a arte de educar os filhos ela é imprescindível e apresenta-se como fundamental para a construção de um novo ser. Sabemos que essa construção se dá num processo dinâmico e permanente nas minúsculas cenas do cotidiano familiar. Nesse processo educador, emergem a liberdade dos filhos e a necessidade de preparo por parte dos pais para enfrentar o papel que a paternidade lhes impõe.

Nesse conjunto de dinâmicas relações, pais e filhos interagem numa sucessão de eventos compartilhados e compartilháveis, tornando as vivências, instâncias de cumplicidade e de construção individual e social. Contudo, sabemos que no início de nossas vidas essa

construção efetiva-se muito mais nos modelos percebidos na célula familiar, isto é, nos valores que permeiam as atitudes do pai e da mãe.

Considerando esses pressupostos, temos que, ao longo dos tempos, a família tem se diferenciado muito, evidenciando as transformações que o mundo vem vivendo. Nessa unidade da disciplina, abordaremos a família como esfera geradora de valores, de comportamentos e passível de mudanças ao longo dos tempos: núcleo gerador de identidades doentes ou saudáveis.

Ainda, mostraremos como esse grupo, chamado família, se organiza, destacando as etapas que a instituição família vive, ou seja, o ciclo vital, e as relações existentes com a dinâmica familiar.

Para finalizar, abordaremos aspectos vividos na dinâmica de uma família que possui pessoas com necessidades educacionais especiais, destacando seu papel no desenvolvimento desse ser e enfocando o envolvimento parental como fator de sucesso dessa criança.

Cabe salientar que, apesar de não estar sendo apresentada conforme a ordem do programa da disciplina, esta unidade contempla todos os itens aí relacionados.

1 A instituição família ao longo dos tempos

O conceito de família tem variado muito através dos tempos. Esse conceito pode significar indivíduos que têm o mesmo sangue, que usam o mesmo nome / teto ou indivíduos que se acham reunidos pela vizinhança.

Hoje, a família é o grupo social formado pelo pai, mãe e filhos, constituindo-se elemento básico da sociedade. É o conjunto de pessoas unidas pelos laços sanguíneos, sendo, portanto, instituição de natureza biológica, psicológica, econômica, moral e espiritual.

Como instituição, o conceito de família perde-se na história dos tempos, não se podendo estabelecer quando teve início. Inicialmente, o homem vivia em bandos, até que, através de outros momentos, o bando começou a dividir-se em famílias.

De acordo com a Escola Sociológica de Émile Durkheim, desde o início da humanidade houve família. Essa família, num sentido totalmente diverso, sem nenhuma ligação de parentesco, baseada apenas em uma crença comum, num sentimento comum. Tal agrupamento era chamado de clã totêmico.

O sociólogo francês citou o clã totêmico como origem da família primitiva, e que todas as sociedades dele partiram.

Para Spencer, a família teve a seguinte evolução: promiscuidade, matriarcado, patriarcado, monogâmica.

- Promiscuidade: a fase em que o homem mais se aproximou dos animais, desconhecendo totalmente a instituição da família. As reuniões eram momentâneas, obedecendo simplesmente ao instinto sexual.

- Matriarcado: essa fase já dava maior estabilidade à família, sendo a mãe o cabeça do grupo, administrando e determinando tudo que se referia à família.

Patriarcado: é o regime que teve continuidade até o século passado, no qual o pai, todo poderoso, tinha autoridade absoluta sobre todos os membros. Seus poderes eram ilimitados, tinha o direito de vida e de morte sobre seus parentes. Todos viviam sob o regime patriarcal no qual o pai era visto e respeitado como o chefe, com autoridade absoluta dando ordens a todos.



Paulo César Copalatt de Oliveira

Émile Durkheim

Sociólogo francês que viveu entre 1858 a 1917. Para ler mais sobre o autor acesse o site www.mundodaciencia.com.br/sociologia/durkein.htm. Leia também o caderno da disciplina Fundamentos Históricos, Filosóficos e Sociológicos da Educação II.

Clã Totêmico

Grupo de indivíduos que se consideravam parentes, reconhecendo esse parentesco por um sinal particular chamado totem, o qual podia ser algo animado ou inanimado. Geralmente, era um vegetal ou animal do qual o grupo supunha-se descendente, servindo de emblema ou nome coletivo. Por exemplo, se o totem fosse um lobo, todos os membros do clã acreditavam ter um lobo como sua origem, seu primeiro antepassado, conservando sua descendência de lobos. Assim, o totem era o pai ancestral do clã.



Vanessa Pinheiro Reyes

Figura C.1: Regime patriarcal

Monogâmica: é considerada a última fase evolutiva da família e que permanece até nossos dias. O Estado começa a sentir a importância e o valor da família, considerando-a coluna-mestra da sociedade e, quanto mais forte a família, conseqüentemente, mais forte será o Estado.

A família monogâmica é mais estável, mais unida, seus membros mais responsáveis entre si e com mais responsabilidade social. A família monogâmica surgiu como produto da evolução social.

A família ao longo dos tempos sofreu severas alterações. Para Munhóz, (2003, p. 32):

A instituição família é tão antiga quanto a humanidade, tendo se modificado ao longo dos tempos, A família, no percurso da história tem a característica de ajustamento, não tendo permanecido a mesma; muito pelo contrário; sua constante evolução tem mostrado um ritmo incessantemente rápido que acompanha a característica social da sociedade desse tempo.

As mudanças ocorridas na sociedade estão diretamente relacionadas com alterações

políticas, sociais e econômicas ocorridas ao longo da evolução da espécie humana. Por isso, o desenvolvimento do grupo familiar está premiado de mudanças. A família, como um sistema organizado, não apresenta um desenvolvimento uniforme (MUNHÓZ, 2003).

Nos primeiros registros existentes, tratava-se como elo principal da família a procriação com supremacia do homem sobre a mulher. As mulheres estavam submetidas aos seus maridos, não tinham direitos políticos ou jurídicos, vivendo grande parte da vida reclusas. Isso caracterizava o sistema patriarcal vigente nesse período. Com o passar dos tempos e mudanças nas sociedades antigas, a família foi constituindo-se como a mais sólida instituição social.

De acordo com Osório (2002), é entre os romanos que a família consolidou-se como instituição e apresentou as mais significativas variações e transformações.

Segundo o mesmo autor, é no "fim da Idade Média, com o nascimento da industrialização, o espírito de iniciativa individual insurge-se contra a estrutura patriarcal (...) e dá origem a novos contextos familiares, pela escolha recíproca de parceiros para a união matrimonial" (OSÓRIO, 2002, p. 44). A autoridade patriarcal permanece, ainda que externa ao núcleo familiar.

Segundo Munhóz (2003, p. 33-34),

Até então o casamento segundo a ordem patriarcal, objetivava a transmissão e manutenção dos bens constituídos do patrimônio. Sua realização ocorria em função da manutenção do status do poder. Assim, a organização familiar servia para a continuidade da manutenção do sistema de dominação político econômico.

Na época contemporânea, ao escolher o parceiro não se vivencia valores que constatarem desejos familiares, é uma opção pessoal muito mais individual do que uma iniciativa de cunho social. Principalmente, a mulher tem a liberdade de escolher seu marido.

Para caracterizar a família contemporânea podemos lembrar que, após a 1ª Guerra Mundial, inicia-se a libertação da mulher, tanto da esposa como das filhas. A mulher não vê mais o marido como amo e senhor. A mulher adquire o direito de ser eleitora, de trabalhar fora de casa, ocupar cargos públicos, surgindo assim as suas grandes conquistas.



Figura C. 2: Família contemporânea

A ciência e a tecnologia construíram, em poucos anos, um novo mundo, o mundo da velocidade, das comunicações, das descobertas, das invenções e realizações. Tudo isso fez com

que surgissem problemas como: deslocamentos das famílias dos pequenos para os grandes centros urbanos, enfrentando sérias dificuldades de moradia, condução, poluição e desemprego.

Esses fatos causaram uma inversão de valores e, conseqüentemente, provocaram um desgaste na família. Não se pode negar a modificação que a família sofreu em sua significação e estrutura nesses últimos anos. É difícil fazer uma comparação entre a família de hoje e a de 30 ou 40 anos atrás.

Devido à grande importância do lar, na formação da personalidade da criança, essa nova estrutura familiar deve ser considerada pela escola. Os educadores devem estar conscientes das mudanças que têm ocorrido na estrutura familiar como: a diminuição do número de filhos; maiores encargos laborais assumidos pelos pais incorrendo na ausência no ambiente do lar, incorrendo também no declínio do trabalho feito em casa; ampliação da jornada da criança na escola; aumento das atribuições de formação dessa criança por parte da instituição escolar.

Para melhor explicitar o perfil das transformações ocorridas no núcleo familiar nos diferentes momentos da história, usaremos uma divisão apresentada por Osório (2002, p. 45), que aponta quatro modelos de família: a aristocrática dos séculos XVI e XVII, a camponesa dos séculos XVI e XVII, a burguesa do século XIX, a operária do século XIX e a família da "Aldeia Global".

Organização de estrutura familiar	Família Aristocrática	Família Camponesa
Estruturação do grupo familiar	→ Em função da preservação da herança.	→ Em função dos meios de sobrevivência.
Função do lar	→ Proteção contra inimigos. → Instaurar espaços públicos e políticos.	→ Lugar de produção dos bens essenciais e proteção contra perigos.
Objetivos educacionais	→ Respeito à hierarquia social.	→ Renúncia à individualidade.
Relações intrafamiliares e autoridades sobre os filhos	→ Sub-rogados paternos (preceptores) como padrão de identificação. → Autoridade preceptorial. → Punição pelo castigo físico. → Crianças tratadas pelos pais como pequenos animais domésticos, sem afeição materna ou paterna.	→ Modelo de autoridade matriarcal - mãe - terra nutricia como padrão referencial - castigos físicos como punição. → Deus e o pároco como representantes da autoridade.
Valores individuais buscados	→ Astúcia.	→ Fertilidade.
Vida sexual pré-matrimonial	→ Consentimento da prática da masturbação.	→ Sodomia.
Papéis Sexuais	→ Homem promover alianças latifundiárias. → Mulher servir às alianças latifundiárias.	→ Homem função nutricia. → Mulher função de agasalho e proteção.
Casamento	→ Acordo interclãs com vistas à manutenção da herança heráldica.	→ Seleção natural com matizes endogâmicas.
Relação com crescimento demográfico	→ Baixa natalidade. → Alta mortalidade.	→ Alta natalidade. → Alta mortalidade.

Ilustrações: Vinícius de Sá Memezes

Quadro C1

Fonte: Adaptado de OSÓRIO, L. C. Casais e Família : uma visão contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 2002, p.45.

Família Burguesa	Família Operária	Família "Aldeia Global"
		
<ul style="list-style-type: none"> → Em função da necessidade de transmissão dos interesses da classe Dominante emergente. 	<ul style="list-style-type: none"> → Em função de atingir a prosperidade. 	<ul style="list-style-type: none"> → Em função da necessidade de conviver e do desejo ou intenção de procriar.
<ul style="list-style-type: none"> → Lugar de lazer, refúgio e intimidade. Microcosmos privados. 	<ul style="list-style-type: none"> → Lugar de satisfação de alimentos e agasalhos. 	<ul style="list-style-type: none"> → Promover segurança física e psicológica.
<ul style="list-style-type: none"> → Renúncia ao corpo/mente. 	<ul style="list-style-type: none"> → Renúncia à posse das fontes de produção em favor da obtenção dos bens de consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> → Desenvolver aptidões específicas para a vida competitiva.
<ul style="list-style-type: none"> → Pais como modelo de identificação. → Autoridade parental. → Punição pela retirada do amor ou incremento de culpa. 	<ul style="list-style-type: none"> → Autoridade patriarcal. → O patrão como ponto referencial. → Castigos físicos e abandono como punição. 	<ul style="list-style-type: none"> → Filhos como depositários das expectativas parentais (veículos de realização de seus desejos e compensações pelas frustrações havidas. → Autoridades paterna e materna compartilhadas.
<ul style="list-style-type: none"> → Eficiência. 	<ul style="list-style-type: none"> → Obediência. 	<ul style="list-style-type: none"> → Capacidade competitiva.
<ul style="list-style-type: none"> → Repressão da masturbação. → Separação entre sexo e amor. → Moralidade machista. 		<ul style="list-style-type: none"> → Diferentes formas de atingir o prazer erótico.
<ul style="list-style-type: none"> → Homem manutenção da casa. → Mulher criação dos filhos. 	<ul style="list-style-type: none"> → Homem manutenção da casa. → Mulher manutenção da casa. 	<ul style="list-style-type: none"> → Equivalentes ressalvadas as diferenças quanto ao papel reprodutor da espécie.
<ul style="list-style-type: none"> → Imposição ou pressão dos pais objetivando a preservação ou acumulação de bens patrimoniais. 	<ul style="list-style-type: none"> → Escolha individual mais ou menos aleatória. 	<ul style="list-style-type: none"> → Substituição do contrato (civil ou religioso) por livre união consensual.
<ul style="list-style-type: none"> → Baixa natalidade. → Baixa mortalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> → Alta natalidade. → Alta mortalidade. 	<ul style="list-style-type: none"> → Baixa natalidade. → Baixa mortalidade.

Percebemos, assim, as mudanças na estrutura familiar identificando a influência que os aspectos sócio-culturais da humanidade exercem sobre a instituição família. Considerando esta como "produzida e produtora, reflexo e refletora das relações sociais mais amplas" (D'ANTINO, 1988, p. 30).

Função da família

Sabendo-se que existem vários tipos de família coexistentes em nossa sociedade (pais casados, recasados, solteiros ou viúvos, várias gerações vivendo na mesma casa, pais biológicos e adotivos, grupos de amigas que vivem juntas com os filhos de todas...), percebemos que as estruturas familiares, por mais diversificadas que sejam, existem devido a inerente necessidade de o homem viver em grupos, consideram essa uma necessidade humana fundamental, requisito básico para seu desenvolvimento.

É quase impossível pensarmos em um indivíduo crescendo e desenvolvendo-se isoladamente dos demais, ou seja, na ausência das relações dos grupos sociais e, nesse caso, da família (NICOLOSO, 1997).

Nesse momento, devemos pensar na família como um grupo social composto por pessoas que se relacionam, ligadas por um forte elemento afetivo, que entram nesse grupo pelo nascimento, ou adoção e somente deixam de fazer parte no momento da morte.

Todo o ser humano necessita de um ponto de referência. Ao nascermos, somos frágeis, dependentes, necessitamos dos cuidados dos familiares, principalmente dos maternos. Necessitamos de alguém que nos cuide, zele por nossa saúde física e emocional. Por isso, a

família é considerada nosso principal ponto de referência. Iniciamos nossa história dentro da história da nossa família.

Nicoloso (1997, p. 29), ao falar sobre a família elucida:

Esta pode ser a mais variada possível. Com arranjos por parte de parentesco consanguíneo ou não, o que interessa e o que legitima como tal é a qualidade dos laços afetivos (que constituem a base de sustentação desses grupos que compartilham a vida cotidiana) e o espaço que iremos conquistar neste grupo ao longo de nossa existência (fundamental para o desenvolvimento da personalidade e da individualidade).

Macedo (apud Nicoloso, 1997, p. 29) diz ainda que

O que define a família, ao nosso ver, são as funções desempenhadas por seus membros em suas inter-relações, podendo assim apresentar-se como família um cem número de arranjos entre membros como tais características de lealdade, afeição e durabilidade de pertinência (...) onde a pertinência a uma família é algo permanente. Não é possível demitir-se da família.

Através desses estudos, podemos perceber a impressão fundamental que uma família exerce na construção do ser humano. Aí tratamos da instituição família como um todo, desde as mais tenras necessidades que ela supre, como as estruturas emocionais responsáveis na construção da identidade e da personalidade dos familiares.

A função da família é possibilitar a sobrevivência dos membros familiares, assim como contribuir para o desenvolvimento de todos de forma harmoniosa e saudável, envolvendo todos os que ali pertencem,

constituindo essa interação uma complexa teia de relações, através dos diferentes familiares como: avó, avô, mãe, pai, filho, filha, irmão, irmã.

Segundo D'Antino (1988, p. 31),

É através da teia de relações vividas em família; do estabelecimento e entendimento dos papéis desempenhados pelos seus membros; dos valores, das normas e regras familiares; que a criança aprende a se relacionar com o meio extrafamiliar. Ou seja, o núcleo familiar tem, dentre outras, uma função sócio-emocional apresentando-se ao indivíduo como o modelo de ser e estar no mundo.

Para que os educadores tenham uma melhor compressão sobre a dinâmica familiar, citamos aportes teóricos sobre o funcionamento e a organização desse grupo.

Existem diferentes tipos de estrutura familiar. Esta surge e se adapta conforme o desenvolvimento e mudanças de toda a sociedade. A partir de sua estrutura, a família vai efetuar suas funções, sejam estas sociais, sejam pessoais, tornando-se responsável pelos indivíduos que origina.

Considerando a família como uma microestrutura, D'Antino (1998, p. 30) descreve-a como

A união de pai, mãe e filhos que se inter-relacionam afetiva e economicamente, apresentando umas dinâmicas próprias de funcionamento, cada qual desempenhando um papel determinado, dentro dos padrões, normas e valores por ela estabelecidos e de conformidade com os socialmente aceitos.

Portanto, o grupo familiar será o espaço imediato de evolução do sujeito. Para o autor:

Enquanto microestrutura social, a família foi, e continuará a ser, o primeiro e mais importante "berço" do indivíduo, tendo como função original satisfazer as necessidades, físicas, afetivas e sociais da criança. Como "berço" cumpre, também, a função de mediadora original entre a criança e o mundo social. Esta microestrutura social funciona, ao mesmo tempo, como representante e intermediária das relações sociais mais amplas, possibilitando à criança a formação de sua primeira identidade social (D'ANTINO, 1988, p. 31).

Percebendo a família como maior responsável pela formação dos indivíduos, como meio norteador da história da humanidade, e por isso grande responsável pelas mudanças ocorridas, Osório (2002) identifica que o grupo familiar possui funções, que serão as responsáveis tanto pelo seu destino quanto por sua origem, descrevendo-as de forma separada, mas considerando-as como interdependentes.

De acordo com o autor (2002), essas funções são: biológicas, psicológicas e sociais. Na biológica, a função da família não está relacionada única e puramente com a reprodução, mas "sim no assegurar-se à sobrevivência dos seres através dos cuidados" (OSÓRIO, 2002, p.19), ou seja, a função primordial da família no aspecto biológico é "a de garantir não a "reprodução" e sim a "sobrevivência" da espécie através dos cuidados ministrados aos recém-nascidos (OSÓRIO, 2002, p. 20).

A função psicológica, por sua vez, abrange a questão afetiva, tão importante quanto os cuidados dados ao recém-nascido. É a partir desse afeto que o sujeito irá desenvolver seus aspectos psíquicos, seu emocional. Segundo Osório (2002, p. 20),

Poder-se-ia assim dizer que uma primeira e fundamental função psíquica da família é prover o alimento afetivo indispensável à sobrevivência emocional dos recém-nascidos.

Esse aspecto emocional abrange não apenas a criança, mas toda a família, que apresenta ao longo de sua formação as chamadas "crises vitais". A família, possuindo um bom suporte emocional, conseguirá superar essas crises e não se desestabilizará.

Transmitir as experiências e favorecer o ambiente para o aprendizado, além de ser uma função psicológica da família também adentra na esfera pedagógica. O primeiro, segundo Osório (2002, p. 20), "se insere no contexto da socialização e suas raízes ideológicas e o segundo baliza o processo cognitivo do ser humano, bem como facilita o intercâmbio de informações com o universo circunjacente".

Já na função social da família, entram como centrais as questões culturais. O autor (2002, p. 21) diz ainda que "outra das importantes funções sociais da família, e que a ela é delegada pela sociedade, é a preparação para o exercício da cidadania".

Essas funções são determinadas e influenciadas de forma direta pelos pais. De acordo com Osório (2002, p. 21),

a dinâmica familiar repousa em quem exerce os papéis parentais, os quais seriam os responsáveis pela formação biopsicossocial da descendência de acordo com um modelo que por sua vez, provém das gerações anteriores (...).

O ambiente familiar é formado, então, pelas influências de comportamento entre pais e filhos. É a partir dessa interação que as relações familiares irão se estabelecer, influenciando diretamente as funções e os papéis que filhos e pais irão assumir, num contínuo processo de troca.

Influência da família na formação da personalidade da criança

Sabe-se que é nos primeiros anos de vida que a personalidade é construída. Durante esse processo, os fatos externos são decididamente responsáveis, exercendo um papel determinante. Nesse sentido, a posição dos pais, seus comportamentos, suas atitudes têm grande influência.

As principais atitudes observadas no relacionamento entre pais e filhos, são: rejeição, superproteção, perfeccionismo, aceitação.

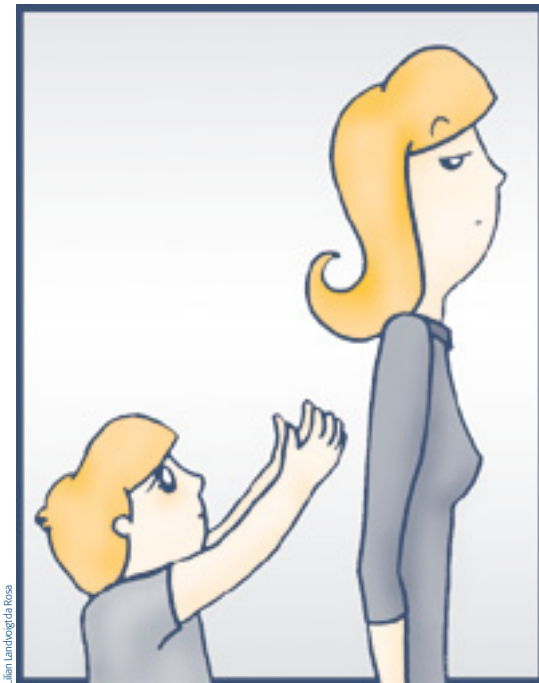


Figura C.3: Rejeição

Rejeição

É uma atitude de hostilidade e antagonismo que os pais, mais comumente a mãe, assumem em relação à criança. Algumas causas da rejeição podem ser citadas: incompatibilidade social dos pais, medo ou desgosto com a gravidez, filhos de pais não casados legalmente, criança de sexo diferente daquele esperado.

A rejeição traz como conseqüência para a criança agressividade contra o meio ambiente e os pais; sentimento de insegurança; temores noturnos; incapacidade de emoção afetiva.



Figura C.4: Superproteção

Superproteção

O adulto assume uma atitude de proteção e preocupação com a criança, atraindo a atenção geral pelo exagero. As causas principais são; filho único, filho tardio ou adotivo, morte de irmão, moléstia grave, defeitos físicos ou mentais e outras. Sua principal manifestação é a infantilização, pois o adulto não permite que a criança cresça psicologicamente. A mãe está sempre junto da criança e alega que o filho não a deixa. Todas as decisões são tomadas pelos adultos. Essas manifestações trazem à criança um retardo na maturação emocional e social, acarretando sentimentos de insegurança, por falta de oportunidade para iniciativa e independência.



Figura C.5: Perfeccionismo

Perfeccionismo

É uma forma disfarçada de rejeição. Os pais não apenas sentem aversão e hostilidade pelos filhos, como ainda pretendem modificá-los, refazê-los, deixá-los da maneira como gostariam que fossem.

O adulto procura desenvolver na criança sentimentos e aptidões, tendências e desejos que a criança não sente. Os pais estão dispostos a fazer nascer essas qualidades, custe o que custar. Essas qualidades devem ser perfeitas, caso contrário os pais não se satisfazem e levam a criança a frustrações, inseguranças, desânimos e outras atitudes conseqüentes.



Figura C.6: Aceitação

Aceitação

É uma atitude compreensiva, amorosa e de carinho com a criança, em que os pais demonstram compreender, prestigiar e estimular a personalidade infantil. Reconhece na criança um ser vivo, digno de carinho e de respeito, procurando sempre respeitar acima de tudo a independência de caráter e iniciativa.

O que leva os pais a uma aceitação é geralmente o desejo de ter filhos, amor mútuo e compreensão conjugal, conhecimentos de psicologia e pedagogia infantil.

Essas manifestações trazem segurança e confiança em si e em suas habilidades, desenvolvimento satisfatório da personalidade e do seu equilíbrio emocional, capacidade de tolerância, estima, interesse e alegria de viver.

Uma vez aceito o fato de que o ambiente familiar influencia profundamente, modifica e sugestiona, molda e transforma a personalidade infantil, tão acessível nos primeiros seis anos de vida aos condicionamentos do ambiente, pode-se dizer que o êxito da educação infantil é, em síntese, a resposta adequada dos pais as duas exigências básicas: preservar a vida e o crescimento do filho e infundir-lhe amor à vida e ao seu tempo e satisfação pelo fato de ser menino ou menina.

Mas o propósito de preservar a vida e o crescimento do filho pode conduzir a resultados opostos. É o caso dos pais superprotetores. Em seu excessivo zelo, pensando e agindo pelo filho, impedem-no de tomar iniciativas e construir sua autodeterminação. Tirando-lhe a oportunidade de explorar, descobrir, conhecer segundo os interesses e recursos de sua própria idade, bloqueiam seu crescimento emocional.

Retido na infância, tímido e dependente, cabe ao filho apenas a possibilidade de desenvolver suas capacidades físicas e intelectuais. Prepara-se assim um adulto emocionalmente imaturo, ou desajustado socialmente, sofrendo e fazendo sofrer aqueles que dele se aproximam.

É de fácil constatação que muitos pais chegam a apresentar verdadeiras crises de angústias em relação à educação dos filhos. Tornam-se confusos, ansiosos, pouco objetivos no uso de medidas corretivas, utilizando para isso castigos físicos, sanções desproporcionais. Esquecem, muitas vezes, que dessa forma estão gerando, desenvolvendo na criança ansiedade infantil e insegurança. A ausência da autoridade paterna, sentida em muitos lares, por vários motivos como separação dos pais, necessidade que o pai passe o dia todo fora de casa e até algumas horas da noite no trabalho, faz com que a mãe assuma uma posição dominante no lar, tomando as decisões sozinha.

Enfim a influência da família na formação da personalidade do indivíduo é básica, essencial e profundamente significativa. A comunicação, os valores e a interação social vivida pela família é que vão, de uma forma ou de outra, determinar o futuro da vida emocional da criança. O lar é essencial e insubstituível. Somente a afeição familiar dá a criança um afetivo sentimento de segurança. Num ambiente positivo e harmônico, a criança tem certeza de que é amada.

Você Sabia?

Apesar de tudo que foi falado aqui, a verdade é que muita abnegação e muita coragem precisam ter os pais, especialmente a mãe, para conseguir a emancipação emocional do filho e ajudá-lo a tornar-se independente e responsável pelos seus próprios atos.

2 Ciclo vital da família

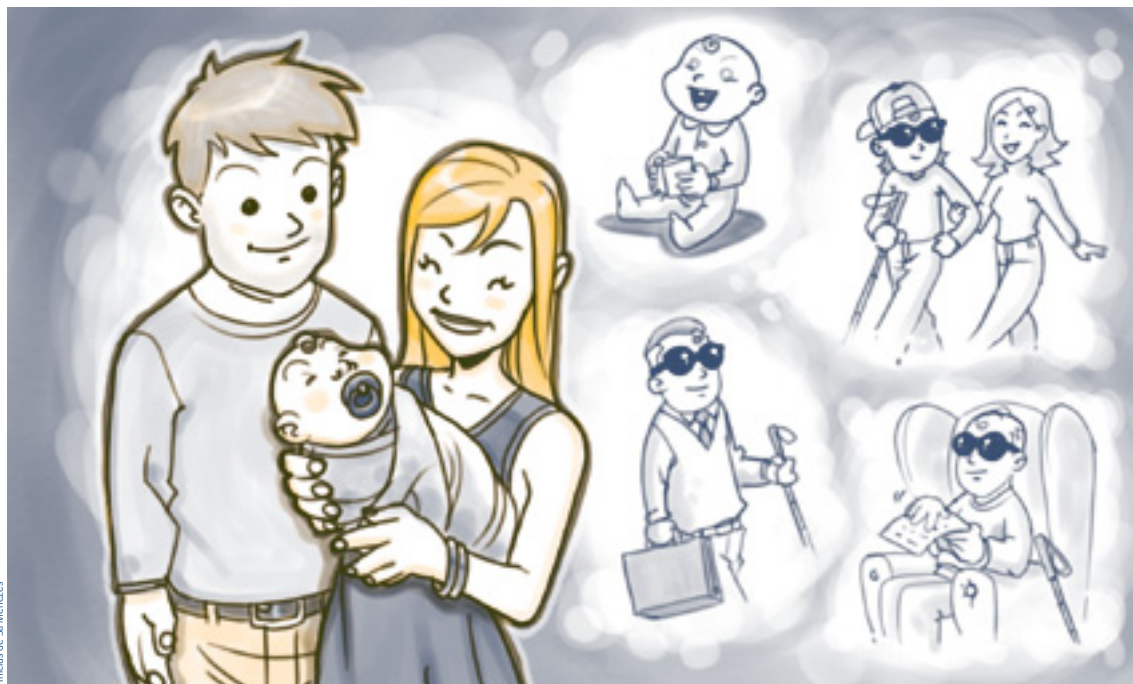


Figura C.7: A família e a pessoa com necessidades especiais

O grupo familiar constitui-se dentro de um contexto evolutivo. Durante essa evolução é que a família irá desempenhar suas funções, dando continuidade à espécie e desenvolvendo todos os aspectos dos sujeitos que a formam. Esse processo determina o ciclo vital da família. A ideia do ciclo vital é muito antiga, e está incorporada à religião, mitologia e lenda. Para Pincus & Dare (1981, p.09), os marcos mais importantes no ciclo vital da família são os mistérios universais do nascimento, sexo e morte.

Esse ciclo abrange toda a formação familiar, desde a união do casal, nascimento e crescimento dos filhos, até a morte dos pais, e conseqüente dispersão dos descendentes, o que origina novos núcleos familiares. Essa

ordem não é fixa, pode ser alterada; por um divórcio, por exemplo, que é a saída de um dos cônjuges da casa, o que ocasiona o fim do ciclo vital dessa família.

Não se pode esquecer que o núcleo familiar é o responsável por transmitir a seus descendentes as regras mínimas para uma futura convivência na sociedade. As interações vivenciadas na família auxiliarão diretamente no crescimento individual dos sujeitos que a forma.

Por isso, devemos perceber o ciclo vital da família como um processo sujeito a mudanças, mas que basicamente serve para perpetuar as condições mínimas do convívio em sociedade, porque, ao mesmo tempo em que desenvolve seus descendentes, propicia a aprendizagem da interação social.

No caso das famílias que apresentam crianças com necessidades educacionais especiais, a questão da relação familiar e do ciclo vital é muito relevante, pois é dentro dele que ocorrerá o principal desenvolvimento dessa criança.

Devemos considerar que o ciclo dessa família é todo influenciado e modificado pelas reações que a descoberta da deficiência causa nos pais e pessoas que participam e convivem com esse núcleo. Elas abrangem o choque, seguido da rejeição, sentimento de culpa e mágoa, até uma adaptação e aceitação da realidade. Então, a criança vai se desenvolvendo dentro de todos esses aspectos da construção parental.

Adaptando-se a essas mudanças, a família que tem uma criança com necessidades educacionais especiais resolverá os problemas específicos que surgem, conseguindo efetuar, ou não, seu papel eficazmente.

Para Correia (1999, p.150), "as reações dos pais à informação de que seu filho é uma criança com necessidades educativas especiais tem sido comparadas às experiências de perda de alguém amado, por morte ou separação".

Podemos dizer que os pais também atravessam um período de luto pela perda do filho "idealizado". Os vários modelos de processo de luto hipotetizam uma seqüência de estágios que vão do choque inicial à aceitação da realidade. O quadro a seguir elucida a seqüência desses estágios.

Você Sabia?

Para você saber mais sobre esse assunto acesse www.ufsm.br/ce/revista e procure no caderno edição 2000, nº 15 o artigo "O envolvimento da família no processo de integração / inclusão do aluno com necessidades especiais" da autoria de Renato Paula Vieira Lopes e Reinoldo Marquezan.

Fases de adaptação da família diante do nascimento do filho com necessidades especiais

1. Choque; rejeição; negação.

- a) Digressão à procura da "cura".
- b) Sentimentos de desinteresse, de perda, de pavor, de surpresa, de confusão.

2. Desorganização emocional

- a) Culpa.
- b) Frustração.
- c) Raiva.
- d) Tristeza / mágoa.

3. Organização emocional

- a) Adaptação.
- b) Aceitação.

Quadro C2

Fonte: Adaptado de CORREIA, Luís de Miranda. Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares. Portugal: Porto Editora, 1999, p.150.

O desenvolvimento dos membros da família, nessa constante interação, irá mudar conforme as novas exigências e necessidades que vão surgindo. Conseqüentemente, em cada estágio, os papéis e responsabilidades dos

membros da família também irão mudar.

A seguir, mostraremos, segundo Correia (1999), uma descrição dos estágios do ciclo vital:

Ciclo de vida dos familiares de uma criança com necessidades especiais	
Fases	Aspectos emocionais vivenciados
Pai e Mãe	<ul style="list-style-type: none"> → Expectativas de ter filhos. → Adaptação da vida conjugal.
Crescimento / desenvolvimento / pré-escola	<ul style="list-style-type: none"> → Ansiedade e receio frente a algum problema com o filho.
Idade escolar	<ul style="list-style-type: none"> → Reações de outras crianças e famílias às crianças com necessidades especiais. → Escolaridade.
Adolescência	<ul style="list-style-type: none"> → Rejeição dos companheiros. → Preparação vocacional. → Manifestação da sexualidade.
Iniciação à vida adulta	<ul style="list-style-type: none"> → Estudos acerca da habitação. → Estudos sobre a forma de prover o próprio sustento. → Oportunidades de socialização.
Pós-parental	<ul style="list-style-type: none"> → Reflexão sobre a segurança a longo prazo do filho. → Interlocução e interações com as instituições que providenciam serviços. → Manejo frente aos interesses do filho no que se refere ao namoro, ao casamento e a ter filhos.

Envelhecimento

- Cuidados e supervisão do filho com necessidades especiais após a morte dos pais.
- Transferir as responsabilidades parentais para outros subsistemas da família e instituições.

Quadro C3

Fonte: Adaptado de CORREIA, Luís de Miranda. Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares. Portugal: Porto Editora, 1999, p.151.

Muitos autores concordam em dizer que o profissional desempenha um papel fundamental no que toca ao apoio aos familiares de crianças com necessidades educacionais especiais. Isso é chamado de estratégia externa de apoio (CORREIA, 1999).

Sabemos que, ao longo da vida das pessoas com necessidades educacionais especiais, vários profissionais entram em contato com a criança e com sua família, participando desde o diagnóstico até nas intervenções médicas e educacionais. Nessa relação, é necessário respeito mútuo, partilha de informações, responsabilidade, aptidões, entre outros.

Nesse sentido, entendemos que a comunicação institui-se como uma ferramenta capaz de proporcionar todas essas trocas da melhor forma possível, visando a um contato saudável e harmonioso com os familiares. Para isso, alguns estudiosos apontam comportamentos e atitudes que devem ser consideradas pelos profissionais ao interagir com a família: estabelecer um clima de cumplicidade; favorecer e facilitar o envolvimento e participação da família no processo de intervenção da criança em questão;

utilizar uma linguagem que proporcione compreensão não dificultando o processo; oportunizar a interação entre os pais, com vistas ao apoio entre famílias; respeitar a vontade da família.

Esses são comportamentos que só irão facilitar a interação entre familiares e profissionais na busca de uma intervenção de qualidade.

**Atividade - C.1**

O Ministério da Educação / Secretaria de Educação Especial publicou "Educação Inclusiva - A família". Nesse material, disponibilizado em <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/familia1.pdf> podemos encontrar algumas ações consideradas importantes para a construção de uma sociedade inclusiva. Nesse sentido, baseado no quadro de indicadores que se encontra no final do documento, procure analisar quais indicadores já existem no seu município. Em seguida, disponibilize suas considerações no ambiente virtual, a partir das orientações do professor da disciplina.

Referências

Referências Bibliográficas

- AJURIAGUERRA, J. de. **Manual de Psiquiatria Infantil**. Barcelona: Toray, Masson, 1976.
- BAUTISTA, Rafael. **Necessidades Educativas Especiais**. Lisboa: DINALIVRO, 1997.
- BRASIL. MEC/SEESP. **Política Nacional de Educação Especial**. Brasília: MEC/SEESP, 1994.
- _____. MEC/SEESP. **Direito a Educação**: subsídios para a gestão dos sistemas educacionais: orientações gerais e marcos legais. Organização e coordenação Marlene de Oliveira Gotti [et. al.]. Brasília: MEC, SEESP, 2004.
- _____. MEC/SEESP. **Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica**. Brasília: MEC/SEESP, 2001.
- _____. MEC/SEESP. **Produção editorial da educação especial [on-line]**. Disponível na Internet via <http://www.mec.gov.br/seesp/publicacoes>. Arquivo capturado em 10 de janeiro de 2001.
- _____. MEC/SEESP. **Saberes e práticas da inclusão**: surdez. Brasília, 2004 (Educação Infantil; 7).
- BRIZOLARA, Ana G. **Fatores causais e precipitantes que determinam os desvios do desenvolvimento**. In: Anais do Encontro Estadual sobre Prevenção à Excepcionalidade. Porto Alegre, 1981.
- CORREIA, Luís de Miranda. **Alunos com Necessidades Educativas Especiais nas classes regulares**. Portugal: Porto Editora L.D.A, 1999.
- CRUZ, Vítor. **Dificuldades de aprendizagem**: fundamentos. Portugal: Porto Editora, 1999.
- D'ANTINO, Maria Eloísa Famá. **A máscara e o rosto da instituição especializada**: marcas que o passado abriga e o presente esconde. São Paulo: Mennon, 1988.
- DIAMENT, Aron J. **O diagnóstico neuropediátrico em deficiência mental**. pp. 07-35. In: Anais Nestle: Deficiência mental na criança. São Paulo, 1980.
- FONSECA, Vítor da. **Educação Especial**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1991.
- _____. **Introdução às dificuldades de aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- FONTES, José Américo. **Lesão cerebral**: causas e prevenção. CORDE: Ministério da Ação Social, 1990.
- GRUSPUN, Haim. **Autoridade dos pais e educação da liberdade**. Rio de Janeiro: Wak, 2004.
- JANNUZZI, Gilberta. **A luta pela educação do deficiente mental**. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 1992.

LULKIN, Sérgio A. **O silêncio disciplinado: A invenção dos surdos a partir de representações ouvintes.** Dissertação de mestrado, Faculdade de Educação/UFRGS, 2000.

MARQUEZAN, Reinoldo. **Aprendizagem e dificuldade de aprendizagem.** Santa Maria: Centro de Educação, 2000.

MUNHÓZ, Maria Alcione. **A contribuição da família para as possibilidades de inclusão das crianças com Síndrome de Down.** Tese de Doutorado. Porto Alegre: UFRGS, 2003.

NICOLOSO, Adriana. **A dinâmica das relações familiares Frente a criança Portadora de Necessidades Especiais.** Monografia de Especialização, UFSM, 1997.

OSÓRIO, L. C. **Casais e Família** : uma visão contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PINCUS, Lily; DARE, Christopher. **Psicodinâmica da família.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.

RUGGIA, Raul. **Concepto de alto riesgo de origen biológico y socio-cultural.** In: Revista Brasileira de Deficiência Mental. Vol 17, nº 02, pp. 07-24. Julho/Dezembro, 1982.

SANTOS, Tereza M. Momensohn. **A prática da audiolgia clínica.** São Paulo: Cortez, 1993.

SKLIAR, Carlos B. **Abordagens sócio-antropológicas em educação especial.** In: _____. (Org). Educação e exclusão. Porto Alegre: Mediação, 2001.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade: uma introdução as teorias do currículo.** Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

STOKOE, William C. **Sing language structure.** Annual review of anthropology, v.9, p.365-390, 1980.

ZAGURY, Tania. **Escola sem conflito: parceira com os pais.** Rio de Janeiro: Record, 2002.

