

EDUCAÇÃO INCLUSIVA

Prof.^a Marlei Adriana Beyer Floriani





UNIASSELVI

Copyright © UNIASSELVI 2017

Elaboração:

Prof.^a Marlei Adriana Beyer Floriani

Revisão, Diagramação e Produção:

Centro Universitário Leonardo da Vinci – UNIASSELVI

Ficha catalográfica elaborada na fonte pela Biblioteca Dante Alighieri
UNIASSELVI – Indaial.

371-9

F635e Floriani; Marlei Adriana Beyer

Educação inclusiva / Marlei Adriana Beyer Floriani: UNIASSELVI, 2017.

202 p. : il.

ISBN 978-85-515-0050-7

1. Educação Especial.

I. Centro Universitário Leonardo da Vinci.

APRESENTAÇÃO

Caro acadêmico, seja bem-vindo à Disciplina de Educação Inclusiva!

Nesta Disciplina, vamos abordar o processo de inclusão na Educação. Para isso, este caderno está dividido em três partes.

Primeiramente, na Unidade 1, falaremos do contexto histórico e legal da inclusão: foi um longo caminho de quebra de paradigmas e constituição de direitos. Depois, abordaremos os fundamentos da Educação Inclusiva e a evolução das nomenclaturas utilizadas neste contexto. Para finalizar, vamos analisar como o processo de inclusão vem se constituindo em nossas escolas e os desafios enfrentados para a efetivação de uma educação de qualidade, verdadeiramente inclusiva.

Na Unidade 2, vamos estudar as Deficiências Sensoriais, Físicas e Intelectuais. Vamos conhecer mais sobre a deficiência visual, a auditiva, a física, a múltipla e a intelectual. Além das altas habilidades e a superdotação. Falaremos sobre suas características, suas limitações e possibilidades.

Assim, também será com as deficiências relatadas na Unidade 3, que serão as síndromes, os transtornos globais do desenvolvimento e da aprendizagem, relacionados à leitura, escrita e matemática. Por fim, abordaremos a inclusão no Ensino Superior, um exemplo possível de podermos sim, realizar a inclusão, de fato.

Em suma, esta disciplina nos oferece uma nova possibilidade de compreender cada indivíduo, com suas particularidades e limitações. Quem sabe assim, com este entendimento, começaremos a construção de uma sociedade, que conheça, aprenda e conviva de forma mais humana e sensível, fazendo com que todos se sintam bem e confortáveis, de forma igualitária, na vivência em comum. É um convite interessante, não é? Rumo a uma sociedade inclusiva! Vamos lá, fazer o que será? Bom trabalho!



Você já me conhece das outras disciplinas? Não? É calouro? Enfim, tanto para você que está chegando agora à UNIASSELVI quanto para você que já é veterano, há novidades em nosso material.

Na Educação a Distância, o livro impresso, entregue a todos os acadêmicos desde 2005, é o material base da disciplina. A partir de 2017, nossos livros estão de visual novo, com um formato mais prático, que cabe na bolsa e facilita a leitura.

O conteúdo continua na íntegra, mas a estrutura interna foi aperfeiçoada com nova diagramação no texto, aproveitando ao máximo o espaço da página, o que também contribui para diminuir a extração de árvores para produção de folhas de papel, por exemplo.

Assim, a UNIASSELVI, preocupando-se com o impacto de nossas ações sobre o ambiente, apresenta também este livro no formato digital. Assim, você, acadêmico, tem a possibilidade de estudá-lo com versatilidade nas telas do celular, *tablet* ou computador.

Eu mesmo, UNI, ganhei um novo *layout*, você me verá frequentemente e surgirei para apresentar dicas de vídeos e outras fontes de conhecimento que complementam o assunto em questão.

Todos esses ajustes foram pensados a partir de relatos que recebemos nas pesquisas institucionais sobre os materiais impressos, para que você, nossa maior prioridade, possa continuar seus estudos com um material de qualidade.

Aproveito o momento para convidá-lo para um bate-papo sobre o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes – ENADE.

Bons estudos!



Olá acadêmico! Para melhorar a qualidade dos materiais ofertados a você e dinamizar ainda mais os seus estudos, a Uniasselvi disponibiliza materiais que possuem o código QR Code, que é um código que permite que você acesse um conteúdo interativo relacionado ao tema que você está estudando. Para utilizar essa ferramenta, acesse as lojas de aplicativos e baixe um leitor de QR Code. Depois, é só aproveitar mais essa facilidade para aprimorar seus estudos!



BATE SOBRE O PAPO ENADE!



Olá, acadêmico!

Você já ouviu falar sobre o ENADE?

Se ainda não ouviu falar nada sobre o ENADE, agora você receberá algumas informações sobre o tema.

Ouviu falar? Ótimo, este informativo reforçará o que você já sabe e poderá lhe trazer novidades. ✓✓



Vamos lá!

Qual é o significado da expressão ENADE?

EXAME NACIONAL DE DESEMPENHO DOS ESTUDANTES

Em algum momento de sua vida acadêmica você precisará fazer a prova ENADE. ✓✓



Que prova é essa?

É **obrigatória**, organizada pelo INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.

Quem determina que esta prova é obrigatória... O **MEC – Ministério da Educação**. ✓✓

O objetivo do MEC com esta prova é o de avaliar seu desempenho acadêmico assim como a qualidade do seu curso.



Fique atento! Quem não participa da prova fica impedido de se formar e não pode retirar o diploma de conclusão do curso até regularizar sua situação junto ao MEC.

Não se preocupe porque a partir de hoje nós estaremos auxiliando você nesta caminhada.

Você receberá outros informativos como este, complementando as orientações e esclarecendo suas dúvidas. ✓✓



Você tem uma trilha de aprendizagem do ENADE, receberá e-mails, SMS, seu tutor e os profissionais do polo também estarão orientados.

Participará de webconferências entre outras tantas atividades para que esteja preparado para #mandar bem na prova ENADE.

Nós aqui no NEAD e também a equipe no polo estamos com você para vencermos este desafio.

Conte sempre com a gente, para juntos mandarmos bem no ENADE! ✓✓



SUMÁRIO

UNIDADE 1 – EDUCAÇÃO INCLUSIVA: CONTEXTO HISTÓRICO ATÉ ATUALIDADE	1
TÓPICO 1 – EDUCAÇÃO INCLUSIVA: SUA HISTÓRIA	3
1 INTRODUÇÃO	3
2 SEGREGAÇÃO PRÉ-HISTÓRICA	3
3 AS DEFICIÊNCIAS NA ANTIGUIDADE	5
4 OS CASTIGOS E OS FILHOS DE DEUS NA IDADE MÉDIA	9
5 IDADE MODERNA: O INÍCIO DA LIGAÇÃO MEDICINA x EDUCAÇÃO	12
6 IDADE CONTEMPORÂNEA E OS NOVOS ESTUDOS ACERCA DAS DEFICIÊNCIAS	13
RESUMO DO TÓPICO 1	17
AUTOATIVIDADE	18
TÓPICO 2 – EDUCAÇÃO INCLUSIVA: SUA LEGISLAÇÃO	19
1 INTRODUÇÃO	19
2 MARCOS DA LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL	19
2.1 DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS	19
2.2 DECLARAÇÃO DE JOMTIEN	21
2.3 DECLARAÇÃO DE SALAMANCA	21
2.4 DECLARAÇÃO DE GUATEMALA	22
3 MARCOS DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA	23
3.1 A LEGISLAÇÃO x A HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL BRASILEIRA	24
RESUMO DO TÓPICO 2	38
AUTOATIVIDADE	39
TÓPICO 3 – EDUCAÇÃO INCLUSIVA: FUNDAMENTOS E NOMENCLATURAS	41
1 INTRODUÇÃO	41
2 FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA	41
3 FUNDAMENTOS PSICOLÓGICOS DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA	42
4 FUNDAMENTOS LEGAIS DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA	44
5 COMPREENDENDO CONCEITOS E NOMENCLATURAS	44
RESUMO DO TÓPICO 3	48
AUTOATIVIDADE	49
TÓPICO 4 – EDUCAÇÃO INCLUSIVA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS	51
1 INTRODUÇÃO	51
2 A ESCOLA NA PERSPECTIVA INCLUSIVA	51
LEITURA COMPLEMENTAR	56
RESUMO DO TÓPICO 4	61
AUTOATIVIDADE	62

UNIDADE 2 – DEFICIÊNCIAS SENSORIAIS, FÍSICAS E INTELLECTUAIS	63
TÓPICO 1 – DEFICIÊNCIA VISUAL	65
1 INTRODUÇÃO	65
2 DEFICIÊNCIA VISUAL: O QUE É?	66
2.1 A BAIXA VISÃO	66
2.2 CEGUEIRA	68
3 ATENDIMENTO PEDAGÓGICO AO ALUNO COM DEFICIÊNCIA VISUAL	69
3.1 RECURSOS ÓPTICOS DE AMPLIAÇÃO ANGULAR	70
3.2 RECURSOS NÃO ÓPTICOS	73
3.3 RECURSOS ELETRÔNICOS DE AMPLIAÇÃO	74
3.4 SOROBÃ	74
4 O SISTEMA BRAILE	75
4.1 EQUIPAMENTOS DO BRAILE	77
LEITURA COMPLEMENTAR	79
RESUMO DO TÓPICO 1	80
AUTOATIVIDADE	81
TÓPICO 2 – DEFICIÊNCIA AUDITIVA	83
1 INTRODUÇÃO	83
2 DEFICIÊNCIA AUDITIVA: O QUE É?	83
2.1 CLASSIFICANDO AS PERDAS AUDITIVAS	84
2.2 CAUSAS DA PERDA AUDITIVA	86
3 ATENDIMENTO PEDAGÓGICO AO ALUNO COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA	87
3.1 ALFABETO MANUAL	89
3.2 LIBRAS	90
RESUMO DO TÓPICO 2	93
AUTOATIVIDADE	94
TÓPICO 3 – DEFICIÊNCIA FÍSICA	97
1 INTRODUÇÃO	97
2 DEFICIÊNCIA FÍSICA: O QUE É?	97
3 ATENDIMENTO PEDAGÓGICO AO ALUNO COM DEFICIÊNCIA FÍSICA	100
RESUMO DO TÓPICO 3	103
AUTOATIVIDADE	104
TÓPICO 4 – DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA	105
1 INTRODUÇÃO	105
2 DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: O QUE É?	105
2.1 TIPOS DE MÚLTIPLA DEFICIÊNCIA	106
2.2 CAUSAS DA DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA	106
3 ATENDIMENTO PEDAGÓGICO AO ALUNO COM DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA	107
RESUMO DO TÓPICO 4	109
AUTOATIVIDADE	110
TÓPICO 5 – DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL	111
1 INTRODUÇÃO	111
2 DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL: O QUE É?	111
2.1 AS CAUSAS DA DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL	112
2.2 PRINCIPAIS TIPOS DE DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL	113
3 ATENDIMENTO PEDAGÓGICO AO ALUNO COM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL	117
RESUMO DE TÓPICO 5	119
AUTOATIVIDADE	120

TÓPICO 6 – ALTAS HABILIDADES E SUPERDOTAÇÃO	121
1 INTRODUÇÃO	121
2 ALTAS HABILIDADES E SUPERDOTAÇÃO: O QUE É?	121
2.1 CARACTERÍSTICAS DO ALUNO COM ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO	122
3 ATENDIMENTO PEDAGÓGICO AO ALUNO COM ALTAS HABILIDADES OU SUPERDOTAÇÃO	123
RESUMO DO TÓPICO 6	125
AUTOATIVIDADE	126

UNIDADE 3 – SÍNDROMES, TRANSTORNOS DA GAMA DO AUTISMO, TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM E COMPORTAMENTO	127
---	-----

TÓPICO 1 – SÍNDROMES	129
1 INTRODUÇÃO	129
2 SÍNDROMES: CONHECER PARA RECONHECER	129
2.1 SÍNDROME DE TURNER	130
2.2 SÍNDROME DE KLINEFELTER	130
2.3 SÍNDROME DE CRI-DU-CHAT – SÍNDROME DO MIADO DE GATO	131
2.4 SÍNDROME DE CORNÉLIA DE LANGE	132
2.5 SÍNDROME DO TRIPLO X	133
2.6 SÍNDROME DE WEST	133
2.7 SÍNDROME DE XYY	134
2.8 SÍNDROME DE APERT	135
2.9 SÍNDROME DE TOURETTE	135
2.10 SÍNDROME DE OSSOS DE CRISTAL	136
2.11 SÍNDROME DE DIGEORGE	137
3 ZIKA VÍRUS	139
3.1 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ	141
3.2 MICROCEFALIA	142
4 COMO LIDAR COM UMA CRIANÇA COM SÍNDROMES	145
RESUMO DO TÓPICO 1	147
AUTOATIVIDADE	148

TÓPICO 2 – TRANSTORNOS DA GAMA DO AUTISMO	149
1 INTRODUÇÃO	149
2 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA	150
2.1 TIPOS DE AUTISMO	153
2.2 INCIDÊNCIA	153
2.3 CAUSAS E TRATAMENTO	154
2.4 COMO FACILITAR A APRENDIZAGEM DO AUTISTA	154
LEITURA COMPLEMENTAR	156
RESUMO DO TÓPICO 2	159
AUTOATIVIDADE	160

TÓPICO 3 – TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM E COMPORTAMENTO	161
1 INTRODUÇÃO	161
2 TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM E COMPORTAMENTO	161
2.1 CAUSAS DOS TRANSTORNOS	161
3 TRANSTORNO DA LEITURA	162
4 TRANSTORNO DA MATEMÁTICA	164

5 TRANSTORNO DA EXPRESSÃO ESCRITA	164
6 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)	165
RESUMO DO TÓPICO 3	169
AUTOATIVIDADE	170
TÓPICO 4 – PARA ALÉM DAS DEFICIÊNCIAS E SÍNDROMES: A PRESENÇA DO PRECONCEITO E DO BULLYING EM NOSSAS ESCOLAS	171
1 INTRODUÇÃO	171
2 A INCLUSÃO CRESCE, O PRECONCEITO TAMBÉM	171
LEITURA COMPLEMENTAR	174
RESUMO DO TÓPICO 4	179
AUTOATIVIDADE	180
TÓPICO 5 – EDUCAÇÃO INCLUSIVA NO ENSINO SUPERIOR	183
1 INTRODUÇÃO	183
2 O SALTO QUANTITATIVO DE MATRÍCULAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR	183
3 POLÍTICAS DE INCLUSÃO	185
LEITURA COMPLEMENTAR	187
RESUMO DO TÓPICO 5	191
AUTOATIVIDADE	192
REFERÊNCIAS	193

EDUCAÇÃO INCLUSIVA: CONTEXTO HISTÓRICO ATÉ ATUALIDADE

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

Nesta unidade você será capaz de:

- conhecer a História da Educação Inclusiva;
- analisar as principais leis que tratam sobre o tema;
- reconhecer as mudanças de nomenclatura relativas à Educação Inclusiva;
- discutir o processo de inclusão em nossas escolas e no Ensino Superior, reconhecendo as possibilidades e os desafios encontrados.

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade contém quatro tópicos que nos darão uma análise do caminho percorrido pela Educação Inclusiva e suas possibilidades futuras. No final de cada tópico, atividades sobre os temas contribuirão para aprofundar seus estudos.

TÓPICO 1 – SUA HISTÓRIA

TÓPICO 2 – SUA LEGISLAÇÃO

TÓPICO 3 – FUNDAMENTOS E NOMENCLATURAS

TÓPICO 4 – DESAFIOS E PERSPECTIVAS



Assista ao vídeo desta unidade.



EDUCAÇÃO INCLUSIVA: SUA HISTÓRIA

1 INTRODUÇÃO

A primeira parte de nossa unidade abordará a História da Educação Inclusiva. Conhecer a trajetória dela nos dará um maior entendimento do que acontece atualmente na sociedade. Veremos que as dificuldades sempre existiram, mas nunca fomos tão inclusivos como nos dias atuais, embora ainda tenhamos muito a fazer. Assim, esta primeira parte será mais teórica, para depois termos abordagens metodológicas e práticas.

Para efetivar esta prática e, conseqüentemente, a inclusão, o primeiro passo é não excluir ou segregar pessoas com necessidades especiais, como muito já foi feito. Cada vez mais estamos reconhecendo, aceitando, cooperando e convivendo em sociedade sem esquecer, desmerecer e rotular. Por isso, vamos estudar e analisar nossas ações para que, de fato, sejamos atores principais neste processo transformador de garantir o direito ao acesso à educação, oferecendo práticas que irão além da escola, sensibilizando a sociedade e enriquecendo toda a humanidade. Vamos lá?!

Caro acadêmico, por mais desafiante que pareça ser a inclusão, lembre-se das ações que já realizamos para isso. Seja na comunidade, seu prédio, ou sua escola. Nossa sociedade já foi mais preconceituosa. Juntos, vamos minimizar ainda mais esta ação. Bons estudos e bom trabalho!

2 SEGREGAÇÃO PRÉ-HISTÓRICA

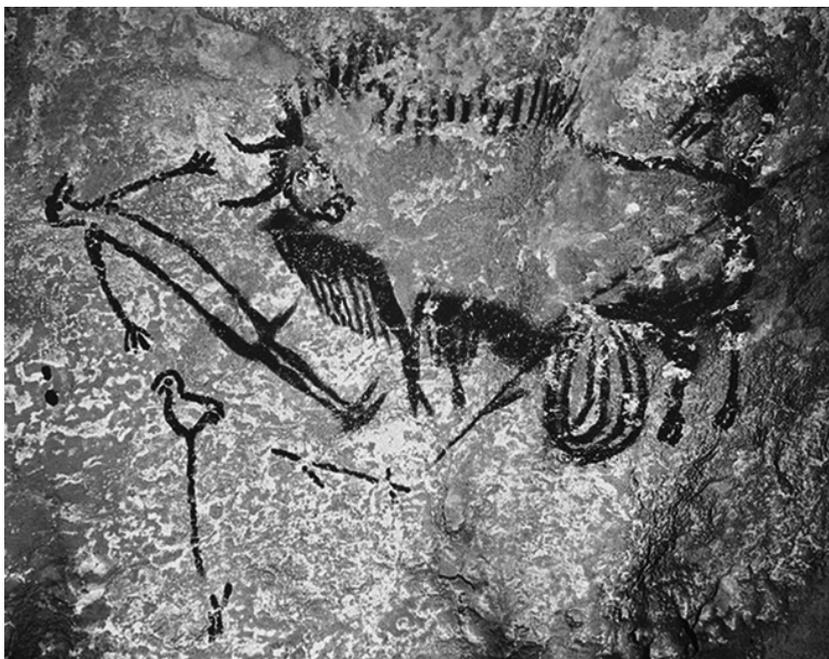
A história da humanidade sempre relacionou nossa sobrevivência com nossas ações. Primeiramente, sabemos que para se viver, se manter e comer, o homem pré-histórico caçava, cultivava a terra vivendo em grupo, de forma nômade. Neste período, temos registros de problemas relacionados à convivência em grupo de indivíduos com alguma deficiência natural. O autor Bianchetti (1995) nos revela que, devido às necessidades de caça, pesca e abrigo em cavernas, era importante que cada um se bastasse e ainda contribuísse com o grupo. A pessoa com “alguma deficiência natural ou impingida na luta pela sobrevivência acaba se tornando um

empecilho, um peso morto, fato que o leva a ser relegado, abandonado e sem que isso cause os chamados sentimentos de culpa” (BIANCHETTI, 1995, p. 9). Era uma forma de seleção natural, pelo bem do grupo, que se mantinha sobrevivente e fortalecido, por ter apenas homens saudáveis e fortes.



Alguns autores têm um vocabulário mais elaborado. Pode ser interessante você ter acesso a um dicionário para melhor entender alguns significados. Por exemplo: você sabe o que é “impingida”? O termo utilizado acima remete a golpe dado com violência. Ou seja, a deficiência poderia ser natural ou proveniente de um golpe dado com violência na luta pela sobrevivência. Agora é sua vez: o que quer dizer relegado?

FIGURA 1 - HOMEM FERIDO E BISONTE, GRUTA DE LASCAUX, FRANÇA, c 15 000-13 000 a.C.



FONTE: Disponível em: <<http://umolharsobreart.blogspot.com.br/2012/11/i-arte-da-pre-historia.html>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

A pintura apresentada da figura anterior é um registro de arte rupestre. Este tipo de pintura é uma forma de registro dos homens primitivos. Estes desenhos registravam o cotidiano da época: atividades de caça, pesca, convivência em grupo e com grandes animais, com pigmentos naturais sobre as rochas das cavernas. Vale a pena conhecer um pouco mais.

Como podemos ver, os registros artísticos são importantes comprovantes históricos. São eles também que nos indicam que as atividades de caça, pesca e manejo da terra passaram por evoluções quando o homem primitivo começou a usar utensílios para facilitar o trabalho.

3 AS DEFICIÊNCIAS NA ANTIGUIDADE

O uso de equipamentos fica evidente também no antigo Egito. Entre vários registros artísticos desta fase, há um em especial que retrata um homem com deficiência interagindo com outras pessoas. Trata-se, de acordo com Silva (1986), de um homem identificado como Roma, ocupante de um cargo de grande responsabilidade em seus dias: porteiro do templo de um dos deuses egípcios. Sua perna esquerda tem uma anomalia de musculatura e seu pé está atrofiado. Imagina-se que seja devido à poliomielite, conforme afirmam alguns médicos, na atualidade. Pelas dificuldades para andar com segurança, o homem usa um longo bastão para se apoiar.

FIGURA 2 - ESTELA VOTIVA DA XIX DINASTIA, MUSEU NY CARLSBERG GLYPTOTEK, DINAMARCA



FONTE: Disponível em: <<http://www.crfaster.com.br/Polioegito.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

Outra figura emblemática desta época, também muito divulgada, mostrando interação social, é a do anão músico. Vários estudos, de mais ou menos 4.500 a.C., ressaltam que as pessoas com nanismo não tinham dificuldade física para as suas profissões, principalmente sendo dançarinos ou músicos (GUGEL, 2007).

FIGURA 3 – MÚSICO ANÃO



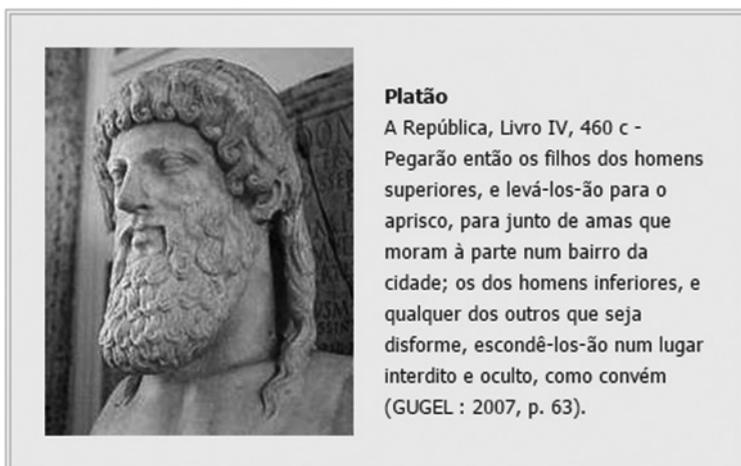
FONTE: Disponível em: <http://blogdamiquei.blogspot.com.br/2012/06/pessoa-com-deficiencia-e-sua-relacao_26.html>. Acesso em: 10 ago. 2016.

A autora ainda ressalta que o Egito ficou conhecido como a terra dos cegos, pois, frequentemente, os egípcios eram acometidos por infecções nos olhos, que, em muitos casos, levavam à cegueira.

Apesar das demonstrações artísticas mostrarem casos positivos de integração, a História traz situações extremas de exclusão. Isto pode ser comprovado pela afirmação de Gugel (2007, s.p.) ao citar que Platão e Aristóteles, em seus livros *A República* e *A Política*, respectivamente, “trataram do planejamento das cidades gregas indicando as pessoas nascidas “disformes” para a eliminação. A eliminação era por exposição, ou abandono ou, ainda, atiradas do aprisco de uma cadeia de montanhas chamada Taygetos, na Grécia”.

Vejamos mais detalhes sobre o tema e estes filósofos:

FIGURA 4 – PLATÃO EM SEU LIVRO “A REPÚBLICA”

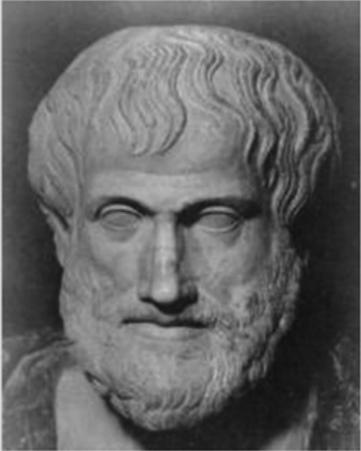


FONTE: Disponível em: <http://www.ampid.org.br/ampid/Artigos/PD_Historia.php>. Acesso em: 10 ago. 2016.

FIGURA 5 – ARISTÓTELES EM SEU LIVRO “A POLÍTICA”

Aristóteles

A Política, Livro VII, Capítulo XIV, 1335 b – Quanto a rejeitar ou criar os recém-nascidos, terá de haver uma lei segundo a qual nenhuma criança disforme será criada; com vistas a evitar o excesso de crianças, se os costumes das cidades impedem o abandono de recém-nascidos deve haver um dispositivo legal limitando a procriação se alguém tiver um filho contrariamente a tal dispositivo, deverá ser provocado o aborto antes que comecem as sensações e a vida (a legalidade ou ilegalidade do aborto será definida pelo critério de haver ou não sensação e vida) (GUGEL : 2007, p. 63).



FONTE: Disponível em: <http://www.ampid.org.br/ampid/Artigos/PD_Historia.php>. Acesso em: 10 ago. 2016.

Como vemos, as atitudes para com crianças “disformes” eram drásticas, para que não houvesse adultos deficientes. Este talvez seja o primeiro registro de proposta de aborto para bebês com problemas. Todas estas ações tinham como objetivo ter uma sociedade saudável, forte, com homens aptos para guerrear. Só os fortes sobreviviam.



Pare um pouco. Qual a sua sensação ou reação sobre esta parte da História? As crianças eram abandonadas, jogadas de montanhas, mortas. Reflita um pouco. Depois, vamos adiante!

Apesar de toda esta violência, encontramos neste mesmo período o caso de Homero. Poeta grego, segundo relatos, era cego. Escreveu os poemas *Ilíada* e *Odisseia* (GUGEL, 2016).

FIGURA 6 - HOMERO



FONTE: Disponível em: <http://www.ampid.org.br/ampid/Artigos/PD_Historia.php>. Acesso em: 10 ago. 2016.

Homero criou o personagem Hefesto, provavelmente para demonstrar que, como ele, apesar das limitações, quem tem alguma deficiência também tem habilidades:

Em *Iliada* Homero criou o personagem Hefesto, o ferreiro divino. Seguindo os parâmetros da mitologia, Hefesto, ao nascer, é rejeitado pela mãe Hera por ter uma das pernas atrofiadas. Zeus, em sua ira, o atira fora do Olimpo. Em Lemnos, na Terra entre os homens, Hefesto compensou sua deficiência física e mostrou suas altas habilidades em metalurgia e artes manuais. Casou-se com Afrodite e Atena (GUGEL, 2007, s.p.).

Saindo da Grécia e indo a Roma, encontramos leis igualmente não favoráveis às pessoas nascidas com deficiências. “Aos pais era permitido matar as crianças que nasciam com deformidades físicas, pela prática do afogamento”, afirma Gugel (2007, s.p.). Há ainda relatos de que pais abandonavam “seus filhos em cestos no rio Tibre, ou em outros lugares sagrados. Os sobreviventes eram explorados nas cidades por “esmoladores”, ou passavam a fazer parte de circos para o entretenimento dos abastados”, continua a autora.

É desta época também o início de atendimento hospitalar: “ao tempo das conquistas romanas, auge dos Césares, legiões de soldados retornavam com amputações das batalhas”, de acordo com Gugel (2007).

Neste mesmo período, temos o surgimento do Cristianismo:

A nova doutrina voltava-se para a caridade e o amor entre as pessoas. As classes menos favorecidas sentiram-se acolhidas com essa nova visão. O cristianismo combateu, dentre outras práticas, a eliminação dos filhos nascidos com deficiência. Os cristãos foram perseguidos, porém, alteraram as concepções romanas a partir do século IV (GUGEL, 2007, s.p.).

A partir daí, de acordo com a mesma autora, surgiram os hospitais de caridade que abrigavam indigentes e pessoas com deficiências. Outra inovação da época foi a criação da primeira universidade de estudos filosóficos e teológicos de grandes mestres, em Alexandria. Dentre eles, Dídimo, o cego conhecia e recitava a Bíblia de cor. Conforme Gugel (2007, s.p.), “no período em que começava a ler e escrever, aos cinco anos de idade, Dídimo perdeu a visão, mas continuou seus estudos, tendo ele próprio gravado o alfabeto em madeira para utilizar o tato”.

Nas Constituições romanas do Imperador Leão III previa-se “a pena de vazar os olhos ou amputar as mãos dos traidores do Império”. Há registros de que os números de criminalidade diminuíram. “Esta pena foi praticada até a queda do Império Romano e continuou sendo aplicada no Oriente”, segundo Gugel (2007, s.p.).



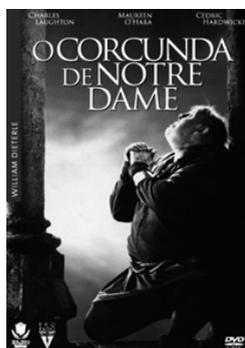
FILME: “300”

A história é narrada pelo soldado Dilios, o único sobrevivente dos 300 espartanos que lutaram na passagem de Termópilas, pois Leônidas o mandou de volta a Esparta antes da batalha onde o exército dele pereceu. No filme, temos passagens mostrando como era feito o treinamento dos soldados e como se selecionava as crianças para tal.

4 OS CASTIGOS E OS FILHOS DE DEUS NA IDADE MÉDIA

Para Gugel (2007) os períodos marcados pelo fim do Império Romano (século V, ano 476) e a queda de Constantinopla (século XV, em 1453) marcam o início da Idade Média. O período é marcado por precárias condições de vida e de saúde das pessoas.

A população ignorante encarava o nascimento de pessoas com deficiência como castigo de Deus. Os supersticiosos viam nelas poderes especiais de feitiçeiros ou bruxos. As crianças que sobreviviam eram separadas de suas famílias e quase sempre ridicularizadas. A literatura da época coloca os anões e os corcundas como focos de diversão dos mais abastados (GUGEL, 2007, s.p.).



FILME: O CORCUNDA DE NOTRE DAME

Há várias versões deste filme, inclusive em desenho animado. Ele conta a história do corcunda Quasímodo, que mora enclausurado desde a infância nos porões da Catedral de Notre Dame, em Paris, na Idade Média. O filme, baseado na obra do escritor francês Victor Hugo, retrata bem como a Igreja decidia o destino das pessoas, na época.

Embora houvesse correntes contrárias, uma afirmando que crianças deficientes eram castigos de Deus, outra, que eram presentes de Deus, “nesse contexto, ganha força o conteúdo da doutrina cristã, voltado para a caridade, humildade, amor ao próximo, para o perdão das ofensas, para a valorização e compreensão da pobreza e da simplicidade da vida”, conseqüentemente, uma maior aceitação destes presentes de Deus, afirma Garcia (s.d., s.p.). As pessoas com deficiência ganharam alma, eliminá-las ou abandoná-las significava “atentar contra os desígnios da divindade”, completa o autor.

Há registros artísticos desta fase, com imagens de crianças e anjos, que lembram os traços característicos de pessoas com Síndrome de Down. A figura a seguir mostra uma mulher, provavelmente representando Nossa Senhora, com uma criança que pode ser o Menino Jesus, tem uma coroa em forma de auréola na cabeça, os olhos puxados, nariz achatado, boca pequena e aberta, mãos quadradas e o dedo mínimo curvado.

FIGURA 7 – PINTURA “VIRGEM E CRIANÇA”, DE ANDREA MANTEGNA



FONTE: Disponível em: <<http://www.movimentodown.org.br/sindrome-de-down-na-historia-parte-03>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

Apesar desta aparente aceitação, Garcia (s.d., s.p.) nos faz um alerta:

Todavia, a igualdade de *status* moral ou teológico não correspondia à igualdade civil e de direitos. A pessoa com deficiência mental passa a ser acolhida caritativamente em conventos ou igrejas, ou, quando a deficiência não era acentuada, sobrevivia na família, escapando à exposição (prática do abandono à inanição ou servindo como palhaços ou atrações em circos).

No século XIII surge pela primeira vez uma instituição para cuidar de pessoas com deficiência. Precursora de atendimento sistemático, “era uma colônia agrícola, na Bélgica, que propunha o tratamento com base na alimentação, exercícios e ar puro para minimizar os efeitos da deficiência”, nos diz Rodrigues (2008, p. 9).

É nesta fase também que surge a primeira legislação nesta área.

No século XIV, surge a primeira legislação sobre os cuidados com a sobrevivência e com os bens das pessoas com deficiência mental (*De praerogativa regis*, baixada por Eduardo II, da Inglaterra). O rei era responsável por esses cuidados e recebia a herança como pagamento. Nessa lei surge a distinção entre a pessoa com deficiência mental e com doença mental; a primeira, “loucura natural”, pessoas que sofriam de idiotia permanente e, a segunda, “lunática”, aquelas que sofriam de alterações psiquiátricas transitórias. O doente mental tinha direito aos cuidados sem perder os bens. A lei não deixou de marcar a diferença entre eles (RODRIGUES, 2008, p. 9).

5 IDADE MODERNA: O INÍCIO DA LIGAÇÃO MEDICINA x EDUCAÇÃO

Conforme Gugel (2007, s.p.), “a Idade Moderna marcou a passagem de um período de extrema ignorância para o nascer de novas ideias”. Foi nesta fase que se iniciaram os estudos das necessidades especiais. A descoberta de patologias, pela Medicina, trouxe outras abordagens à questão, o que, mais tarde, também contribuiu para a educação das pessoas com deficiências. Rodrigues aborda estes fatos, ao nos afirmar:

Paracelso, médico, e Cardano, filósofo. Paracelso, no seu livro “Sobre as doenças que privam o homem da razão”, foi o primeiro a considerar a deficiência mental um problema médico, digno de tratamento e complacência. Cardano, além de concordar que a deficiência era um problema médico, se preocupava com a educação das pessoas que apresentavam a deficiência (RODRIGUES, 2008, p. 9).

FIGURA 8 – PARACELSO E CARDANO



Paracelso



Cardano

FONTE: Disponível em: <<http://www2.fc.unesp.br/educacaoespecial/material/Livro2.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

É desta fase também o pensamento de John Locke, que revolucionou as doutrinas vigentes sobre a mente humana. “Ele definiu o recém-nascido e o idiota como *tabula rasa* (o comportamento como produto do ambiente, que possibilita as experiências) e via, então, a deficiência como a carência de experiências”, segundo Rodrigues (2008, p. 10). Assim, conforme o pensamento de Locke, a educação poderia suprir as carências, pois a mente humana era entendida como uma página branca, apta a receber informações.

Embora tenha havido um novo entendimento sobre a mente humana, não temos ainda uma mudança de comportamento efetiva em relação à educação dos considerados deficientes.

FIGURA 9 – JOHN LOCKE



FONTE: Disponível em: <<http://www2.fc.unesp.br/educacaoespecial/material/Livro2.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

Locke influenciou Condillac, que aperfeiçoou sua teoria, abordando psicologicamente a possibilidade de atrasos no desenvolvimento e da aprendizagem.



Finalmente chegamos a uma fase menos violenta, não é, acadêmico? Além disso, percebemos uma aproximação entre a questão biológica das deficiências e o auxílio da educação para minimizá-las. Como você se sentiu conhecendo este processo?

6 IDADE CONTEMPORÂNEA E OS NOVOS ESTUDOS ACERCA DAS DEFICIÊNCIAS

No século XVIII, Foderé escreveu o “Tratado do bócio e do cretinismo”. A importância deste trabalho é muito considerada até hoje, porque, pela primeira vez, levantou-se “a ideia da hereditariedade da deficiência, o fatalismo genético do cretinismo”, como nos apresenta Rodrigues (2008, p. 11). “Diferentes graus de retardo foram, então, associados a diferentes níveis de hereditariedade, justificando a segregação e a esterilização dos adultos afetados pelo bócio”, finaliza a autora.

Este trabalho desencadeou uma série de outros estudos. Uma teoria complementou e aprimorou a outra. São do início do século XIX os trabalhos de Itard, Pinel, Esquirol, Séguin.

FIGURA 10 – PHILIPPE PINEL



Considerado por muitos o pai da psiquiatria, notabilizou-se por ter considerado que os seres humanos que sofriam de perturbações mentais eram doentes e que ao contrário do que acontecia na época, deviam ser tratados como doentes e não de forma violenta. Foi o primeiro médico a tentar descrever e classificar algumas perturbações mentais.

FONTE: Disponível em: <<http://www2.fc.unesp.br/educacaoespecial/material/Livro2.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016

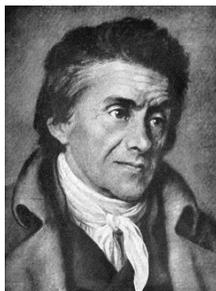
Alguns termos também sofreram alterações: idiotia, cretinos, cretinoides, como escreve Rodrigues (2008, p. 13). Essa evolução legitimou “o ingresso do pedagogo na área de estudo da deficiência mental, até então envolvido na educação da criança normal”.

Por influência da concepção destes autores, começam a surgir as escolas para crianças com deficiência mental. Uma delas, a escola de Abendberg, criada em 1840, tinha como objetivo a recuperabilidade dos cretinos e idiotas visando sua autonomia e independência. Seu fundador, Guggenbuhl, não deixou contribuição metodológica ou doutrinária, mas sim a difusão da ideia da educabilidade das crianças com deficiência mental (RODRIGUES, 2008, p. 14).

Neste mesmo período, Johann Heinrich Pestalozzi, “grande adepto da educação pública”, defende que “a educação era o direito absoluto de toda criança, inclusive – novidade para a época – daquelas provenientes das classes populares. Para ele, a escola deveria ser como um lar, pois essa era a melhor instituição de educação, base para a formação moral, política e religiosa”, afirma Rodrigues (2008, p. 14).

Froebel, visitando uma escola do seu mestre Pestalozzi, aprofunda seus estudos e cria um sistema de educação especial com materiais e jogos específicos, simples e eficazes, que tornam o ensino mais produtivo, ganhando um aspecto lúdico e concreto. Os princípios da metodologia de Froebel são: cada criança tem sua individualidade, é mais executiva do que receptiva e a educação formal deve começar antes dos seis anos (RODRIGUES, 2008, p. 14).

FIGURA 11 - JOHANN HEINRICH PESTALOZZI



FONTE: Disponível em: <<http://www.colegiopestalozzi.com.br/biografia-do-educador-johann-pestalozzi>>. Acesso em: 10 ago. 2016

Temos aqui uma primeira demonstração de preocupação com o lúdico para a educação especial, não mais apenas mencionando os deficientes, mas as crianças com individualidades.

Na primeira década do século XX surgem as escolas montessorianas. O método criado por Maria Montessori, para crianças com deficiências, parte do concreto rumo ao abstrato. Baseia-se na observação de que meninos e meninas aprendem melhor pela experiência direta de procura e descoberta. Para tornar esse processo o mais rico possível, a educadora italiana desenvolveu os materiais didáticos que constituem um dos aspectos mais conhecidos de seu trabalho. São objetos simples, mas muito atraentes e projetados para provocar o raciocínio. Há materiais pensados para auxiliar todo tipo de aprendizado, do sistema decimal à estrutura da linguagem (RODRIGUES, 2008, p. 14).

FIGURA 12 – MARIA MONTESSORI



FONTE: Disponível em: <<http://www.montessori-icme.com/method.html>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

Entretanto, toda essa evolução pedagógica não garantiu a inclusão das crianças com necessidades especiais. No início do século XX ainda havia tratamentos diferenciados para elas: “abandono, confinamento em instituições, com ensino ou não de trabalhos ou a colocação no hospício com o objetivo de manter a ordem social ou o equilíbrio familiar”, segundo Rodrigues (2008, p. 15). Mais tarde, com a obrigatoriedade da educação em massa, “Alfred Binet foi convidado pelo governo francês a testar crianças para a formação de classes homogêneas [...] publicou uma escala métrica de inteligência [...] que tinha por meta medir o desenvolvimento da inteligência das crianças de acordo com a idade (idade mental)” (RODRIGUES, 2008, p. 15). O famoso teste de QI (quociente intelectual) passou a classificar os níveis de inteligência, conseqüentemente, a capacidade intelectual de todos, gerando uma nova forma de classificação.

FIGURA 13 – ALFRED BINET



FONTE: Disponível em: <<https://ischool.uw.edu/documents-that-changed-world/alfred-binets-iq-test>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

Como vimos, a sociedade mundial passou por diversas fases relacionadas à educação especial. Assim também aconteceu no Brasil: tivemos as instituições segregativas, as escolas especiais, os centros de saúde e cuidado, o atendimento clínico, para, atualmente, discutirmos a prática da integração social e a inclusão. Vamos estudar um pouco mais sobre isso adiante.



Como vimos, relacionamos vários autores neste tópico. Quando puder, estude um pouco mais suas teorias. Froebel, Pestalozzi e Montessori têm muito a nos acrescentar!

RESUMO DO TÓPICO 1

A Educação Inclusiva passou por várias fases. No início, excluir era uma questão de sobrevivência, por isso, o abandono. As pessoas com deficiências não serviam para a caça. Depois, o descaso continuou. Eram jogadas de montanhas, afogadas em rios ou, ainda, “aceitas”, de certa forma, para entretenimento, como músicos ou palhaços. Mais tarde, eram consideradas castigos divinos.

A sensibilidade da sociedade só começou a mudar quando a religião começou a abordar a questão com mais humanidade. Mais tarde, estudos mostraram o motivo das deficiências. A medicina colaborou e muito para que se iniciasse o entendimento das deformidades. Só então é que aconteceu uma aproximação com a educação para diminuir os efeitos de exclusão. Diversos foram os estudiosos que contribuíram para termos uma significativa mudança nos padrões de conhecimento e atendimento às pessoas com necessidades especiais.



- 1 Elabore um texto imaginando que você poderá ser professor de um aluno com necessidades especiais. Depois de conhecer a história de exclusão destas pessoas, você se sente mais sensibilizado à causa? Isso muda a forma de entendermos as diferenças e nos faz buscar novas possibilidades para diminuí-las?

- 2 Na Antiguidade, estudamos que as atitudes para com crianças “disformes” eram drásticas, para que não houvesse adultos deficientes. Este talvez seja o primeiro registro de proposta de aborto para bebês com problemas. Todas estas ações tinham como objetivo:
 - a) Fortalecer o papel da Igreja.
 - b) Criar uma sociedade esteticamente bonita.
 - c) Ter uma sociedade saudável, forte, com homens aptos para guerrear. Só os fortes sobreviviam.
 - d) Fazer testes experimentais, afinal, a medicina precisava destas ações.

EDUCAÇÃO INCLUSIVA: SUA LEGISLAÇÃO

1 INTRODUÇÃO

No tópico anterior estudamos um pouco sobre como as pessoas com necessidades especiais foram sobrevivendo ao longo dos séculos. Realmente, foi uma questão de sobrevivência, dadas as condições de preconceito e falta de informação sobre as deficiências. Havia também a questão religiosa, que foi determinante.

Neste tópico abordaremos como a legislação acompanhou este processo de evolução na garantia de vida e de qualidade para as pessoas com necessidades especiais. Daremos ênfase à legislação brasileira e veremos como ela se entrelaça com a construção da História da Educação Especial no Brasil.

2 MARCOS DA LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL

No tópico anterior vimos poucas leis serem mencionadas ao longo da história, mostrando como não era interesse político a garantia de direitos de pessoas com deficiências. São relativamente recentes os documentos que orientam as políticas públicas relacionadas às necessidades especiais.

2.1 DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) é um documento-marco na história dos direitos humanos. “Elaborada por representantes de diferentes origens jurídicas e culturais de todas as regiões do mundo, a Declaração foi proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU), em Paris, em 10 de dezembro de 1948, como uma norma comum a ser alcançada por todos os povos e nações” (DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, s.d, s.p.). Ela constitui, pela primeira vez, a proteção universal dos direitos humanos, conforme o *site* da ONU no Brasil.

Conforme o mesmo *site*, “os direitos humanos incluem o direito à vida e à liberdade, à liberdade de opinião e de expressão, o direito ao trabalho e à educação, entre muitos outros. Todos merecem estes direitos, sem discriminação”

(DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS, s.d, s.p). Ou seja, esta declaração assegura os mesmos direitos a todos os cidadãos, sem mencionar a existência ou não de necessidades especiais.

FIGURA 14 - ELEANOR ROOSEVELT E A DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DO HOMEM EM 10 DE DEZEMBRO DE 1948



FONTE: Disponível em: <http://www.tcontas.pt/pt/apresenta/expo_vr/modulo10.html>. Acesso em: 13 ago. 2016



Você conhece todos os Direitos Humanos? Quando puder, procure saber mais!

2.2 DECLARAÇÃO DE JOMTIEN

Em março de 1990 aconteceu a Conferência Mundial sobre Educação para Todos, em Jomtien, na Tailândia. Na ocasião foi proclamada a Declaração de Jomtien. Nesta Declaração, os países signatários assumem, conforme Hennemann (2012, s.p.), que:

A educação é um direito fundamental de todos, mulheres e homens declaram, também, entender que a educação é de fundamental importância para o desenvolvimento das pessoas e das sociedades, sendo um elemento que pode contribuir para conquistar um mundo mais seguro, mais sadio.

Pela abrangência dos compromissos assumidos durante esta conferência, a Declaração de Jomtien também é chamada de Declaração Mundial de Educação para Todos, ficando muito conhecida por trazer novas definições e abordagens sobre as necessidades básicas de aprender, essenciais para uma vida mais digna, justa e humana.

2.3 DECLARAÇÃO DE SALAMANCA

A Declaração de Salamanca foi constituída na Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: acesso e qualidade, em junho de 1994, em Salamanca, na Espanha.

O evento foi realizado pela Unesco e teve como objetivo formalizar a atenção educacional aos alunos com necessidades educacionais especiais. Foi a primeira vez que se discutiu o direito à educação de forma tão organizada e nesta magnitude, no âmbito da educação especial.

Selecionamos alguns trechos da Declaração, que serviram como fundamentos para as políticas educacionais dos países participantes (inclusive o Brasil), apresentados por Hennemann (2012, s.p):

- Todas as crianças, de ambos os sexos, têm direito fundamental à educação e a elas deve ser dada a oportunidade de obter e manter um nível aceitável de conhecimentos.
- Cada criança tem características, interesses, capacidades e necessidades de aprendizagem que lhe são próprios.
- Os sistemas educativos devem ser projetados e os programas aplicados de modo que tenham em vista toda a gama dessas diferentes características e necessidades.

- As pessoas com necessidades educacionais especiais devem ter acesso às escolas comuns, que deverão integrá-las numa pedagogia centralizada na criança capaz de atender a essas necessidades.
- As escolas comuns, com essa orientação integradora, representam o meio mais eficaz de combater atitudes discriminatórias, de criar comunidades acolhedoras, construir uma sociedade integradora e dar educação para todos.
- A Declaração se dirige a todos os governos, incitando-os a:
 - Dar a mais alta prioridade política e orçamentária à melhoria de seus sistemas educativos, para que possam abranger todas as crianças, independentemente de suas diferenças ou dificuldades individuais.
 - Adotar, com força de lei ou como política, o princípio da educação integrada, que permita a matrícula de todas as crianças em escolas comuns, a menos que haja razões convincentes para o contrário.
 - Criar mecanismos descentralizados e participativos, de planejamento, supervisão e avaliação do ensino de crianças e adultos com necessidades educativas especiais.
 - Promover e facilitar a participação de pais, comunidades e organizações de pessoas com deficiência, no planejamento e no processo de tomada de decisões, para atender a alunos e alunas com necessidades educacionais especiais.
 - Assegurar que, num contexto de mudança sistemática, os programas de formação do professorado, tanto inicial como contínua, estejam voltados para atender às necessidades educacionais especiais, nas escolas integradoras.

2.4 DECLARAÇÃO DE GUATEMALA

A partir da Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadores de Deficiência, realizada na Guatemala, em 1999, “os Estados Partes reafirmaram que as pessoas portadoras de deficiência têm os mesmos direitos, inclusive o de não ser submetido à discriminação com base na deficiência, emanam da dignidade e da igualdade que são inerentes a todo ser humano”, conforme Hennemann (2012, s.p.).

No seu artigo I, a Convenção define que o termo deficiência “significa uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária causada ou agravada pelo ambiente econômico e social”. E o termo discriminação contra as pessoas com deficiência “significa toda a diferenciação, exclusão ou

restrição baseada em deficiência [...] que tenham efeito ou propósito de impedir ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício por parte das pessoas portadoras de deficiência de seus direitos humanos e suas liberdades fundamentais” (HENNEMANN, 2012, s.p.).

É a primeira vez que se discute e se cria uma definição para estes termos.

3 MARCOS DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

As declarações anteriormente relacionadas foram importantes para a composição da legislação brasileira sobre o tema. Estudaremos algumas destas leis. Antes, vamos relacionar, conforme Cavalcante (2006, s.p.), uma síntese de alguns documentos que nortearam em nosso país, em um aspecto geral, as ações para garantir o direito das pessoas com deficiências:

1988

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA

Prevê o pleno desenvolvimento dos cidadãos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação; garante o direito à escola para todos; e coloca como princípio para a educação o "acesso aos níveis mais elevados do ensino, da pesquisa e da criação artística, segundo a capacidade de cada um".

1989

LEI Nº 7.853/89

Define como crime recusar, suspender, adiar, cancelar ou extinguir a matrícula de um estudante por causa de sua deficiência, em qualquer curso ou nível de ensino, seja ele público ou privado. A pena para o infrator pode variar de um a quatro anos de prisão, mais multa.

1990

ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA)

Garante o direito à igualdade de condições para o acesso e a permanência na escola, sendo o Ensino Fundamental obrigatório e gratuito (também aos que não tiveram acesso na idade própria); o respeito dos educadores; e atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular.

1994

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA

O texto, que não tem efeito de lei, diz que também devem receber atendimento especializado crianças excluídas da escola por motivos como trabalho infantil e abuso sexual. As que têm deficiências graves devem ser atendidas no mesmo ambiente de ensino que todas as demais.

1996**LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO NACIONAL (LDB)**

A redação do parágrafo 2º do artigo 59 provocou confusão, dando a entender que, dependendo da deficiência, a criança só podia ser atendida em escola especial. Na verdade, o texto diz que o atendimento especializado pode ocorrer em classes ou em escolas especiais, quando não for possível oferecê-lo na escola comum.

2000**LEIS Nº 10.048 E Nº 10.098**

A primeira garante atendimento prioritário de pessoas com deficiência nos locais públicos. A segunda estabelece normas sobre acessibilidade física e define como barreira obstáculos nas vias e no interior dos edifícios, nos meios de transporte e tudo o que dificulte a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos meios de comunicação, sejam ou não de massa.

2001**DECRETO Nº 3.956 (CONVENÇÃO DA GUATEMALA)**

Põe fim às interpretações confusas da LDB, deixando clara a impossibilidade de tratamento desigual com base na deficiência. O acesso ao Ensino Fundamental é, portanto, um direito humano e privar pessoas em idade escolar dele, mantendo-as unicamente em escolas ou classes especiais, fere a convenção e a Constituição.

3.1 A LEGISLAÇÃO E A HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL BRASILEIRA

Estudaremos a seguir, brevemente, a História da Educação Especial Brasileira. Veremos como a legislação acompanhou os fatos que ocorriam.

A história da Educação Especial no Brasil foi determinada, até o final do século XIX, pelos hábitos e informações vindos da Europa. O abandono de crianças com deficiências nas ruas era comum, assim como nas rodas dos expostos e portas de conventos e igrejas, o que criou uma institucionalização do cuidado dessas crianças por religiosas (MOREIRA, 2013).

FIGURA 15 – RODA DOS EXPOSTOS



Maria Nazarete de Barros Andrade

FONTE: Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/nazaretebarros/os-desamparados>>. Acesso em: 13 ago. 2016.



FILME: A RODA DOS EXPOSTOS

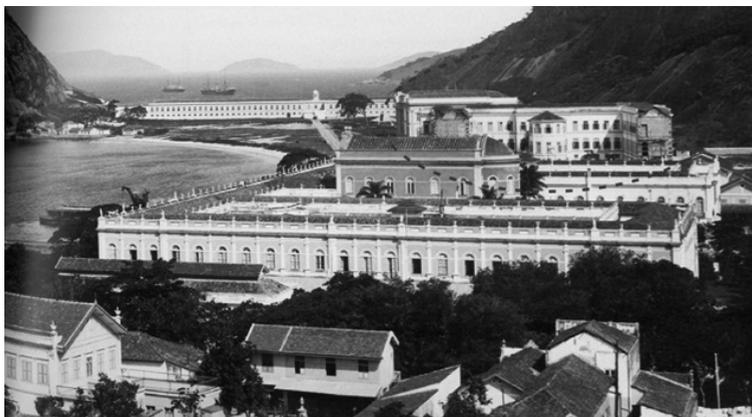
De Maria Emília de Azevedo, o filme é uma simbologia dessa prática, abordando o abandono. Gira em torno do personagem central Hector. Todas as noites, ele volta à "roda" na esperança de reencontrar sua mãe.

Disponível *on-line*. Há também várias reportagens sobre o assunto. Você vai se emocionar!

O primeiro marco da Educação Especial foi no Período Imperial:

Em 1854, Dom Pedro II, influenciado pelo ministro do Império Couto Ferraz, admirado com o trabalho do jovem cego José Álvares de Azevedo que educou com sucesso a filha do médico da família imperial, Dr. Sigaud, criou o Imperial Instituto dos Meninos Cegos. Em 1891 a escola passou a se chamar Instituto Benjamin Constant – IBC (MOREIRA, 2013, s.p.).

FIGURA 16 - O PRÉDIO DO INSTITUTO DOS MENINOS CEGOS EM CONSTRUÇÃO



FONTE: Disponível em: <<http://museubenjaminconstant.blogspot.com.br/2013/05/benjamin-constant-e-o-imperial.html>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

Na mesma época, em 1857, D. Pedro II criou o Instituto Imperial dos Surdos-Mudos.

A criação desta escola deve-se a Ernesto Hüet, que veio da França para o Brasil com os planos de fundar uma escola para surdos-mudos. Em 1957 a escola passou a se chamar Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES. Ainda no período imperial, em 1874, iniciou-se o tratamento de deficientes mentais no hospital psiquiátrico da Bahia (hoje, Hospital Juliano Moreira) (MOREIRA, 2013, s.p.).

FIGURA 17 - O PRÉDIO DO INSTITUTO IMPERIAL DOS SURDOS-MUDOS



FONTE: Disponível em: <<https://diversidadeemcomunicar.wordpress.com/tag/libras/>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

Em 1889, após a Proclamação da República, a deficiência mental ganha destaque nas políticas públicas, “porque acreditavam que esta deficiência pudesse implicar em problemas de saúde - uma vez que era vista como problema orgânico e a relacionavam com a criminalidade, além de temerem pelo fracasso escolar”, segundo Moreira (2013, s.p.). Mais tarde, por volta de 1930, surgiram diversas

instituições privadas para cuidar da deficiência mental.

O surgimento destas instituições traz uma divisão na história de nosso país: a filantropia e o assistencialismo. Estas duas formas de oferta “colocam as instituições privadas em destaque no decorrer da história da educação especial brasileira, uma vez que o número de atendimentos realizados por elas era muito superior ao realizado pelas públicas”, conforme Moreira (2013, s.p.), e, por isso, “tinham certo poder no momento de discutir as políticas públicas junto a instâncias governamentais”.

Assim, temos dois momentos históricos: no primeiro, “durante o Brasil Império, as pessoas com deficiências mais acentuadas, impedidas de realizar trabalhos braçais na agricultura ou serviços de casa, eram segregadas em instituições públicas”, de acordo com Moreira (2013, s.p.). As demais, com deficiências leves, “conviviam com suas famílias e não se destacavam muito, uma vez que a sociedade, por ser rural, não exigia um grau muito elevado de desenvolvimento cognitivo”. No segundo momento, “ao mesmo tempo em que surgia a necessidade de escolarização entre a população, a sociedade passa a conceber o deficiente como um indivíduo que, devido às suas limitações, não podia conviver nos mesmos espaços sociais que os normais” – por isso, deveria, portanto, estudar em locais apropriados, e só “seriam aceitos na sociedade aqueles que conseguissem agir o mais próximo da normalidade possível, sendo capazes de exercer as mesmas funções” (MOREIRA, 2013, s.p.). Acontece, neste período, o desenvolvimento da psicologia voltada para a educação, o surgimento das instituições privadas e das classes especiais.

Consequentemente, a legislação é adaptada a esta nova realidade. Destacamos, anteriormente, o aspecto da garantia dos direitos das pessoas com deficiência. Agora, vamos destacar legislações específicas da área educacional, com informações baseadas em Moreira (2013).

1961

LEI Nº 4.024

A antiga Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, previa o direito dos excepcionais à educação, de preferência, no sistema regular de ensino. A intenção prevista era de integrar, conforme as possibilidades, todos os alunos, com deficiências ou não. Além disso, incentivavam-se iniciativas privadas para que também oferecessem ensino para alunos com dificuldades.

1971

LEI Nº 5.692

Modificou a LDBEN de 1961 e estabeleceu tratamento especial para alunos com deficiências físicas e mentais com atraso relacionado à idade regular de matrícula, e, aos considerados superdotados. Afinal, não organizou um sistema de ensino eficaz para atender às necessidades educacionais especiais, reforçando, assim, as classes e escolas especiais.

1973

CRIAÇÃO DO CENESP

Criado pelo MEC, o Centro Nacional de Educação Especial – CENESP passou a ser o responsável pela supervisão da educação especial no Brasil, fomentando ações assistencialistas direcionadas às pessoas com deficiência e às pessoas com superdotação.

1988

CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Um dos objetivos básicos, da Constituição Federal de 1988 é “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”, determinando a educação como um direito de todos, garantindo o desenvolvimento integral da pessoa, promovendo o exercício da cidadania e a preparação para o trabalho, instituindo a “igualdade de condições de acesso e permanência na escola”. Estabelece como obrigação do Estado, a oferta do atendimento educacional especializado, de preferência, no ensino regular. (Art. 208).



Você pode ter acesso ao texto integral da Constituição Brasileira através do *link*:
 <<http://livraria.senado.leg.br/ebook.constituicao>>.
 É fácil e gratuito. Boa leitura!



1989

LEI Nº 7.853

Define o apoio e integração social às pessoas portadoras de deficiência, prevendo a oferta obrigatória e gratuita de educação especial na rede pública de ensino, além de programas de Educação Especial a nível pré-escolar, em hospitais, para educandos portadores de deficiência internados por prazo igual ou superior a 1 (um) ano; matrícula obrigatória em cursos regulares de instituições públicas e particulares para pessoas com deficiência possíveis de se integrarem no sistema regular de ensino; define como crime passível de reclusão de 1 (um) a 4 (quatro)

anos, e multa: abdicar, cancelar, adiar, ou cessar, sem justa causa, a matrícula de aluno em estabelecimento de ensino, independente de curso ou grau, público ou privado, por motivos provindos de deficiência.

1990

DECLARAÇÃO DE JOMTIEN

Estabelece o fim de preconceitos e estereótipos de alguma natureza na educação, sendo ela um direito fundamental de todos - mulheres ou homens, de todas as idades do mundo inteiro. O Brasil, ao assinar esta Declaração assumiu a obrigação de erradicar o analfabetismo e expandir o ensino fundamental.

1994

POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

Este Plano reafirmou os pressupostos de participação e aprendizagem, mas não reformulou as práticas educacionais no ensino comum, mantendo a responsabilidade da educação para os alunos com necessidades especiais, na educação especial.

1994

LEI Nº 8859

Estendeu aos alunos de ensino especial, a possibilidade de atividades de estágio.

1994

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA

A inclusão de crianças, jovens e adultos com necessidades educacionais especiais no sistema regular de ensino é a base desta Declaração. Além das crianças portadoras de deficiências, também foram contempladas neste preceito de inclusão, aquelas com dificuldades temporárias ou permanentes na escola, as que repetem os anos escolares, as que trabalham, as crianças de rua, as que moram distantes de escolas, as que habitam em condições de extrema pobreza ou que sejam desnutridas, as vítimas de guerra, as que sofrem abusos físicos, emocionais e sexuais, ou as que estão fora da escola, por qualquer motivo.

1994

PORTARIA MEC Nº 1.793

Aconselha a inserção da disciplina de Aspectos Ético-Político-Educacionais nos cursos de Pedagogia, Psicologia e em todas as licenciaturas.

1996

LEI Nº 9.394 - ATUAL LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO

Estabelece que os sistemas de ensino precisam garantir aos alunos, currículo, métodos, recursos e organização específicos para acolher às suas necessidades; e a aceleração de estudos aos superdotados para conclusão do programa escolar. Ainda prevê oferta de educação, de preferência, no sistema regular para os alunos deficientes, a oferta de serviço e apoio especializado, a oferta de ensino na educação infantil e diminui o atendimento em classes e/ou escolas especiais, aos alunos cuja deficiência não permita a integração na rede regular. Assim, a rede regular começou a matricular os deficientes nas salas comuns.



Você pode ter acesso ao texto integral da LDB, através do *link*: <http://www.famasul.edu.br/2015/arquivos_pdf/106.pdf>. É fácil e gratuito. Boa leitura!



1999

DECRETO Nº 3.298

Estabelece a Lei nº 7.853/89, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, reafirmando a educação especial como categoria de ensino que pode promover o desenvolvimento de pessoas com necessidades especiais.

2001

DECLARAÇÃO INTERNACIONAL DE MONTREAL SOBRE INCLUSÃO

Institui que o acesso a todos os espaços da vida é uma condição para que os direitos humanos sejam efetivados, considerando que uma sociedade inclusiva é a essência do desenvolvimento social sustentável.

2001**DECRETO Nº 3.956**

Anuncia a Convenção Interamericana da Guatemala para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. A partir desta Convenção, os Estados Partes confirmaram que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades básicas que todas as demais pessoas.

2001**RESOLUÇÃO CNE/CEB 02**

Esta resolução traz a afirmação que os sistemas de ensino precisam matricular todos os alunos, fazendo com que as escolas se organizem para atender os educandos com necessidades educacionais especiais, garantindo as condições necessárias para uma educação de qualidade para todos.

Por educação especial, modalidade da educação escolar, entende-se um processo educacional definido por uma proposta pedagógica que assegure recursos e serviços educacionais especiais, organizados institucionalmente para apoiar, complementar, suplementar e, em alguns casos, substituir os serviços educacionais comuns, de modo a garantir a educação escolar e promover o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentam necessidades educacionais especiais, em todas as etapas e modalidades da educação básica (MEC/SEESP, 2001).

2001**PLANO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – PNE, LEI Nº 10.172**

Estabelece objetivos e metas para que os sistemas de ensino defendam o atendimento às necessidades educacionais especiais dos alunos. Diminuindo o déficit da oferta de matrículas para alunos com deficiência nas escolas comuns do ensino regular, priorizando a formação docente, a acessibilidade física e o atendimento educacional especializado.



Você pode ter acesso ao texto integral da Lei Nº 10.172, o antigo Plano Nacional de Educação, neste *link*: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/L10172.pdf>>.



2002

LEI 10.436

Reconhece a Libras (Língua Brasileira de Sinais) como língua oficial no país, juntamente com o Português.

FIGURA 18 – REPRESENTAÇÃO DA PALAVRA LIBRAS, EM LIBRAS



FONTE: Disponível em: <http://danianepereira.blogspot.com.br/2014_04_01_archive.html>. Acesso em: 17 ago. 2016.

2002

RESOLUÇÃO CNE/CP 01

Constitui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica e determina que as instituições de Ensino Superior devam antever, em sua organização curricular, formação docente direcionada à diversidade, contemplando conhecimentos sobre os alunos com necessidades educacionais especiais.

2002**PORTARIA MEC 2.678**

Estabelece diretrizes e normas para o uso, o ensino, a produção e a propagação do Sistema Braille em todas as modalidades de ensino, abrangendo o projeto da Grafia Braille para a Língua Portuguesa e a sugestão para o seu uso em todo país.

FIGURA 19 – ESCRITA BRAILE



FONTE: Disponível em: <<https://enfaseeducacional.com.br/>>. Acesso em: 17 ago. 2016

2004**LEI Nº 10.845**

Garante o Programa de Complementação ao Atendimento Educacional Especializado às Pessoas Portadoras de Deficiência (PAED), com fins principais de avaliar a universalização do atendimento especializado de alunos com deficiência, cuja condição não consinta a integração em classes comuns de ensino regular e garantir, progressivamente, a admissão dos educandos com deficiência nas salas comuns de ensino regular.

2005**DECRETO Nº 5.626**

Regulamenta a Lei nº 10.436, de 24 de abril de 2002, que trata da Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, definindo que a formação de docentes para o ensino de Libras deva ser concretizada em nível superior, em curso de Licenciatura Plena em Letras: Libras ou em Letras: Libras/Língua Portuguesa, como segunda língua.

2007**DECRETO Nº 6.094**

O Plano de Desenvolvimento da Educação – PDE, reafirmado pela Agenda Social, tem como pontos principais, a formação de professores para a educação

especial, a implantação de salas de recursos multifuncionais, a acessibilidade arquitetônica das escolas, o ingresso e a permanência das pessoas com deficiência no ensino superior e o acompanhamento do acesso à escola dos beneficiados pelo Benefício de Prestação Continuada – BPC.



Você pode ter acesso ao texto integral do Plano de Desenvolvimento da Educação neste *link*: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/livro/livro.pdf>>.



2006

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (CDPD)

Admitida pela ONU em 2006 - da qual o Brasil é signatário, esta Convenção estabeleceu que os Estados Partes devem garantir um sistema de educação inclusiva em todos os níveis de ensino, em ambientes que potencializem o desenvolvimento acadêmico e social combinado com a meta da plena participação e inclusão, adotando medidas para garantir que as pessoas com deficiência não sejam excluídas do sistema educacional, tendo igualdade de condições com as demais pessoas na comunidade em que vivem.

2009

RESOLUÇÃO CNE/CEB Nº 04

Estabelece Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, na Educação Especial.

2011

DECRETO Nº 7611

Publicado em 18 de novembro de 2011, dispõe sobre a Educação Especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências.

2011

DECRETO Nº 7612

Constitui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Tem a intenção de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência, tendo como um de seus eixos principais o acesso à educação, prevendo a garantia de que os equipamentos públicos de educação sejam acessíveis para as pessoas com deficiência, até mesmo por meio de transporte apropriado.



Você pode ter acesso ao texto integral do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite, neste *link*: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/>>.



Caro acadêmico! Você reparou alguma diferença de nomenclatura, no texto acima? Desde 2010, não se usa mais o termo portador de deficiência, mas sim, **Pessoa com Deficiência**. O Conselho Nacional da Pessoa com Deficiência definiu através da portaria 2.344, de novembro de 2010, que a forma correta para o tratamento das pessoas com necessidades especiais, por lei, deve ser **Pessoa com Deficiência**.

2011

META 4 DO NOVO PLANO NACIONAL DE EDUCAÇÃO

O Plano Nacional de Educação (PNE 2011-2020), documento que servirá como diretriz para todas as políticas educacionais do País para esta década, é composto por 12 artigos e um anexo com 20 metas para a Educação, e tem como foco a valorização do magistério e a qualidade da Educação.

Meta 4: Universalizar, para a população de quatro a dezessete anos, o atendimento escolar aos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, preferencialmente, na rede regular de ensino, garantindo o atendimento educacional especializado em classes, escolas ou serviços especializados, públicos ou comunitários, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível sua integração nas classes comuns (PNE, 2011).

Para quem defende a inclusão plena em escolas regulares do sistema público de ensino, tal escrita legitima a exclusão da população com deficiência da rede comum de ensino, permitindo a triagem de alunos para o acesso na escola e traz de volta a separação em escolas e classes especiais.

FIGURA 20 – META 4

PARA SABER MAIS SOBRE A META 4

1. A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (MEC, 2008) está disponível em: http://peei.mec.gov.br/arquivos/politica_nacional_educacao_especial.pdf.

2. Resoluções da Câmara de Educação Básica e do Pleno do Conselho Nacional de Educação (CNE) sobre educação especial estão disponíveis no endereço: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12812&Itemid=866.

3. As publicações do Ministério da Educação (MEC) sobre educação especial na perspectiva da educação inclusiva estão disponíveis em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=17009&Itemid=913.

Mais informações podem ser encontradas no endereço eletrônico:
<http://pne.mec.gov.br/programas-metas>.

FONTE: Disponível em: <http://pne.mec.gov.br/images/pdf/pne_conhecendo_20_metas.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2016



Você pode ter acesso ao texto integral do Plano Nacional de Educação (PNE 2011-2020) neste *link*: <http://pne.mec.gov.br/images/pdf/pne_conhecendo_20_metas.pdf>.



2012

LEI Nº 12.764

A Lei institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Chamada de Lei Berenice Piana, prevê a participação da comunidade na formulação das políticas públicas voltadas para os autistas, além da sua implantação, acompanhamento e avaliação. Com a lei, fica assegurado o acesso a ações e serviços de saúde, incluindo: o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional, a nutrição adequada e a terapia nutricional, os medicamentos e as informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento. Da mesma forma, a pessoa com autismo terá assegurado o acesso à educação e ao ensino profissionalizante, à moradia, ao mercado de trabalho e à previdência e assistência social (BRASIL, 2012).



Você pode ter acesso ao texto integral da lei que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista neste *link*: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm>.

RESUMO DO TÓPICO 2

Finalizamos mais um importante tópico, tratando sobre a legislação que norteia a Educação Inclusiva. Percebemos uma grande evolução histórica, na forma como são tratadas as pessoas com necessidades especiais. Do abandono e da morte, vivenciamos, hoje em dia, várias leis que minimizam as deficiências e abrem as escolas e a ação educativa para que todos tenham educação, e de qualidade, conforme suas possibilidades de aprendizagem.

Registramos diversos planos com políticas bem definidas de inclusão, direcionando as atividades desde a Educação Infantil até a Educação Superior, passando por especificidades, como a LIBRAS, o Sistema Braille e o Espectro Autista. Para encerrar, destacamos a LDB e o Plano Nacional da Educação Especial, sob a perspectiva da Educação Inclusiva, como movimentos comprometidos para a efetiva inclusão escolar das pessoas com necessidades especiais.



- 1 Temos um novo entendimento sobre o processo que percorremos até os dias atuais, quanto à evolução da legislação que visa garantir a Educação Inclusiva. Analisando o que estudamos, como você relaciona a evolução no âmbito legal, frente às novas leis e planos, e a execução deles nas escolas? A evolução acontece na mesma velocidade? Você percebe leis que acontecem em sala de aula, ou apenas ficam na discussão? As escolas estão preparadas para que, realmente, as leis cumpram seu papel?

- 2 A inclusão de crianças, jovens e adultos com necessidades educacionais especiais no sistema regular de ensino é a base da:
 - a) Declaração de Jomtien
 - b) Declaração Universal dos Direitos Humanos
 - c) Declaração de Guatemala
 - d) Declaração de Salamanca

- 3 A Lei chamada de Lei Berenice Piana, institui a:
 - a) Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista.
 - b) Lei de Diretrizes e Bases da Educação
 - c) Política Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
 - d) Nenhuma das alternativas anteriores.



*Assista ao vídeo de
resolução da questão 3*



EDUCAÇÃO INCLUSIVA: FUNDAMENTOS E NOMENCLATURAS

1 INTRODUÇÃO

Já estudamos a História da Educação Inclusiva e vimos como, com o passar dos séculos, as ações de toda sociedade avançaram a favor das mudanças às pessoas com necessidades especiais. O mesmo aconteceu com a legislação, que evoluiu muito e hoje já garante direitos e acesso à educação de maneira respeitosa às diferenças.

Ainda temos muito a aprender. Vamos intensificar nossos estudos sob outra abordagem neste momento, iniciando uma proximidade maior com a Educação Inclusiva em si, analisando os fundamentos que vão nortear a prática, para além da história e da legislação. Para isso, vamos conhecer um pouco mais sobre a contribuição de áreas como a Filosofia e a Psicologia para a Educação.

Afinal, por que a pessoa com deficiência tem direito a frequentar uma escola comum, como qualquer outra criança? Ela tem o direito de aprender? Que fundamentos defendem este direito? Vamos às respostas! Para assim, fazermos a diferença!

2 FUNDAMENTOS FILOSÓFICOS DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA

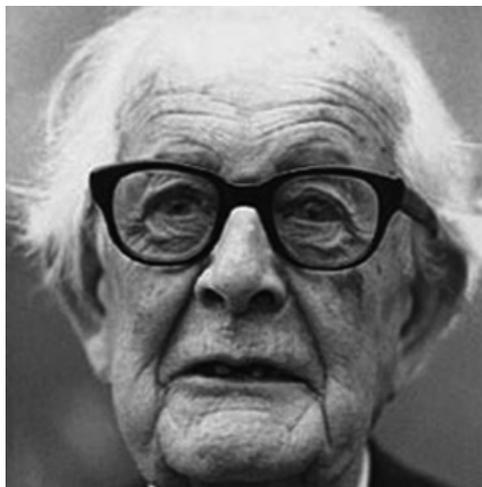
Sartoretto (2011, p. 1) afirma: “O fundamento filosófico mais radical para a defesa da inclusão escolar de pessoas com deficiências é, sem dúvida, o fato de que todos nascemos iguais e com os mesmos direitos, entre eles o direito de convivermos com os nossos semelhantes”. Ou seja, não importa o grau da deficiência, somos humanos e este é o primeiro preceito para convivermos juntos. Algo tão natural que nem precisaria constar em uma Constituição, por exemplo.

Logo, estar em uma sala de aula com outras crianças, com ou sem deficiência, é igualmente natural. “O direito da criança e do adolescente de estar numa sala de aula é um direito que decorre do fato de ele ser cidadão. (...) Ninguém pode revogar o direito à convivência e à educação” (SARTORETTO, 2011, p. 1). Principalmente quando, em certo sentido, “a escola é a continuação e a amplificação da família”.

Para finalizar, a autora nos traz um importante conceito: o foco da aprendizagem é o aluno.

O professor precisa perder a ilusão de que é com ele que a criança vai aprender as coisas mais importantes para a vida, aquelas das quais ele mais vai precisar. A maior parte do que o ser humano aprende, o aprende na convivência, na interação, através dos mecanismos que Piaget denomina de acomodação e adaptação, enfrentando os problemas do dia a dia. A boa escola é aquela que, ombreando com a escola da vida, oferece ao aluno bons “cardápios”, com produtos de boa qualidade, através de situações-problema, de questões bem elaboradas, de roteiros de trabalho, de projetos, de aulas onde o ator principal é o aluno e não o professor (SARTORETTO, 2011, p. 1).

FIGURA 21 – PIAGET



FONTE: Disponível em: <<http://novaescola.org.br/formacao/jean-piaget-428139.shtml>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

Assim, se a escola tiver uma política educacional baseada no direito de aprender de seu aluno, seu processo de aprendizagem terá sentido e significado para ele. E isso é um processo independente de qualquer deficiência. Nascemos todos iguais, com os mesmos direitos, entre eles: conviver, conhecer e aprender.

3 FUNDAMENTOS PSICOLÓGICOS DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA

Já tivemos uma dica sobre a importância da convivência e da interação no processo de aprender. Conviver com o outro nos dá a capacidade de entender e explorar nossas capacidades e desafiar nossas possibilidades. Essa é a base da contribuição da Psicologia à Educação Inclusiva.

Do ponto de vista psicológico e afetivo, não há dúvida de que é na interação com o grupo e com as diferenças de sexo, de cor, de idade, de condição social e com as diferenças de aptidões e de capacidades físicas e intelectuais existentes no grupo que a criança vai construindo sua identidade, vai testando seus limites, desafiando suas possibilidades e, conseqüentemente, aprendendo. Este é o mundo real. E

quanto mais diversificadas forem essas experiências, quanto mais instigantes esses desafios, mais a criança aprende (SARTORETTO, 2011, p. 1).

Ou seja, segregar a pessoa com deficiência é não lhe dar a oportunidade e o direito a viver em um mundo real, “é negar-lhe o direito a aprender pela convivência com pessoas ditas não deficientes”. Sampaio e Sampaio apud Sartoretto (2011, p. 1), na sua obra Educação Inclusiva - o professor mediando para a vida, escrevem: “os diferentes ritmos, comportamentos, experiências imprimem ao cotidiano escolar a possibilidade de troca de repertórios, de visões de mundo, confrontos, ajuda mútua e consequente ampliação das capacidades individuais” (SARTORETTO, 2011, p. 2).

As mesmas autoras, com base na teoria de Vigotsky, ressaltam:

Se construir conhecimentos implica uma ação compartilhada, já que é através dos outros que as relações entre sujeito e objeto de conhecimento são estabelecidas, a diversidade de níveis de conhecimento de cada criança pode propiciar uma rica oportunidade de troca de experiências, questionamentos e cooperação. A aceitação da criança deficiente pelos colegas vai depender muito do professor colocar em prática uma pedagogia inclusiva que não pretenda a correção do aluno com deficiência, mas a manifestação do seu potencial. A escola, nesta perspectiva, deve buscar consolidar o respeito às diferenças, vistas não como um obstáculo para o cumprimento da ação educativa, mas como fator de enriquecimento e melhoria da qualidade de ensino e aprendizagem para todos, tanto para alunos com deficiência quanto para aqueles sem deficiência (SAMPAIO; SAMPAIO apud SARTORETTO, 2011, p. 2).

Assim, em uma perspectiva de escola inclusiva, o ambiente escolar é determinante. “São as diferenças que possibilitam enriquecer as experiências curriculares e que ajudam a melhor assimilar o conhecimento que se materializa nas disciplinas do currículo”, finaliza Sartoretto (2011, p. 2). Se para a escola trazermos o que encontramos na sociedade, toda sua pluralidade e heterogeneidade, “com alunos com deficiências ou não, é que o currículo escolar pode cumprir sua função: construir a cidadania e preparar os alunos para viverem em harmonia fora da escola, dotados de habilidades e competências que a experiência de escola e o conhecimento nela construído os ajudou a desenvolver” (SARTORETTO, p. 2). Efetivando, assim, o direito da criança de progredir, com seus limites e possibilidades.

FIGURA 22 – VYGOTSKY



FONTE: Disponível em: <<http://novaescola.org.br/formacao/lev-vygotsky-teorico-423354.shtml>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

4 FUNDAMENTOS LEGAIS DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA

Como já falamos, os direitos da pessoa com deficiência em relação à educação nem precisariam estar garantidos por lei, justamente pelo fato desses direitos serem naturais do ser humano.

Em geral, porém, para, de um lado, serem melhor explicitados e ganharem mais força, e, por outro, para que fiquem mais claras as responsabilidades de quem lhes deve garantir a eficácia, esses direitos acabam sendo recepcionados em textos legais que vão desde os tratados internacionais até uma simples portaria ministerial ou parecer de um órgão colegiado, passando pelas leis ordinárias e pela própria Constituição do país (SARTORETTO, 2011, p. 2-3).

Assim, dá-se à pessoa com deficiência o direito a frequentar todos os espaços e condições de vida, da forma mais normal possível, e, por outro, conforme a mesma autora, “se atribui à sociedade, através do poder público, a responsabilidade de garantir à pessoa com deficiência reais condições de acessibilidade a todos os bens materiais e culturais socialmente produzidos e disponíveis” (SARTORETTO, 2011, p. 3).

Desta forma, “do conceito de integração, que acentua o processo de adaptação do aluno com deficiência ao grupo, passa-se ao conceito de inclusão, que enfatiza a responsabilidade da sociedade de se reorganizar de forma a garantir, por meio de políticas públicas definidas e concretas”, todas “as condições necessárias que permitam à pessoa com deficiência ser um cidadão como qualquer outro e ter a possibilidade concreta de usufruir de tudo o que a sociedade oferece para que a inclusão escolar realmente se efetive, na sua total dimensão”, finaliza Sartoretto (2011, p. 3).

5 COMPREENDENDO CONCEITOS E NOMENCLATURAS

Deficiência, Pessoas com Deficiência, Adaptação, Segregação, Integração, Educação Especial, Educação Inclusiva... Já lemos alguns destes termos ao longo

deste Caderno de Estudos. Vamos saber um pouco mais sobre isso? Com base em Silveira e Monteiro (2013, p. 9-11), definiremos assim:

Educação Especial: trata-se do atendimento do aluno especial em instituições especializadas.

Educação Inclusiva: trata-se da inclusão de alunos com necessidades especiais em escolas comuns.

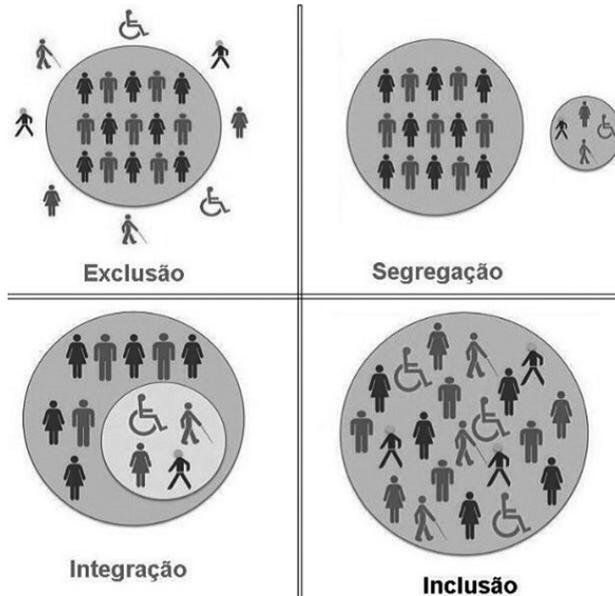
Exclusão: ocorre quando separamos os alunos com necessidades especiais, não considerando a diversidade e limitando a participação de todos.

Segregação: ocorre quando as crianças com necessidades especiais são isoladas e separadas em grupos, em instituições de atendimento especializado, sem frequentar a escola comum.

Integração: insere o aluno no contexto escolar, mas não o inclui. Trata-se do aluno especial na educação.

Inclusão: Considera a diversidade e as necessidades de todos os alunos, garantindo o acesso, a permanência e a participação deles em salas de aulas comuns.

FIGURA 23 – EXEMPLIFICANDO OS TERMOS



FONTE: Disponível em: <<https://br.pinterest.com/pin/97742254387397073/>>. Acesso em: 20 de ago. 2016.

Como podemos perceber, embora os termos sejam parecidos e possam nos confundir, cada um tem um significado específico. Conhecê-los nos permite abordar corretamente o que queremos dizer e nos mostra como eles passaram por transformações ao longo dos tempos. Podemos dizer que eles passaram por uma mudança de paradigmas: um modelo dá lugar a outro, geralmente adaptado e melhorado. Por exemplo, a integração vai dando lugar à inclusão.

O uso correto destes conceitos e nomenclaturas foi tema de análise de um estudioso que é considerado muito importante neste processo de inclusão: Romeu Kazumi Sassaki. Amplamente difundidas, suas ideias são muito citadas e servem

de base para outros estudos. Um dos textos dele mais conhecidos e estudados tem o título “Terminologia sobre Deficiência na Era da Educação”. Muitos autores o citam. Escolhemos mostrar a você, algumas terminologias que o autor Sasaki aborda, e, que as autoras Silveira e Monteiro (2013, p. 18-23), citaram, bem como, a forma correta de uso:

QUADRO 1 - TERMINOLOGIA E TERMOS CORRETOS

TERMINOLOGIA	TERMOS CORRETOS
Adolescente normal: Desejando referir-se a um adolescente (uma criança ou um adulto) que não possua uma deficiência, muitas pessoas usam as expressões adolescente normal, criança normal e adulto normal.	Adolescente (criança, adulto) sem deficiência ou, ainda, adolescente (criança, adulto) não deficiente.
Aleijado; defeituoso; incapacitado; inválido.	Pessoa com deficiência.
Ceguinho.	Cego; pessoa cega; pessoa com deficiência visual.
Classe normal.	Classe comum; classe regular.
Criança excepcional.	Criança com deficiência intelectual.
Defeituoso físico.	Pessoa com deficiência física.
Deficiente físico ou deficiências físicas.	Pessoa com Deficiência ou Deficiências.
Deficiência mental leve, moderada, severa, profunda.	Deficiência intelectual.
Deficiente mental.	Pessoa com transtorno mental, paciente psiquiátrico.
Doente mental.	Pessoa com deficiência intelectual.
Intérprete do LIBRAS.	Intérprete da Libras (ou de Libras).
Lepra; leproso; doente de lepra.	Hanseníase; pessoa com hanseníase; doente de hanseníase.
LIBRAS - Linguagem Brasileira de Sinais	Língua de sinais brasileira. Libras
Língua ou linguagem dos sinais.	Língua de sinais.
Mongolóide; mongol.	Pessoa com síndrome de Down, criança com Down, uma criança Down.
Necessidades educativas especiais.	Necessidades educacionais especiais.
Epilético (ou a pessoa epilética).	A pessoa com epilepsia.
Paralisado cerebral.	A pessoa com paralisia cerebral.
Pessoa normal.	Pessoa sem deficiência; pessoa não-deficiente.
Pessoa surda-muda.	Pessoa com deficiência auditiva.
Quadriplégica; quadriparesia.	Tetraplegia; tetraparesia.
Retardo mental, retardamento mental.	Deficiência intelectual.
Surdinho ou surdo-mudo.	Surdo; pessoa surda; pessoa com deficiência auditiva.
Visão subnormal.	Baixa visão.

FONTE: Adaptado de Silveira e Monteiro (2013, p. 18-23)

Certamente, você já ouviu ou até falou muitos dos termos que foram descritos. Geralmente os analisamos, remetendo a alguma situação que vivenciamos. O que podemos garantir é que, por mais natural que seja vivenciá-los, não podemos fazer deles uma prática efetiva. Precisamos, de novo, mudar o paradigma. Seguir adiante. Vamos tratar disso, no próximo tópico.



FILME: MEU NOME É RÁDIO



Ana Paula Borges nos traz uma Resenha muito interessante sobre o que lemos acima: a possibilidade de fazermos toda a diferença:

Baseado em uma história verídica, **Meu nome é Rádio** é um drama americano, dirigido por Michael Tollin, com roteiro de Mike Rich. Inspirado no artigo de Gary Smith. O filme retrata a história de James Robert Kennedy, um jovem negro e deficiente mental, cujo apelido é Rádio porque adora rádios (ora para ouvir notícias futebolísticas, ora para desmontá-los por curiosidade). Seu dia a dia se resume a duas atividades: rodear a cidade com um carrinho de supermercado repleto de objetos encontrados na rua e observar diariamente os treinos de futebol americano, ministrados pelo professor de Ed. física Sr. Harold Jones.

A mesmice rotineira de Rádio começa a mudar quando os alunos do Sr. Jones resolvem “pregar uma peça” no garoto. Preocupado com o futuro do pobre rapaz, o técnico decide inseri-lo no dia a dia dos treinos e na rotina da escola. Sem preconceitos ou barreiras, o técnico passa a ser o tutor do garoto, atribuindo-lhe funções produtivas de acordo com suas limitações, o que o faz sentir-se útil e feliz, além do respeito que ganhou por parte de seus colegas. O filme mostra como uma simples atitude pode mudar uma comunidade inteira. São lições de amor e de amizade que reverberam pela cidade inteira, gerando reflexão e ensinando novos valores àqueles que estavam presos em suas convicções distorcidas e preconceituosas. Inspire-se nesse drama comovente!

FONTE: Adaptado de <<http://www.janelasingular.com.br/2015/01/dica-de-filme-meu-nome-e-radio-resenha.html>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

RESUMO DO TÓPICO 3

Finalizamos este tópico conhecendo um pouco mais sobre os Fundamentos da Educação Inclusiva. Havíamos estudando sobre os Fundamentos Legais nos tópicos 1 e 2, e agora vimos sobre os Fundamentos Filosóficos e Psicológicos.

Basicamente, estudamos sobre como o meio contribui para que a criança portadora de necessidades especiais aprenda, evolua e garanta seu direito de aprender, pela interação. O pensamento que fundamenta esta ideia é o fato de todos nascermos iguais, pelos direitos, de conviver, crescer, se desenvolver. Estar com o outro nos dá a possibilidade de aprender sempre mais, explorando nossas capacidades e desenvolvendo nossas possibilidades. Por isso, o papel do professor na escola é fundamental. Como extensão da família, a escola contribui no processo de ampliação da aprendizagem.

Outro ponto importante que destacamos é a correta forma de abordar as terminologias sobre as pessoas com necessidades especiais. Ainda, conceituamos corretamente cada termo utilizado: exclusão, segregação, integração e inclusão.

AUTOATIVIDADE



- 1 Reflita um pouco sobre as ideias de Sasaki, em relação as terminologias referentes às deficiências. Como você percebe o conhecimento das pessoas sobre os termos corretos? Você consegue se lembrar de situações em que, mesmo sem querer, se utilizou dos termos de forma errada? Por exemplo, já falou “aleijado” em vez de “pessoa com deficiência”? Se sim, relate e compartilhe uma experiência.
- 2 Há vários termos relacionados à Educação Inclusiva. Alguns usados de forma equivocada. Com base nos estudos realizados, relacione as duas colunas abaixo, dispondo os termos corretamente, conforme sua definição. Depois, selecione a alternativa correspondente à sequência definida:

I – Educação Especial

II – Educação Inclusiva

III – Exclusão

IV – Segregação

- () Separação dos alunos com necessidades especiais.
- () Atendimento do aluno especial em instituições especializadas.
- () Isolamento das crianças com necessidades especiais, em instituições de atendimento especializado.
- () Atendimento do aluno com necessidades especiais em escolas comuns.

a) I, II, IV, III.

b) III , I, IV, II.

c) III, I, II, IV.

d) II, I, III, IV.



Assista ao vídeo de
resolução da questão 2



EDUCAÇÃO INCLUSIVA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

1 INTRODUÇÃO

A inclusão de pessoas com deficiência já foi amplamente abordada nos tópicos anteriores. Vimos que é prevista na Constituição, sendo um dos direitos dos cidadãos. Na prática, entretanto, realizar essa inclusão não se resume apenas a garantir a presença dessas pessoas em todos os espaços, mas diminuir ou extinguir as práticas excludentes e discriminatórias.

Em muitos casos, isso acontece porque a deficiência toma um lugar central. Não há possibilidade de conviver com ela. Dito de outro modo, a pessoa passa a ser mais definida pelo que ela não tem, do que pelos diversos elementos que tem. Para quebrar esse paradigma é necessário que as deficiências sejam trabalhadas em um contexto de diversidade. Todos temos necessidades específicas e cada um vive e aprende à sua maneira.

Por isso, a escola comum se individualiza como inclusiva quando reconhece e valoriza essas diferenças de características quando luta contra e não tem práticas discriminatórias, de segregação, garantindo a todos o direito de aprender a aprender (MOREIRA, 2013).

2 A ESCOLA NA PERSPECTIVA INCLUSIVA

A escola, na perspectiva inclusiva, não tem apenas seu espaço físico adaptado às pessoas com necessidades especiais, nem assegura sua matrícula, ou tem a presença de educandos especiais. A escola, na perspectiva inclusiva, deverá oferecer qualidade à permanência com êxito destes alunos; mudança de comportamento da comunidade escolar e “o reconhecimento do aluno deficiente como sujeito de direito igual a todos, capaz de traçar sua própria trajetória, caso contrário será a exclusão dentro da inclusão”, aponta Moreira (2013, s.p.).

Sasaki apud Vaillant (2003, p. 22-23) aborda de forma mais ampla as principais características de uma escola inclusiva:

QUADRO 2 - PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DE UMA ESCOLA INCLUSIVA

1. - Um senso de pertencer	Filosofia e visão de que todas as crianças pertencem à escola e à comunidade e de que podem aprender juntas.
2. - Liderança	O diretor envolve-se ativamente com a escola toda no provimento de estratégias.
3. - Padrão de Excelência	Os altos resultados educacionais refletem as necessidades individuais dos alunos.
4. - Colaboração e cooperação	Envolvimento de alunos em estratégias de apoio mútuo (ensino de iguais, sistema de companheiro, aprendizado cooperativo, ensino em equipe, coensino, equipe de assistência aluno-professor, etc.).
5. - Novos papéis e responsabilidades	Os professores falam menos e assessoram mais; psicólogos atuam junto aos professores nas salas de aula; todo o pessoal da escola faz parte do processo de aprendizagem.
6. - Parceria com os pais	Os pais são parceiros igualmente essenciais na educação dos filhos.
7. - Acessibilidade	Todos os ambientes físicos são tornados acessíveis e, quando necessário, é oferecida tecnologia assistiva.
8. - Ambientes flexíveis de aprendizagem	Espera-se que os alunos se promovam de acordo com o estilo e ritmo individual de aprendizagem e não de uma única maneira todos.
9. - Estratégias baseadas em pesquisas	Aprendizado cooperativo, adaptação curricular, ensino de iguais, instrução direta, ensino recíproco, treinamento em habilidades sociais.
10 - Novas formas de avaliação escolar	Dependendo cada vez menos de testes padronizados, a escola usa novas formas de avaliar o progresso de cada aluno rumo aos respectivos objetivos.
11- Desenvolvimento profissional continuado	Aos professores são oferecidos cursos de aperfeiçoamento contínuo visando a melhoria de seus conhecimentos e habilidades para melhor educar seus alunos.

FONTE: Adaptado de Sasaki apud Vaillant (2003, p. 22-23)

A preocupação com estas condições básicas e a efetivação dos estudantes em escolas regulares fica ainda mais evidente com os dados de Arruda e Almeida (2014, p. 8): “Estima-se no Brasil um total de 2.724 escolas especiais, 4.325 classes especiais e 17.469 escolas públicas regulares com apoio pedagógico especializado (apenas 31,5% do total)”. Pensando no processo pedagógico, os autores fazem outro alerta: “Dos 2,3 milhões de professores brasileiros, apenas 55 mil se dedicam à Educação Especial (2,4%), 77,8% com formação específica na área e 47% lotados em escolas regulares (53% em escolas especiais)” (ARRUDA; ALMEIDA, 2014, p. 8).

Para minimizar este desafio da falta de preparo, tanto das escolas como dos professores, Casagrande (2009, s.p.) sugere quatro pontos essenciais de flexibilização que se tornam imprescindíveis quando há na classe alunos com necessidades educacionais especiais. São eles:

ESPAÇO: Adaptação do ambiente escolar para permitir que todos tenham acesso às dependências da escola. Isso inclui rampas e elevadores, mas não só. Entram aí também o reordenamento da sala de aula, por exemplo, e a identificação de materiais em braille para que um cego possa se locomover e encontrar o que procura com autonomia.

TEMPO: Determinação de um período maior para que crianças e jovens possam retomar conteúdos, realizar tarefas mais complexas, entregar trabalhos e realizar provas. Um surdo pode precisar disso nas aulas de Língua Portuguesa, por exemplo, quando tiver de redigir um texto.

CONTEÚDO: Adequação do programa previsto no currículo ou no planejamento de cada aula com o objetivo de garantir que estudantes com necessidades educacionais especiais aprendam bem parte da matéria, em lugar de se dispersar por enfrentar desafios acima de suas possibilidades. Uma criança com Síndrome de Down que não consegue fazer cálculos mais complexos sobre juros, por exemplo, tem condições de aprender a calcular o troco numa compra.

RECURSOS: Busca de materiais didáticos ou de outras estratégias para ensinar determinados conteúdos, facilitando a aprendizagem. É a mais comum, geralmente relacionada a todos os tipos de deficiência.

Uma série de estratégias deverão ser incorporadas por toda comunidade escolar para que tenhamos uma Escola Inclusiva. Com base em Silveira e Nascimento (2013), abordamos como imprescindíveis estas ações:

- Criar oportunidades para que todos aprendam, em salas de aula comum, com a mesma faixa etária.
- Responsabilizar o professor sobre todos os alunos da classe, com ou sem deficiência.
- Realizar adaptação curricular com materiais também adaptados.
- Ofertar metodologias diferenciadas.
- Adaptar conteúdos e métodos.

- Adaptar o processo de avaliação.
- Interação entre profissionais (psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta) para orientar o trabalho do professor.
- Favorecer a participação e a interação entre alunos, com sistemas alternativos de comunicação.
- Interação do aluno com outros alunos em todas as atividades da escola.
- Criação de condições físicas, ambientais e materiais no ambiente escolar.
- Investir em formação continuada dos professores.
- Acreditar que é possível fazer mais e melhor. Podemos fazer isso!

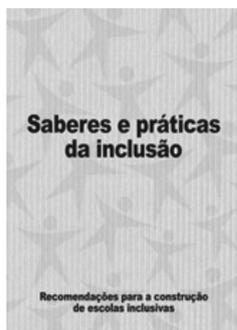
Ao finalizar este tópico, ficamos com a sensação de que podemos e precisamos buscar mais informações. Há uma grande gama de material sobre o tema. Cada vez mais se discute, se aprimora e se pratica a inclusão. Embora, cada vez mais, assim como as possibilidades, os desafios podem se tornar maiores. Porque sempre buscamos o melhor, quando estamos comprometidos com o que fazemos. Muito já se conquistou e se fez para que tenhamos uma Educação Inclusiva. E muito ainda faremos!



INFOGRÁFICO: ESCOLA INCLUSIVA

“Em escolas projetadas para todos, a altura do mobiliário, o espaço entre as estantes e as mesas, a localização de bebedouros, o tipo de piso, as cores dos ambientes e outros cuidados garantem que as pessoas, não só com deficiência, possam se locomover com segurança e autonomia”. Esta é a chamada do material disponível no Portal Nova Escola. Vale a pena conferir o infográfico sobre como adaptar a escola de forma inclusiva. Acesse: <<http://gestaoescolar.org.br/espaco/seguranca-autonomia-429874.shtml>>.





LIVRO: SABERES E PRÁTICAS DA INCLUSÃO

O MEC disponibiliza um interessante material para contribuir com a Prática Inclusiva. Confira: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/const_escolasinclusivas.pdf>.

Para finalizar, compartilhamos uma reportagem sobre como é possível colocar em prática o que estudamos até aqui. Vale a pena a leitura! O texto é de Camila Monroe e Beatriz Santomauro.

LEITURA COMPLEMENTAR

Conheça as salas de recurso que funcionam de verdade para a inclusão



LEITURA NO TATO

Os números do último Censo Escolar são o retrato claro de uma nova tendência: a educação de alunos com deficiência se dá, agora, majoritariamente em classes regulares. Seis em cada dez alunos nessa condição estão matriculados em salas comuns. Em 2001, esse índice era de apenas dois em cada dez estudantes. O aumento merece ser comemorado, mas não esconde um grande desafio: como garantir que, além de frequentar as aulas, crianças e jovens aprendam de verdade?

A tarefa tem naquilo que os especialistas chamam de Atendimento Educacional Especializado (AEE) um importante aliado. Instituído pelo mesmo documento que em 2008 concebeu as diretrizes para a inclusão escolar, mas regulamentado apenas no fim do ano passado, o AEE ocorre no contraturno nas salas de recursos, ambientes adaptados para auxiliar indivíduos com uma ou mais deficiências.

Segundo o Censo Escolar, atualmente 27% dos alunos matriculados em classes comuns do ensino regular recebem esse apoio. Se a implantação das 15 mil novas salas prometidas para este ano de fato ocorrer, o atendimento alcançará mais de 50% das matrículas - em números absolutos, cerca de 190 mil estudantes.

Trabalho não se confunde com atividades de reforço escolar

Diferentemente do que muitos pensam, o foco do trabalho não é clínico. É pedagógico. Nas salas de recursos, um professor (auxiliado quando necessário por cuidadores que amparam os que possuem dificuldade de locomoção, por exemplo) prepara o aluno para desenvolver habilidades e utilizar instrumentos de apoio que facilitem o aprendizado nas aulas regulares. "Se for necessário atendimento médico, o procedimento é o mesmo que o adotado para qualquer um: encaminha-se para um profissional da saúde. Na sala, ele é atendido por um professor especializado,

que está lá para ensinar", diz Rossana Ramos, especialista no tema da Universidade Federal de Pernambuco.

Os exemplos de aprendizagem são variados. Estudantes cegos aprendem o braile para a leitura, alunos surdos estudam o alfabeto em Libras para se beneficiar do intérprete em sala, crianças com deficiência intelectual utilizam jogos pedagógicos que complementam a aprendizagem, jovens com paralisia descobrem como usar uma prancheta de figuras com ações como "beber água" e "ir ao banheiro", apontando-as sempre que necessário. "Desenvolver essas habilidades é essencial para que as pessoas com deficiência não se sintam excluídas e as demais as vejam com normalidade", diz Maria Teresa Mantoan, docente da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), uma das pioneiras no estudo da inclusão no Brasil.

HORA DE CONTAR

Alunos com deficiência intelectual estudam numeração associando placas a faces do dado

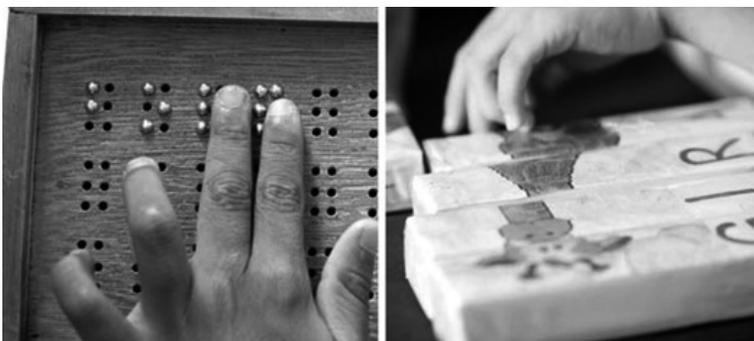


Também vale lembrar que o trabalho não é um reforço escolar, como ocorria em algumas escolas antes de a nova política afinar o público-alvo do AEE. "Era comum ver nas antigas salas de recursos alunos que apresentavam apenas dificuldade de aprendizado. Hoje, a lei determina que somente quem tem deficiência, transtornos globais de desenvolvimento ou altas habilidades seja atendido nesses ambientes", afirma Maria Teresa. Com o foco definido, o professor volta a atenção para o essencial: proporcionar a adaptação dos alunos para a sala comum. Cada um tem um plano pedagógico exclusivo, com as atividades que deve desenvolver e o tempo estimado que passará na sala.

Para elaborar esse planejamento, o profissional da sala de recursos apura com o titular da sala regular quais as necessidades de cada um. A partir daí (e por todo o período em que o aluno frequentar a sala de recursos), a comunicação entre os educadores deve ser constante. Se o docente da turma regular perceber que há pouca ou nenhuma evolução, cabe a ele informar o da sala de recursos, que deve modificar o plano. Outra atitude importante é transmitir o conteúdo das aulas da sala regular à de recursos com antecedência. "Se a turma for aprender operações matemáticas, é preciso preparar o aluno com deficiência visual para entender sinais especiais do braile", exemplifica Anilda de Fátima Piva, professora de uma sala de

recursos na EMEF João XXIII, em São Paulo.

Salas para todas as deficiências ou especializadas numa única



AVANÇAR SEMPRE

Com o quadro especial, alunos ensaiam os primeiros passos na leitura em braile RACIOCÍNIO EM AÇÃO (dir.) O uso de quebra-cabeças aguça a memória dos estudantes com deficiência intelectual.

No fim dos anos 1990, modelos distintos de salas de recursos chegaram ao Brasil. Algumas cidades começaram a montar suas próprias configurações, sem que os especialistas tenham eleito até agora um padrão ideal. Para Daniela Alonso, psicopedagoga especialista em inclusão e selecionadora do Prêmio Victor Civita - Educador Nota 10, a diversidade é positiva. "Como a proposta desses ambientes é nova, ter mais de um modelo é importante. Após algum tempo de experiência, aí, sim, pode haver consenso", defende.

Em linhas gerais, é possível agrupar as diversas salas existentes em dois tipos. No primeiro, há recursos para atender a todas as deficiências. É o modelo defendido pelo Ministério da Educação (MEC) por meio das chamadas salas multifuncionais, instaladas a pedido de redes municipais ou estaduais (segundo dados oficiais, são 5,5 mil em funcionamento). O argumento principal é evitar deslocamentos e fazer com que todos os alunos com deficiência de um bairro ou comunidade sejam atendidos no mesmo local - cada sala tem estrutura para dez estudantes. "Isso tem a vantagem de aproximar a família da vida escolar dessas crianças. Os pais passam a ter mais informações sobre como auxiliar seus filhos na busca por autonomia", afirma Maria Teresa.

NOVA HABILIDADE

Usando talheres adaptados, estudantes com deficiência física ganham autonomia.



FALAR COM AS MÃOS

Aprender Libras é uma das principais atividades de AEE para alunos com deficiência auditiva.

A segunda perspectiva é realizar o AEE por deficiência, como ocorre na cidade de São Paulo. Não há grandes diferenças em relação à infraestrutura, as maiores distinções dizem respeito à formação do professor. "No curso, damos ao educador uma formação específica na área em que ele vai atender. Oferecemos uma visão geral de todos os tipos de deficiência, mas ele se especializa em uma única", diz Silvana Drago, assistente técnica de Educação Especial da Secretaria Municipal de Educação de São Paulo. No caso paulistano, as salas de recursos também ocupam espaço nas escolas regulares, e os alunos recebem transporte para o polo mais próximo que contemple sua deficiência.

Outras cidades experimentam uma combinação dos dois modelos para conseguir ampliar o atendimento. É a opção de Fortaleza. Por lá, de acordo com as previsões oficiais, até o fim de 2010 a rede receberá o reforço de 58 salas do programa do governo federal (hoje, são 105 salas próprias da prefeitura). O tempo vai dizer qual o melhor modelo e se será necessário optar por um. "Não sabemos ainda como esse processo vai se encaminhar, mas o momento é de otimismo", afirma Daniela. "Antes, faltavam iniciativa e oferta de recursos para AEE. Agora, esses dois fatores já existem."

O desafio da (boa) formação específica

Por mais que os equipamentos das salas de recursos sejam importantes, é a atuação do professor que tem mais impacto na aprendizagem. Entre as responsabilidades do educador propostas pela nova lei estão a criação de um plano pedagógico específico para cada aluno e a elaboração de material. "Nesse sentido, o caminho para uma inclusão efetiva é a formação", afirma Rossana Ramos.

O tipo de formação varia de acordo com o modelo de AEE adotado pela rede. Na proposta do MEC, o curso é à distância, dura 400 horas e aborda todas as deficiências. "A metodologia é a do estudo de caso, em que os participantes investigam a melhor conduta para cada aluno", explica Claudia Pereira Dutra, secretária de Educação Especial do MEC. Na cidade de São Paulo, por outro lado, a ênfase é na deficiência em que o professor vai atuar. No curso, presencial, o conteúdo é específico por deficiência. Por exemplo, o professor que precisa trabalhar com cegos aprenderá braile e o uso de aparelhos de apoio. Para Daniela Alonso, a formação ainda está longe do ideal. "É uma medida emergencial para atender à demanda das salas. Tem sido útil para divulgar o tema, mas precisa melhorar." Uma das maiores necessidades é ampliar o espaço para a prática. "Não há nenhum programa de estágio, o que seria essencial", finaliza.

FONTE: MONROE, Camila; SANTOMAURO, Beatriz. Conheça as salas de recurso que funcionam de verdade para a inclusão. Nova Escola, São Paulo, abr. 2010. Disponível em: <<http://novaescola.org.br/formacao/conheca-salas-recursofuncionam-verdade-para-inclusao-deficiencia-546795.shtml>>. Acesso em: 30 ago. 2016.



O portal Nova Escola disponibiliza um teste para educadores, sobre inclusão. Vale a pena conferir.
<<http://novaescola.org.br/formacao/inclusao-voce-esta-preparado-424792.shtml>>. Acesso em: 30 ago. 2016.



RESUMO DO TÓPICO 4

Neste tópico, partimos da teoria em busca da prática. Vimos que é possível realizar uma Educação Inclusiva se tivermos o comprometimento de todos que podem fazê-la: setor público, famílias, escolas e professores.

A igualdade de oportunidades é o primeiro passo. A valorização da diversidade e a adaptação dos espaços serão outros fatores determinantes para o sucesso desta ação. Investir em materiais específicos e na formação dos professores é outro ponto imprescindível.

AUTOATIVIDADE



- 1 Ao final desta Unidade, enumere alguns aspectos, sob seu ponto de vista, em que ainda devemos, enquanto sociedade, evoluir para que a inclusão ocorra. Seja ela na escola, no ambiente de trabalho, na cidade em si. O que ainda é preciso ser feito para que nos tornemos uma sociedade que inclui?
- 2 As Escolas Inclusivas têm seu Projeto Pedagógico pautado em importantes ações para a garantia deste direito. Assinale a alternativa abaixo que relaciona, dentre outras, características principais de uma Escola Inclusiva:
 - a) Sociabilidade, ajuda, reconhecimento e isolamento das pessoas com deficiência.
 - b) Rentabilidade, novas formas de avaliação, coerção.
 - c) Acessibilidade, novas formas de observação, colaboração, cooperação e parceria com plantão médico.
 - d) Acessibilidade, novas formas de avaliação, colaboração, cooperação e parceria com os pais.



*Assista ao vídeo de
resolução da questão 2*



UNIDADE 2

DEFICIÊNCIAS SENSORIAIS, FÍSICAS E INTELLECTUAIS

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir desta unidade você será capaz de:

- conhecer as deficiências sensoriais, físicas e intelectuais;
- conhecer as características de pessoas com altas habilidades e superdotação;
- apreciar métodos e técnicas que facilitem a aprendizagem de pessoas com deficiência visual, auditiva, física, múltipla, intelectual ou com altas habilidades e superdotação.

PLANO DE ESTUDOS

Esta unidade terá seis tópicos, que abordarão as deficiências sensoriais, físicas e intelectuais, trazendo suas características, limitações e possibilidades. No final de cada tópico, atividades sobre os temas contribuirão para aprofundar seus estudos.

TÓPICO 1 – DEFICIÊNCIA VISUAL

TÓPICO 2 – DEFICIÊNCIA AUDITIVA

TÓPICO 3 – DEFICIÊNCIA FÍSICA

TÓPICO 4 – DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA

TÓPICO 5 – DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL

TÓPICO 6 – ALTAS HABILIDADES E SUPERDOTAÇÃO



*Assista ao vídeo
desta unidade.*



DEFICIÊNCIA VISUAL

1 INTRODUÇÃO

Bem-vindo à nossa nova unidade, caro acadêmico, para começar, nesta unidade vamos abordar deficiências específicas. Por isso, vale elencar alguns pontos introdutórios importantes.

De acordo com a Fundação Dorina Nowill para Cegos (s.d.), a Organização Mundial da Saúde publicou, em 1980, a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID).

Em 1993, essa classificação foi reimpressa e trouxe a seguinte definição para Deficiência: “uma deficiência é qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. Representa a exteriorização de um estado patológico e, em princípio, reflete distúrbios no nível do órgão”, conforme a Fundação Dorina Nowill (s.d., s.p.).

O trabalho desta Fundação acontece em todo o Brasil, basicamente em torno da inclusão de pessoas com deficiência visual. Um dos enfoques principais da atuação da Fundação é a construção de uma sociedade inclusiva. Assim, aponta-se como fator principal desta construção a linguagem. “Na linguagem se expressa, voluntariamente ou involuntariamente, o respeito ou a discriminação em relação às pessoas com deficiências”, segundo a Fundação Dorina Nowill (s.d., s.p.).

Nos últimos anos, adequou-se a evolução da ciência à sociedade. Assim, atualmente o termo correto a ser utilizado é: “Pessoa com Deficiência, que faz parte do texto aprovado pela Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidades das Pessoas com Deficiência, aprovado pela Assembleia Geral da ONU em 2006 e ratificada no Brasil em julho de 2008” (FUNDAÇÃO DORINA NOWILL, s.d., s.p., grifo nosso).

Conhecer e se expressar corretamente é importante para conduzirmos de forma mais inclusiva nossas ações relacionadas às pessoas com deficiência. Vamos lá?

2 DEFICIÊNCIA VISUAL: O QUE É?

Ricardo Ampudia (2011a, s.p.) responde de forma sucinta: “é o comprometimento parcial (de 40% a 60%) ou total da visão. Não são deficientes visuais pessoas com doenças como miopia, astigmatismo ou hipermetropia, que podem ser corrigidas com o uso de lentes ou em cirurgias”.

O autor também cita os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para os diferentes graus de deficiência visual. Que, de acordo com Ampudia (2011a, s.p.), podem ser classificados em:

Baixa visão (leve, moderada ou profunda):

Compensada com o uso de lentes de aumento, lupas, telescópios, com o auxílio de bengalas e de treinamentos de orientação.

Próximo à cegueira:

Quando a pessoa ainda é capaz de distinguir luz e sombra, mas já emprega o sistema braile para ler e escrever. Utiliza recursos de voz para acessar programas de computador, locomove-se com a bengala e precisa de treinamentos de orientação e de mobilidade.

Cegueira:

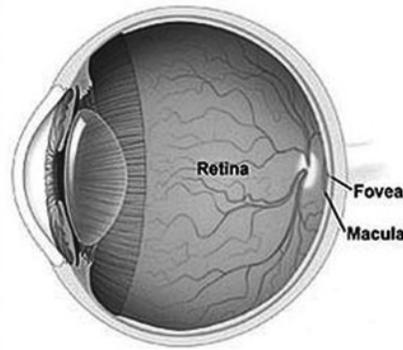
Quando não existe qualquer percepção de luz. O sistema braile, a bengala e os treinamentos de orientação e de mobilidade, nesse caso, são fundamentais.

2.1 A BAIXA VISÃO

Conforme Coicev (s.d., s.p.), o termo “baixa visão se aplica aos casos em que, com a melhor correção, tenha ainda no máximo 30% da visão normal, mesmo com o uso de lentes convencionais, ou após tratamento clínico e/ou cirúrgico, utilizando recursos visuais especiais para leitura e escrita”.

Esta deficiência é caracterizada por problemas na visão central, com comprometimento severo na fóvea central ou na mácula, danificadas.

FIGURA 24 – VISÃO INTERNA DO OLHO



FONTE: Disponível em: <https://static.wixstatic.com/media/505f49_41a672954d884cbe971dd1387f2b19fe.jpg/v1/fill/w_282,h_245,a_l_c,lg_1,q_80/505f49_41a672954d884cbe971dd1387f2b19fe.webp>. Acesso em: 17 set. 2016

De acordo com Coeicev (s.d., s.p.), “a fóvea situa-se na mácula: é a porção mais nobre da retina, isto é, a parte central da mácula, responsável pela acuidade visual, a qual é sempre direcionada para o objeto que se quer ver, e onde cuja imagem é depositada”. Qualquer problema na fóvea provocará um borrão ou ponto cego na visão. Veja alguns exemplos:

FIGURA 25 – PROBLEMAS DE BAIXA VISÃO



FONTE: Disponível em: <<http://www.subnormalvision.com.br/blank-1>>. Acesso em: 17 set. 2016.

Há várias causas para estes problemas de baixa visão. As mais comuns são congênitas (presentes no nascimento): acromatopsia, retinopatia diabética, albinismo, algumas síndromes, retinopatia da prematuridade, ambliopia, rubéola, descolamento da retina, degeneração macular relativa à idade (ou seja, envelhecimento da retina, tecido sensível à luz no fundo do olho; esta degeneração ocorre apenas em idosos), miopia degenerativa, toxoplasmose, glaucoma, neurite óptica, retinose, entre outras. A prematuridade também pode gerar deficiência visual e desencadear visão subnormal (COICEV, s.d.).

Vários recursos especiais podem ser utilizados para minimizar os problemas de baixa visão:

FIGURA 26 – LENTES E ÓCULOS ESPECIAIS



FONTE: Disponível em: <<http://www.subnormalvision.com.br/blank-2>>. Acesso em: 17 set. 2016.

2.2 CEGUEIRA

Para Coicev (s.d., s.p.), “cegueira é a ausência total de visão, até a perda da capacidade de indicar projeção de luz, utilizando o sistema braile como principal recurso para leitura e escrita”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1966, registrou 66 diferentes definições de cegueira, “utilizadas para fins estatísticos em diversos países”. Por isso, “diversamente do que poderíamos supor, o termo cegueira não é absoluto, pois reúne indivíduos com vários graus de visão residual”, conforme Conde (2016, s.p.). O autor diferencia cegueira parcial de cegueira total. Na primeira ele aponta: “nesta categoria estão os indivíduos apenas capazes de **contar dedos** a curta distância e os que só **percebem vultos**”, na segunda: “os indivíduos que só têm **percepção e projeção luminosas**” (CONDE, 2016, s.p. grifo nosso).

Comparando as categorias, “no primeiro caso há apenas a distinção entre claro e escuro; no segundo (projeção), o indivíduo é capaz de identificar também a direção de onde provém a luz”. Já na cegueira total, se “pressupõe completa perda de visão. A visão é nula, isto é, nem a percepção luminosa está presente”, de acordo com Conde (2016, s.p.).

Pedagogicamente, delimita-se como cego aquele que, mesmo possuindo visão subnormal, necessita de instrução em braile (sistema de escrita por pontos em relevo) e como portador de visão subnormal aquele que lê tipos impressos ampliados ou com o auxílio de potentes recursos ópticos (CONDE, 2016, s.p.).

FIGURA 27 – SISTEMA BRAILE



FONTE: Disponível em: <https://encrypted-tbn1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTwBQAPdVN12anEb8yLyluSRaCgR_cmNbXsi1e1Zxhzc6iUmsHydA>. Acesso em: 17 set. 2016.

O Sistema Braille é um importante aliado da pessoa com cegueira. E, embora ainda não esteja acessível a todos, tem se tornado mais comum com o passar do tempo e o apoio de instituições especializadas.

3 ATENDIMENTO PEDAGÓGICO AO ALUNO COM DEFICIÊNCIA VISUAL

De acordo com o Ministério da Educação (MEC), em seu livro *Atendimento Educacional Especializado: Deficiência Visual*, dos autores Sá, Campos e Silva (2007, p. 18), o trabalho com alunos com baixa visão baseia-se no princípio de “estimular a utilização plena do potencial de visão e dos sentidos remanescentes, bem como na superação de dificuldades e conflitos emocionais”. Afinal, “um aluno com baixa visão possui seu cognitivo intacto, porém a percepção do mundo baseada na visão se torna limitada por conta da deficiência” (SÁ; CAMPOS; SILVA, 2007, p. 18)

Para uma verdadeira inclusão e participação do aluno com problemas de visão, professores, pais e alunos precisam estar atentos a algumas particularidades dos alunos com esta deficiência.

Sá, Campos e Silva (2007, p. 18) relacionam uma série de sugestões importantes a todos os atores educacionais responsáveis pela educação de um aluno com baixa visão:

- Ensine a criança e o jovem sobre sua deficiência e sobre o que eles podem ver ou não podem ver bem (muitas crianças não têm consciência disso).
- Os alunos com baixa visão deverão trabalhar olhando para os objetos e para as pessoas (algumas crianças apresentam comportamento de cegos, olham para o vazio. Peça para que “olhe” o objeto ou pessoa em questão).
- Ajude-o a desenvolver comportamentos e habilidades para participar de brincadeiras e recreações junto com os colegas, facilitando o processo de socialização e inclusão.
- Oriente o uso de contraste claro e escuro entre os objetos e seu fundo.
- Estimule o aluno a olhar para aspectos como cor, forma e encoraje-o a tocar nos objetos enquanto olha.
- Lembre-se de que o uso prolongado da baixa visão pode causar fadiga.
- Seja realista nas expectativas do desempenho visual do estudante, encorajando-o sempre ao progresso.
- Encoraje a coordenação de movimentos com a visão, principalmente das mãos.
- Oriente o estudante a procurar recursos como o computador, pois ele se cansará menos e aumentará sua independência. Pense nos estudantes com baixa visão como pessoas que veem.
- Use as palavras “olhe” e “veja” livremente.
- Esteja ciente da diferença entre nunca ter tido boa visão e tê-la perdido após algum tempo.
- Compreenda que o sentido da visão funciona melhor em conjunto com os outros sentidos.
- Aprenda a ignorar os comentários negativos sobre as pessoas com baixa visão.
- Dê-lhe tempo para olhar os livros e revistas, chamando a atenção para os objetos familiares. Peça-lhe para descrever o que vê.
- Torne o “olhar” e “ver” uma situação agradável, sem pressionar.
- Evite tentar fazer tudo pela criança com baixa visão. Lembre-se de que ela precisa se desenvolver e aprender com seus erros para tornar-se independente no futuro. A extrema proteção pode levar a dependências crônicas. Ela deve ser responsável pelas próprias ações.

3.1 RECURSOS ÓPTICOS DE AMPLIAÇÃO ANGULAR

Para facilitar e melhorar o desempenho visual da pessoa com visão subnormal, podemos contar com recursos de ampliação, melhorando a qualidade de vida destas pessoas. Duarte (s.d., s.p.) afirma que, conforme a deficiência visual, “pode-se lançar mão de recursos que ampliem a imagem retiniana, que desloquem a imagem retiniana para a área do campo visual preservada, que condensem a imagem retiniana ou que filtrem determinados feixes de luz a fim de aumentar o contraste e conforto”.

Vamos conhecer alguns recursos ópticos para ampliação, para longe:

FIGURA 28 - LUPA MANUAL SEM ILUMINAÇÃO



FONTE: Disponível em: <http://www.civiam.com.br/civiam/media/catalog/product/cache/1/image/600x600/17f82f742ffe127f42dca9de82fb58b1/t/e/tegelupa_8x21_monocular_164c.jpg>. Acesso em: 17 set. 2016.

FIGURA 29 - SISTEMA TELESCÓPICO BINOCULAR



FONTE: Disponível em: <<http://www.iorj.med.br/institutodeoftamologiadorj/wp-content/uploads/2015/09/para-longe2.jpg>>. Acesso em: 17 set. 2016.

Para perto, temos estes recursos:

FIGURA 30 – LUPA MANUAL SEM ILUMINAÇÃO



FONTE: Disponível em: <<http://zadante.orgfree.com/lupas17.jpg>>. Acesso em: 17 set. 2016.

FIGURA 31 – LUPA MANUAL COM LUZ ACOPLADA



FONTE: Disponível em: <https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQYypyHFYA8s_d8l1oOhIRv1J2xwevEduwSocUs4eYyXINbZ9xrf67BgA>. Acesso em: 17 set. 2016.

FIGURA 32 – LUPA DE APOIO TIPO PESO OU PEDRA



FONTE: Disponível em: <<http://www.iorj.med.br/institutodeoftamologidorj/wp-content/uploads/2015/09/para-perto3.jpg>>. Acesso em: 17 set. 2016.

FIGURA 33 – LUPA DE APOIO TIPO RÉGUA



FONTE: Disponível em: <<http://www.iorj.med.br/baixa-visao/para-perto-4/>>. Acesso em: 17 set. 2016.

FIGURA 34 – LENTES FILTRANTES



FONTE: Disponível em: <<https://goo.gl/VXR65b>>. Acesso em: 17 set. 2016

3.2 RECURSOS NÃO ÓPTICOS

“Os recursos não ópticos são aqueles que melhoram a função visual sem o auxílio de lentes ou promovem a melhoria das condições ambientais ou posturais para a realização das tarefas” (DUARTE, s.d., s.p.). A autora relaciona algumas delas que podem ser realizadas pelo professor:

Ampliação do tamanho real dos objetos: impressão gráfica em tamanho maior.

Aproximação da distância entre objeto e observador.

Ampliação de caracteres na confecção de teclados de calculadoras, computadores e telefones.

Pranchas de apoio para proporcionar conforto na leitura.

Iluminação adequada a fim de aumentar contraste e reduzir o ofuscamento.

Uso de acetato amarelo sobre o texto para aumentar o contraste.

Uso de tiposcópio para reduzir a luz refletida pelo papel. Auxilia também nas situações em que o paciente precisa assinar um documento.

Folhas com pautas ampliadas e reforçadas, assim como uso de lápis 6B, que é mais escuro (DUARTE, s.d., s.p.).

FIGURA 35 - TIPOSCÓPIO



FONTE: Disponível em: <<http://slideplayer.com.br/slide/5262839/>>. Acesso em: 17 set. 2016.

3.3 RECURSOS ELETRÔNICOS DE AMPLIAÇÃO

Duarte (s.d., s.p.) aponta vários modelos tecnológicos que já foram lançados como recursos de ampliação. E já há diversos modelos portáteis: “é uma boa opção para aqueles pacientes com perda visual avançada, em que os outros recursos de ampliação já não se mostram tão efetivos”, afirma o autor.

FIGURA 36 – APARELHO DE VÍDEO PARA AMPLIAÇÃO



FONTE: Disponível em: < <https://goo.gl/nPplmt> >. Acesso em: 17 set. 2016

Além do vídeo, hoje, com o avanço da internet e a modernização dos celulares, “dispomos de inúmeros aplicativos para smartphones voltados para a população com deficiência visual, alguns deles inclusive são gratuitos”, garante Duarte (s.d., s.p.).

3.4 SOROBÃ

Bernardes (2010, s.p.) destaca o sorobã, na área da matemática: “aparelho de cálculo de procedência japonesa, adaptado para o uso de deficientes visuais”. Tem grande aceitação porque os cálculos são realizados com rapidez, e o aparelho tem baixo custo e é muito durável.

FIGURA 37 - SOROBÃ



FONTE: Disponível em: < <http://www.educacao publica.rj.gov.br/biblioteca/educacao/0265.html> >. Acesso em: 18 set. 2016.

4 ○ SISTEMA BRAILLE

Certamente, de todos os recursos que mencionamos, o sistema braille é aquele de que mais ouvimos falar, não é? Ele é um recurso de escrita e leitura baseado em 64 símbolos em relevo: “resultantes da combinação de até seis pontos dispostos em duas colunas de três pontos cada”, afirma Costa (2009, s.p.).

Com este sistema, “pode-se fazer a representação tanto de letras, como algarismos e sinais de pontuação. Ele é utilizado por pessoas cegas ou com baixa visão, e a leitura é feita da esquerda para a direita, ao toque de uma ou duas mãos ao mesmo tempo” (COSTA, 2009, s.p.).

De acordo com a mesma autora, este código teve sua origem na França, com Louis Braille (1809-1852). Ele perdeu a visão aos três anos, quando teve o olho perfurado por uma ferramenta na oficina do pai, que trabalhava com couro. Depois deste incidente, ele teve uma infecção grave, que resultou na cegueira nos dois olhos. Aos 16 anos, criou o sistema braille.

FIGURA 38 – LOUIS BRAILLE



FONTE: Disponível em: <<http://opiniaoenoticia.com.br/nesta-data/braille-uma-revolucao/>>. Acesso em: 18 set. 2016

Costa (2009, s.p.) aponta que o código braille não foi a primeira ação de leitura para cegos: “havia métodos com inscrições em alto-relevo, normalmente feito por letras costuradas em papel, que eram muito grandes e pouco práticos”. Antes de criar seu método, quatro anos antes, Louis Braille conheceu um capitão da artilharia francesa que havia criado um sistema de escrita noturna, “para facilitar a comunicação secreta entre soldados, já utilizando pontos em relevo. Braille simplificou esse trabalho e o aprimorou, permitindo que o sistema fosse também utilizado para números e símbolos musicais”.

O Brasil conhece o sistema desde 1854, data da inauguração do Instituto Benjamin Constant, no Rio de Janeiro, chamado, à época, Imperial

Instituto dos Meninos Cegos. Fundado por D. Pedro II, o instituto já tinha como missão a educação e profissionalização das pessoas com deficiência visual (COSTA, 2009, s.p.).

Na América Latina, fomos o primeiro país a conhecer o sistema. Hoje, o sistema braile “já está difundido pelo mundo todo e, segundo pesquisa Retratos da Leitura no Brasil, de 2008, do Instituto Pró-Livro, 400 mil pessoas leem em braile no Brasil, segundo Costa (2016).

Não é possível, segundo o Instituto Dorina Nowill, calcular em porcentagem o que esses leitores representam em relação à quantidade total de deficientes visuais no país. Isso porque o Censo do ano 2000, realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), aponta que há 169 mil pessoas cegas e 2,5 milhões de pessoas com baixa visão. No entanto, este último grupo é muito heterogêneo, há aqueles que enxergam apenas 1% e, portanto, poderiam ler apenas em braile, como pessoas que enxergam 30% e podem utilizar livros com letras maiores (COSTA, 2009, s.p.).

A carência de informação é ainda o principal problema em relação ao braile: "Muitos professores acham que é simples ensinar o braile a um aluno cego. No entanto, a alfabetização com esse sistema tem suas especificidades, e o professor, para realizar essa tarefa com êxito, tem de buscar ajuda" (MARIA CRISTINA apud COSTA, 2009, s.p.).

Para diminuir esta carência, institutos como o Benjamin Constant e Fundação Dorina Nowill, que já citamos, oferecem programas de capacitação em braile, dispondo de muito material sobre o assunto.



Quer conhecer mais sobre a Fundação Dorina Nowill e o Instituto Benjamin Constant?

Acesse: <<http://www.fundacaodorina.org.br/>>. <<http://www.ibr.gov.br/>>



FIGURA 39 – ALFABETO BRAILE

Alfabeto Braille (Leitura)										
Disposição Universal dos 63 Sinais Simples do Sistema Braille										
1ª série - série superior - utiliza os pontos superiores 1245	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
2ª série é resultante da adição do ponto 3 a cada um dos sinais da 1ª série	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t
3ª série é resultante da adição dos pontos 3 e 6 aos sinais da 1ª série	u	v	x	y	z	ç	é	á	è	ú
4ª série é resultante da adição do ponto 6 aos sinais da 1ª série	â	ê	î	ô	ù	à	ñ/ī	ü	õ	ò/w
5ª série é formada pelos sinais da 1ª série posicionados na parte inferior da cela	,	;	:	Sinal Divisão	?	!	=	" "	*	o (grau)
6ª série é formada com a combinação dos pontos 3456	í	ã	ó	Sinal de Alg.	Ponto Final ou Apóstrofo - (Mifen)					
7ª série é formada por sinais que utilizam os pontos da coluna direita da cela (456)	(4)	(45)	Barra Vertical	(5)	Sinal de Maiúscula	\$	(6)			

FONTE: Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/aee_dv.pdf>. Acesso em: 18 set. 2016.



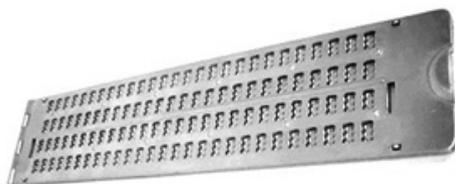
Há divergências na quantidade dos símbolos do Sistema Braille. Isso porque, alguns autores consideram a célula vazia como um símbolo também, totalizando assim, 64 símbolos.

4.1 EQUIPAMENTOS DO BRAILE

Para facilitar o uso do sistema braille, destacamos dois equipamentos bem importantes e facilmente encontrados.

Primeiro, a REGLETE: esta prancha com régua tem “janelas correspondentes às celas braille”, conforme Bernardes (2010, s.p.). O papel é encaixado entre a régua e a prancha, que ao serem pressionadas, confeccionam os pontos em relevo.

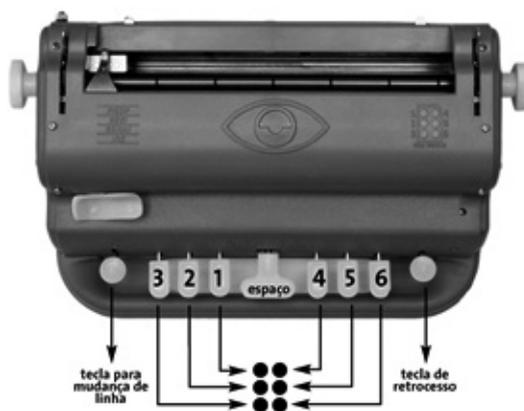
FIGURA 40 - REGLETE



FONTE: Disponível em: <<http://gustavofernando6anob.weebly.com/>>. Acesso em: 18 set. 2016.

Depois, a MÁQUINA BRAILE: parecida com a máquina de escrever tradicional, possui seis teclas para transcrever palavras normais em braille.

FIGURA 41 – MÁQUINA BRAILE



FONTE: Disponível em: <<http://gustavofernando6anob.weebly.com/>>. Acesso em: 18 set. 2016.



O sítio eletrônico Atividades para Educação Especial relacionou uma série de filmes sobre o tema Deficiência Visual. Veja algumas sugestões:

- O sino de Anya.
- Além dos meus olhos.
- Perfume de mulher.
- À primeira vista.
- Dançando no escuro.
- Demolidor.
- Castelos de gelo.
- Ray.
- Quando só o coração vê.
- Um clarão nas trevas.
- Jennifer.
- A próxima vítima.
- La symphonie pastorale.
- Vermelho como o céu.
- Eu não quero voltar sozinho.

Para finalizar este tópico, compartilhamos este texto de Ricardo Ampudia (2011a), do Portal Nova Escola, que sintetiza bem como lidar com a deficiência visual na escola, utilizando-se dos recursos que mencionamos acima.

LEITURA COMPLEMENTAR

Como lidar com a deficiência visual na escola?

Ricardo Ampudia

[...] A escola pode recomendar aos pais e responsáveis que busquem fazer o exame de acuidade visual das crianças sempre que notarem comportamentos relacionados a dificuldades de leitura, dores de cabeça ou vista cansada durante as aulas.

Compartilhe a organização dos objetos da sala de aula com o aluno, a fim de facilitar o acesso e a mobilidade. Mantenha carteiras, estantes e mochilas sempre na mesma ordem, comunique alterações previamente e sinalize os objetos para que sejam facilmente reconhecidos.

O aluno cego tem direito a usar materiais adaptados, como livros didáticos transcritos para o braile ou a reglete para escrever durante as aulas. Antecipe a adaptação dos textos junto dos educadores responsáveis pela sala de recursos, que deve contar com máquinas braile, impressora e equipamentos adaptados.

A alfabetização em braile das crianças com cegueira total ou graus severos de deficiência visual é simultânea ao processo de alfabetização das demais crianças na escola, mas com o suporte essencial do Atendimento Educacional Especializado (AEE).

Oferecer ambientes adaptados, com sinalização em braile, escadas com contrastes de cor nos degraus, corredores desobstruídos e piso tátil, é mais uma medida importante para a inclusão de deficientes visuais. O entorno da escola também deve ser acessível, com a instalação de sinais sonoros nos semáforos e nas áreas de saída de veículos próximas da escola [...].

FONTE: Ampudia (2011a, s.p.)

RESUMO DO TÓPICO 1

Neste tópico, vimos que:

- Deficiência visual é o comprometimento parcial ou total da visão. Ela se classifica em:
 - o Baixa visão.
 - o Próximo à cegueira.
 - o Cegueira.
- Vários equipamentos podem minimizar os problemas relacionados a problemas de visão. Vimos vários deles: lupas, lentes, tiposcópio, sorobã, aparelhos de ampliação e aplicativos.
- O sistema braile é outro recurso, de leitura e escrita, muito utilizado. A reglete e a máquina braile são essenciais para seu bom uso.



- 1 Ao final deste tópico, sugerimos que você elabore um texto sobre as reflexões solicitadas. Imaginando que você poderá ser um professor de portador de deficiência visual, quais as maiores contribuições que trouxemos? Que atividades você pode realizar em sala para minimizar a dificuldade e contribuir para o aprendizado de seu aluno?

- 2 O sistema Braille é utilizado por pessoas cegas ou com baixa visão. Analise as afirmações abaixo, indicando, posteriormente, a alternativa correta:
 - I. A leitura é feita da esquerda para a direita.
 - II. O alfabeto braille possui 63 sinais simples.
 - III. Além de letras, o sistema também tem representação de números e símbolos musicais.
 - IV. Reglete é o único equipamento utilizado para a leitura do Braille
 - a) Apenas as alternativas I e III estão corretas.
 - b) Apenas a alternativa IV é correta.
 - c) As alternativas I, II e III estão corretas.
 - d) Todas as alternativas estão corretas.

- 3 Sobre a Deficiência Visual, relacione as colunas com as informações de definição, e, aponte a alternativa que identifica a sequência correta:
 - I – Deficiência Visual.
 - II – Baixa Visão.
 - III – Próximo a Cegueira.
 - IV – Cegueira.
 - Quando não existe qualquer percepção de luz.
 - Quando a pessoa ainda é capaz de distinguir luz e sombra, mas já emprega o Sistema Braille para ler e escrever
 - Compensada com o uso de lentes de aumento, lupas, telescópios, com o auxílio de bengalas e de treinamentos de orientação.
 - Comprometimento parcial (de 40% a 60%) ou total da visão.
 - a) IV, III, II, I
 - b) I, II, III, IV
 - c) IV, II, I, III
 - d) III, II, IV, I



Assista ao vídeo de
resolução da questão 3



4 Há várias causas para os problemas de baixa visão. As mais comuns são congênitas (presentes no nascimento). Há ainda, outras possibilidades, como exemplo:

- a) Hepatite, rubéola, trombose, entre outras.
- b) Albinismo, algumas síndromes, descolamento da retina, degeneração macular, toxoplasmose, glaucoma, neurite óptica, retinose, entre outras.
- c) Albinismo, algumas síndromes, resfriados, glaucoma, entre outras.
- d) Miopia, degenerações musculares, problemas estomacais, descolamento da retina, entre outras.

DEFICIÊNCIA AUDITIVA

1 INTRODUÇÃO

As pessoas com deficiência auditiva, assim como aquelas com dificuldade de visão, enfrentam problemas para participar da sociedade e da educação escolar. Muitos destes problemas acontecem pela falta de estímulos adequados ao seu potencial cognitivo, que não é afetado por conta da deficiência auditiva. E ainda, por conta de adaptações que nossa sociedade ainda não está habituada a realizar. Vamos estudar estas questões, bem como veremos as definições, causas e soluções para minimizar os entraves causados pela deficiência auditiva.

2 DEFICIÊNCIA AUDITIVA: O QUE É?

Deficiência auditiva ou perda auditiva é o nome geral atribuído à diminuição da sensibilidade auditiva. Ampudia (2011b, s.p.) define deficiência auditiva como “perda parcial ou total da audição, causada por má-formação (causa genética), lesão na orelha ou nas estruturas que compõem o aparelho auditivo”.

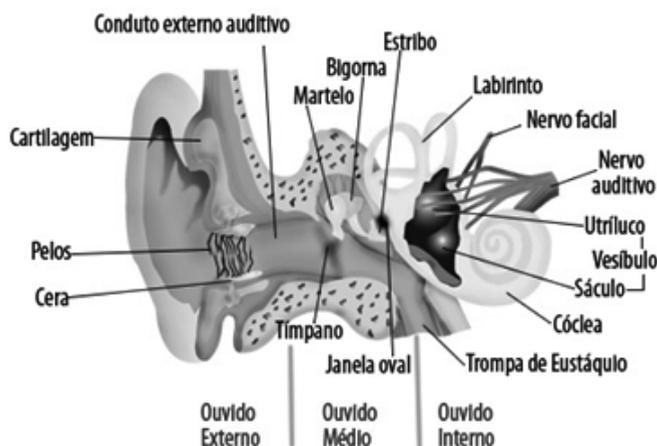
Gil (2009) aponta que a orelha é dividida em três partes: orelha externa, orelha média e orelha interna. Lesões em alguma destas partes podem comprometer o bom funcionamento da sensibilidade auditiva e originar problemas de audição.

Alterações nas orelhas externa e média dão origem a perdas auditivas do tipo condutiva e alterações na orelha interna, seja nas células ciliadas ou no nervo auditivo, resultam em perdas auditivas do tipo neurosensorial. Existem ainda as perdas auditivas mistas, as quais envolvem problemas tanto no mecanismo de condução (orelhas externa e média) como na transdução mecanoelétrica dos estímulos auditivos (orelha interna) (GIL, 2009, s.p.).

Dessa forma, as perdas auditivas ocorrem conforme a posição da lesão na estrutura da orelha.

FIGURA 42 – ANATOMIA DO OUVIDO

Deficiência auditiva



FONTE: Disponível em: <<http://www.prontuarioidmed.com.br/saudeMateria.php?sessao=saudef&topico=6&materia=28>>. Acesso em: 18 set. 2016.

2.1 CLASSIFICANDO AS PERDAS AUDITIVAS

A classificação da perda auditiva se dá conforme a incapacidade de se ouvir os sons. A Organização Mundial de Saúde (OMS) diferencia, de acordo com a tabela a seguir, a deficiência auditiva.

TABELA 1 – SÍNTESE DA CLASSIFICAÇÃO DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Grau	Perda auditiva (dB)*
Audição normal	0 a 25†
Deficiência auditiva leve	26 a 40
Deficiência auditiva moderada	41 a 60
Deficiência auditiva grave	61 a 80
Deficiência auditiva muito grave, incluindo surdez	81 ou mais

* Considera-se a média do limiar auditivo por via aérea nas frequências de 500, 1.000 e 2.000 Hertz (Hz).

† Até 20 decibéis (dB) também pode ser considerado como normal.

FONTE: Piatto e Maniglia (2001, p. 125)

Conforme o grau da deficiência, aparelhos ajudam a minimizar o problema. Por exemplo, a deficiência auditiva moderada, que é “a incapacidade de ouvir sons com intensidade menor que 50 decibéis e costuma ser compensada com a ajuda de aparelhos e acompanhamento terapêutico” (AMPUDIA, 2011b, s.p.). Já em graus mais avançados, como no caso da perda auditiva severa (sons abaixo dos 80 decibéis) e profunda (quando não se escuta sons com intensidade menor

que 91 decibéis), “aparelhos e órteses ajudam parcialmente, mas o aprendizado de Libras e da leitura orofacial, sempre que possível, é recomendado” (AMPUDIA, 2011b, s.p.). O autor ainda completa: “perdas auditivas acima desses níveis são consideradas casos de surdez total” (AMPUDIA, 2011b, s.p.).

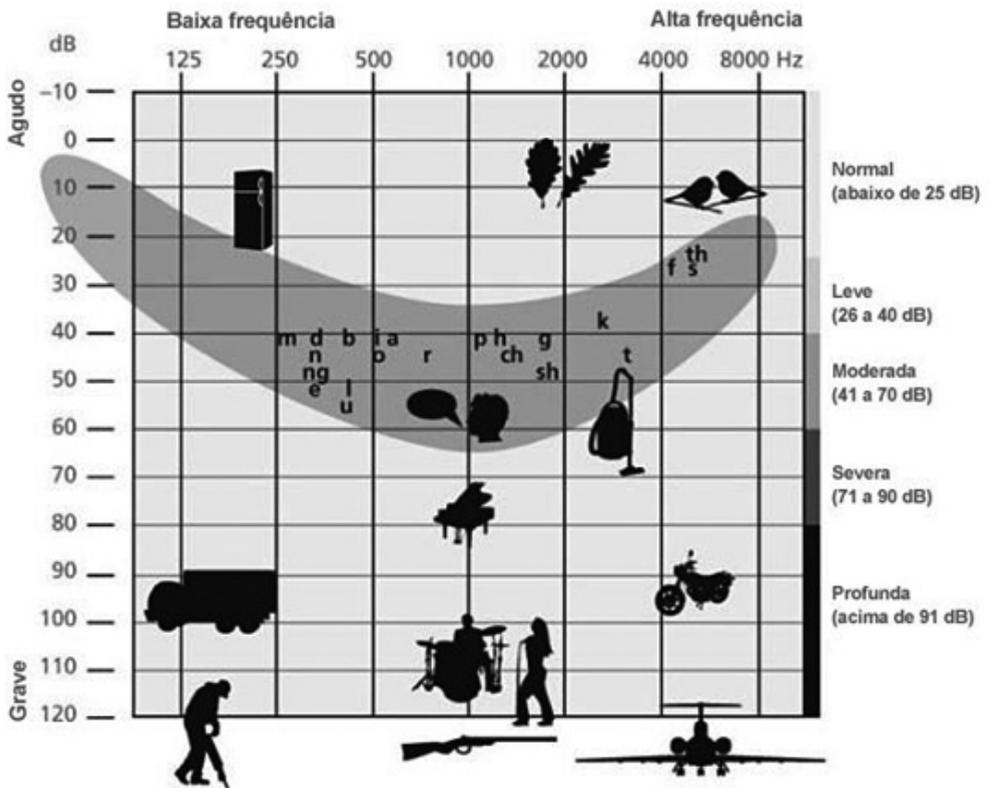
FIGURA 43 – APARELHOS AUDITIVOS



FONTE: Disponível em: <<http://www.audioclean.com.br/fabricantes/nuear>>. Acesso em: 18 set. 2016.

A proporção da dificuldade da aquisição da língua oral é proporcional ao grau da deficiência: quanto mais agudo o grau de deficiência auditiva, maior a dificuldade de aquisição da linguagem.

FIGURA 44 – O QUE SE OUVE CONFORME O GRAU DE SURDEZ



FONTE: Disponível em: <<https://www.audiumbrasil.com.br/pt/perda-auditiva/causas-e-tipos-de-perda-auditiva/>>. Acesso em: 18 set. 2016.

Sintetizando a figura anterior, podemos ver que, conforme a perda auditiva, alguns sons são ouvidos, outros não:

- **Perda auditiva leve:** Sons fracos são difíceis de escutar, como o tique-taque do relógio. Entender os sons da fala é difícil em um ambiente ruidoso, principalmente de consoantes como f,s,p, t e k.
- **Perda auditiva moderada:** Sons fracos e moderados são difíceis de escutar. Entender a fala, em nível de voz natural, é muito difícil. Apenas sons fortes como um choro de bebê ou aspirador de pó são audíveis.
- **Perda auditiva severa:** Conversas têm que ser conduzidas em voz alta. Conversas em grupo só são possíveis com considerável esforço, porque nenhum som de fala é audível em conversação natural. Latidos altos e toques de telefone em volume máximo são ouvidos.
- **Perda auditiva profunda:** É possível escutar alguns sons muito fortes, como serra elétrica, helicóptero ou motocicleta. Sem aparelhos auditivos, a comunicação não é mais possível, mesmo com muito esforço. Por isso, quando a alteração acontecer desde o nascimento, a linguagem fica comprometida (TSUJI, s.d., s.p.)

2.2 CAUSAS DA PERDA AUDITIVA

Arrifano (2015) enumera algumas das causas da perda auditiva. As mais comuns são:

- O envelhecimento e altos ruídos, casos de hereditariedade, lesões traumáticas e doenças tipo caxumba, meningite, sarampo e escarlatina.
- Problemas na gravidez: as gestantes devem cuidar com sífilis, citomegalovírus, rubéola gestacional, entre outras.
- Acúmulo de cera, que pode bloquear o canal auditivo e impedir a condução adequada das ondas sonoras.
- Perfuração do tímpano pode causar lesões traumáticas e infecções e, conseqüentemente, danos auditivos.
- Em virtude de uma otite: inflamação ou infecção no ouvido.
- Limpeza inadequada: ao limpar o ouvido com objetos pontiagudos ou até mesmo com as hastes flexíveis, quando colocadas muito profundamente.
- Em função de barulhos muito fortes e até em virtude de grande pressão atmosférica.
- Doença de Ménière: muitas vezes confundida com a labirintite devido a sintomas comuns, como tontura, zumbidos no ouvido, entre outros.
- Medicamentos de forma prolongada: os conhecidos como ototóxicos. Atualmente, mais de 200 remédios já estão na lista e muitos deles são vendidos sem prescrição médica.

- Exposição prolongada a ruídos altos que pode causar danos graves ao ouvido interno.

Pessoas que convivem em ambientes com muito barulho, como músicos, soldados que usam armas de fogo, pessoas que conduzem carros de som, e trabalham com máquinas industriais, podem adquirir lesões auditivas irreversíveis. Até mesmo os jovens, que estão cada dia mais habituados a ouvir música com volume extremamente excessivo com fones de ouvido e a frequentar lugares com sons muito altos, como danceterias, bares e shows, não sabem os riscos que estão sofrendo e o mal que estão fazendo para a saúde da audição. (ARRIFANO, 2015, s.p.).

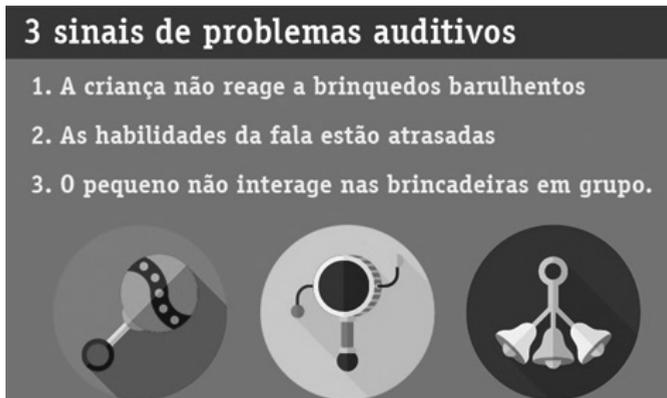


Essas informações são gerais e de cunho informativo. Não dispensam o diagnóstico de um médico, profissional habilitado e com recursos para análise, diagnóstico, ajuda e tratamento.

3 ATENDIMENTO PEDAGÓGICO AO ALUNO COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA

Nem sempre o diagnóstico da perda auditiva é realizado facilmente. A perda auditiva pode aparecer durante a infância ou mais tarde, ou ainda, pode estar presente desde o nascimento. Existem várias causas de perda auditiva. Dependendo da causa, os sintomas se diferem entre os indivíduos, consequentemente, a ação da família e da escola também se modifica.

FIGURA 45 – TRÊS SINAIS DE PROBLEMAS AUDITIVOS



FONTE: Disponível em: <<http://vivomaissaudavel.com.br/saude/crianca/veja-como-identificar-se-seu-filho-tem-deficiencia-auditiva/>>. Acesso em: 18 de set. 2016.

No dia a dia, posturas simples do professor em sala facilitam o aprendizado do aluno surdo. Ampudia (2011b) relaciona algumas ações importantes que podem ser realizadas pelo educador:

- Traga o aluno para as primeiras carteiras e fale com clareza.
- Evite cobrir a boca ou virar de costas para a turma, para permitir a leitura orofacial no caso dos alunos que sabem fazê-lo.
- Prefira o uso de recursos visuais nas aulas, como projeções e registros no quadro negro.
- Solicite treinamento para aprender Libras ou peça o acompanhamento de um intérprete em sala.

Ampudia (2011b, s.p.) aponta que: “para os alunos com perda auditiva severa ou surdez, a aquisição da Língua Brasileira de Sinais é fundamental para a comunicação com os demais e para o processo de alfabetização inicial. Isso garante a inclusão mais efetiva dos alunos”.

Seguem alguns exemplos de atividades para a sala de aula:

FIGURA 46 – PRANCHAS COM DESENHOS



FONTE: Disponível em: <<http://aee2013helena.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 18 set. 2016.

FIGURA 47 – PRANCHA COM FOTOS



FONTE: Disponível em: <<http://aee2013helena.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 18 set. 2016.

FIGURA 48 – RELÓGIO EM LIBRAS



FONTE: Disponível em: <<http://oficinadelibras.blogspot.com.br/2012/08/sugestoes-de-materiais-pedagogicos-para.html>>. Acesso em: 18 set. 2016.

FIGURA 49 – JOGO DA MEMÓRIA



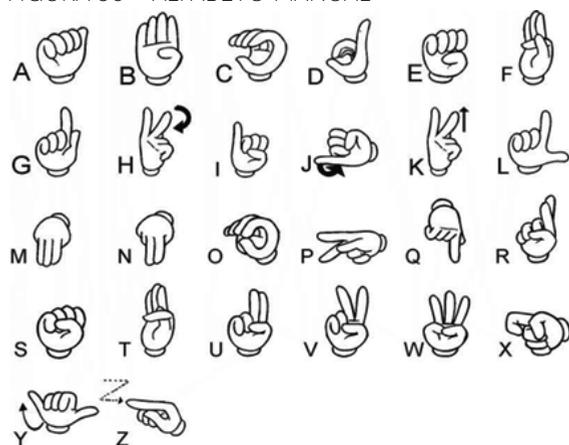
FONTE: Disponível em: <<http://oficinadelibras.blogspot.com.br/2012/08/sugestoes-de-materiais-pedagogicos-para.html>>. Acesso em: 18 set. 2016.

3.1 ALFABETO MANUAL

O alfabeto manual é produzido por diferentes formatos das mãos que representam as letras do alfabeto escrito. Para as pessoas começarem a aprender a língua de sinais, a primeira coisa que se ensina é o Alfabeto Manual.

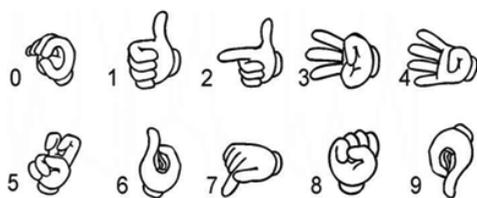
Ele é utilizado para o reconhecimento das letras do alfabeto e para soletrar as palavras. “Porém, a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) não é feita somente com o alfabeto manual”, afirmam Silveira e Nascimento (2013, p. 112).

FIGURA 50 – ALFABETO MANUAL



FONTE: Disponível em: <http://www.unifal-mg.edu.br/acessibilidade/system/files/anexos/apostia_libras_basico.pdf>. Acesso em: 18 de set. 2016.

FIGURA 51 – NÚMEROS
NÚMEROS



FONTE: Disponível em: <http://www.unifal-mg.edu.br/acessibilidade/system/files/anexos/apostia_libras_basico.pdf>. Acesso em: 18 de set. 2016.

3.2 LIBRAS

Silva et al. (2007, p. 9), no seu Caderno Pedagógico Aprendendo Libras como Segunda Língua, trazem importantes informações sobre a Língua Brasileira de Sinais. Eles a definem como a língua materna dos surdos brasileiros, mas que pode “ser aprendida por qualquer pessoa interessada pela comunicação com esta comunidade”.

Como língua, está composta de todos os componentes pertinentes às línguas orais, como gramática, semântica, pragmática, sintaxe e outros elementos, preenchendo, assim, os requisitos científicos para ser considerado instrumento linguístico de poder e força. Possui todos os elementos classificatórios identificáveis numa língua e demanda prática para seu aprendizado, como qualquer outra língua [...]. É uma língua viva e autônoma, reconhecida pela linguística (SILVA et al., 2007, p. 9).

Os autores complementam que quando se fala em língua materna, “se refere aos surdos que nascem em famílias de surdos, onde a língua comum é a Libras. Já para surdos que nascem em famílias ouvintes onde não há comunicação em Libras, entendemos como língua natural” (SILVA et al., 2007, p. 9).



O Centro Federal de Educação Tecnológica de Santa Catarina – CEFET/SC e o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Educação de Surdos – NEPES elaboraram o Caderno Pedagógico de Curso de Libras. Vale a pena conferir a apostila para download: Aprendendo Libras como Segunda Língua - Nível Básico. Acesse: <http://www.unifal-mg.edu.br/acessibilidade/system/files/anexos/apostia_libras_basico.pdf>.

Como já vimos na Unidade 1, a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) é a língua oficial da comunidade surda brasileira. Por isso, neste momento, não vamos abordar os aspectos históricos ou legais desta Língua Brasileira de Sinais-Libras.



Quer saber mais? Aproveite! Há muitos cursos, inclusive on-line, sobre o tema LIBRAS. Vale a pena também conferir este *link*: <<http://www.dicionariolibras.com.br/>>.



O sítio eletrônico Atividades para Educação Especial relacionou uma série de filmes sobre o tema deficiência auditiva. Veja algumas sugestões:

- A música e o silêncio.
- Filhos do silêncio (Children of a lesser God, 1986).
- Adorável professor (Mr. Holland's opus).
- O piano.
- O país dos surdos.
- The dancer.
- Black.
- O filme surdo de Beethoven.
- O segredo de Beethoven.
- Los amigos.
- Querido Frankie.
- Tortura silenciosa.
- And now tomorrow.
- Cop Land.
- And your name is Jonah.
- Sweet nothing in my ear.
- Personal Effects.

FONTE: Disponível em: <<http://atividadeparaeducacaoespecial.com/inclusao-sugestoes-de-filmes-na-area-da-educacao-especial>>. Acesso em: 16 set. 2016.

RESUMO DO TÓPICO 2

Neste tópico, vimos que:

- Deficiência auditiva ou perda auditiva é o nome geral atribuído à diminuição da sensibilidade auditiva.
- A classificação da perda auditiva se dá conforme a incapacidade de se ouvir os sons:
 - o Perda auditiva leve.
 - o Perda auditiva moderada.
 - o Perda auditiva severa.
 - o Perda auditiva profunda.
- A proporção da dificuldade da aquisição da língua oral é proporcional ao grau da deficiência: quanto mais agudo o grau de deficiência auditiva, maior a dificuldade de aquisição da linguagem. Por isso, “para os alunos com perda auditiva severa ou surdez, a aquisição da Língua Brasileira de Sinais é fundamental para a comunicação com os demais e para o processo de alfabetização inicial. Isso garante a inclusão mais efetiva dos alunos” (AMPUDIA, 2011b, s.p.).



1 Ao final deste tópico, propomos que você faça um quadro-resumo e de revisão com as seguintes informações:

- Causas da deficiência auditiva.
- Graus de deficiência auditiva.
- O que se ouve, conforme a gravidade da perda de audição.

2 (ENADE 2014) Na formação de classes de determinado ano letivo, identificou-se a matrícula de aluno surdo que usa a LIBRAS para a comunicação e o bilinguismo como opção familiar para sua educação. Assim, a equipe da escola (gestores, docentes e funcionários) envolveu-se para compreender a surdez, as abordagens educacionais para o ensino do aluno surdo e também para criar condições favoráveis ao atendimento desse aluno.

Além disso, a equipe mobilizou-se para garantir-lhe todos os direitos, tendo em vista que

- a) A Lei nº 10.436/2002 reconhece os surdos como sujeitos de direito e, em função de sua comunicação, possuidores de uma cultura diferenciada; reconhece, ainda, a LIBRAS como meio legal de comunicação e expressão, da mesma forma que outros recursos de expressão a ela associados.
- b) O bilinguismo é visto, hoje, como abordagem privilegiada para a educação do surdo, pois visa capacitá-lo na utilização de duas línguas: a língua de sinais (principal meio de comunicação) e a língua escrita da comunidade em que vive.

Nesse cenário, entre as ações que podem favorecer a aprendizagem desse aluno surdo e garantir seu direito à educação, incluem-se as de:

- I- Disponibilizar materiais a promover atividades em LIBRAS para os alunos não surdos.
- II- Convencer a família a optar pelo oralismo como forma de o aluno aproximar-se ao máximo da língua falada pela maioria dos alunos da escola.
- III- Envolver a turma em que o aluno surdo está matriculado e demais alunos da escola na aprendizagem de LIBRAS.
- IV- Providenciar a transferência do aluno para uma escola que atenda a comunidade surda, pois uma escola especializada é mais adequada ao seu processo de ensino-aprendizagem.



Assista ao vídeo de
resolução da questão 2



É correto apenas o que se afirma em:

- a) I e III
- b) I e IV
- c) II e III
- d) I, II e IV
- e) II, III, IV.

3 Atitudes simples do professor podem facilitar a aprendizagem do aluno surdo. Dentre as alternativas abaixo, assinale a alternativa CORRETA sobre a postura do professor, nestes casos:

- a) O uso de recursos visuais facilitam a compreensão do aluno surdo sobre os temas abordados.
- b) Deixar este aluno sentado nas primeiras carteiras é muito importante.
- c) Permita a leitura orofacial. Por isso, fale em direção ao aluno surdo.
- d) Todas as alternativas acima estão corretas.

DEFICIÊNCIA FÍSICA

1 INTRODUÇÃO

A Deficiência Física é caracterizada pelo comprometimento de uma ou mais partes do corpo humano, conforme a área cerebral afetada.

De acordo com o grau das lesões, a pessoa com deficiência física pode desenvolver outras dificuldades também, como na linguagem, por exemplo. Estes detalhes, bem como os tipos, as causas desta deficiência, estudaremos neste tópico. Ainda veremos sobre a legislação vigente que garante os direitos e o atendimento pedagógico das pessoas com deficiência física.

2 DEFICIÊNCIA FÍSICA: O QUE É?

No Decreto nº 3.298, de 1999, da legislação brasileira, encontra-se este conceito de deficiência física:

Art. 4^a – Deficiência Física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano acarretando o comprometimento da função física, apresentado sob forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência do membro, paralisia cerebral, membros com deformidades congênicas ou adquiridas, exceto as deformidades estéticas e que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 1999, p. 23).

Ampudia (2016, s.p.) descreve a deficiência física como complicação que leva “à limitação da mobilidade e da coordenação geral, podendo também afetar a fala, em diferentes graus”. São variadas as causas, “lesões neurológicas e neuromusculares até má-formação congênita ou condições adquiridas, como hidrocefalia (acúmulo de líquido na caixa craniana) ou paralisia cerebral” (AMPUDIA, 2016, s.p.).

As crianças com deficiência física, em geral, têm dificuldades para escrever, em função do comprometimento da coordenação motora. O aprendizado pode se tornar um pouco lento, mas, exceto nos casos de lesão cerebral grave, a linguagem é adquirida sem grandes empecilhos (AMPUDIA, 2016, s.p.).

O Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, enumera os principais tipos de deficiência física: paraplegia, perda total das funções motoras dos membros inferiores; tetraplegias, perda total da função motora dos quatro membros, e hemiplegia, perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo. O decreto relaciona ainda as amputações, os casos de paralisia cerebral e as ostomias (aberturas abdominais para uso de sondas).

FIGURA 52 – TIPOS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

Tipo	Definição
 Paraplegia	 Perda total das funções motoras dos membros inferiores.
 Paraparesia	 Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores.
 Monoplegia	 Perda total das funções motoras de um só membro (inferior ou posterior)
 Monoparesia	 Perda parcial das funções motoras de um só membro (inferior ou posterior)
 Tetraplegia	 Perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores.
 Tetraparesia	 Perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores.
 Triplegia	 Perda total das funções motoras em três membros.
 Triparesia	 Perda parcial das funções motoras em três membros.
 Hemiplegia	 Perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo)
 Hemiparesia	 Perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo)
 Amputação	 Perda total ou parcial de um determinado membro ou segmento de membro.
 Paralisia Cerebral	 Lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental.
 Ostomia	 Intervenção cirúrgica que cria um ostoma (abertura, ostio) na parede abdominal para adaptação de bolsa de coleta; processo cirúrgico que visa à construção de um caminho alternativo e novo na eliminação de fezes e urina para o exterior do corpo humano (colostomia: ostoma intestinal; urostomia: desvio urinário).

FONTE: Disponível em: <http://www.deficienteonline.com.br/deficiencia-fisica-tipos-e-definicoes___12.html>. Acesso em: 19 de set. 2016.

“Dependendo da área do cérebro afetada, a pessoa com deficiência física pode também apresentar dificuldades na aquisição da linguagem, na leitura, na escrita, na percepção espacial e no reconhecimento do próprio corpo” (AMPUDIA, 2016, s.p.). Estes detalhes estudaremos neste terceiro tópico.

As causas da deficiência física são variadas e, conforme Brasil, (2006, p. 22), podem ser:

Pré-natais: como problemas durante a gestação, perinatais ocasionadas por problemas respiratórios na hora do nascimento;

Pós-natais: como parada cardíaca, infecção hospitalar, doenças infectocontagiosas, traumatismo ocasionado por queda forte;

Paralisia cerebral: por prematuridade, anóxia perinatal, desnutrição materna, rubéola, toxoplasmose, trauma de parto, subnutrição;

Hemiplegias: por acidente vascular cerebral, aneurisma cerebral, tumor cerebral;

Lesão medular: por ferimento por arma de fogo, ferimento por arma branca, acidentes de trânsito, mergulho em águas rasas, traumatismos diretos, quedas, processos infecciosos, processos degenerativos e outros.

Amputações: causas vasculares, traumas, malformações congênitas, causas metabólicas e outras.

Febre reumática – doença grave que pode afetar o coração;

Câncer.

Miastenias graves (consistem num grave enfraquecimento muscular sem atrofia).

Conforme Silveira e Nascimento (2013), o comprometimento do aparelho locomotor se dá conforme a sua causa. Pode atingir o sistema osteoarticular, muscular ou o nervoso. Por isso, os comprometimentos físicos podem compreender desde um leve cambalear no andar, a necessidade de muletas ou, nos casos mais graves, o uso de cadeira de rodas. Poderá haver ainda dificuldades de linguagem, dificuldades visuais ou auditivas, gerando uma certa dependência para atividades diárias, como de higiene, alimentação e escrita.

FIGURA 53 – EXEMPLOS DE COMPROMETIMENTOS FÍSICOS



FONTE: Disponível em: <<http://www.revistahcsm.coc.fiocruz.br/compaixao-piedade-e-deficiencia-fisica/>>. Acesso em: 19 set. 2016.

3 ATENDIMENTO PEDAGÓGICO AO ALUNO COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Paulina (2006, s.p.) nos traz algumas sugestões de atividades e estratégias para facilitar o dia a dia do aluno com deficiência física na escola. O primeiro ponto destacado é a questão do bem-estar físico. Para tal, sugere que o professor “procure saber sobre o histórico pessoal e escolar do aluno com deficiência”, informando-se com a família e o médico do aluno, para detalhes sobre “o estado de saúde e quais os efeitos dos remédios que ele está tomando. Esse conhecimento é a base para sugerir qualquer atividade que exija esforço físico” (PAULINA, 2006, s.p.). Afinal, os exercícios podem, por exemplo, intervir no efeito dos medicamentos

Para ajudar a criança com deficiência física nas habilidades sociais, Paulina (2006, s.p.) sugere a escolha de atividades relacionadas “às exigências diárias, como deitar, sentar e levantar-se, arremessar e pegar objetos, parar e mudar de direção”. Para isso, “proponha jogos nos quais o aluno faça escolhas (passar por cima ou por baixo de cordas ou elásticos), para que ele perceba o controle que pode ter sobre o corpo” (PAULINA, 2006, s.p.). É fundamental, também, o uso de material adaptado à criança e material concreto, como lousa com letras magnéticas para estimular e facilitar a formação de palavras e a memorização.

É importante estimular o contato da criança com deficiência com os colegas, “permitindo a troca de ideias, a expressão de emoções e o contato físico para auxiliar nas diversas atividades”, conforme Paulina (2016, s.p.).

Ampudia (2016, s.p.) também colabora com a questão: “para facilitar a mobilidade dos alunos nas atividades desenvolvidas em sala, pode-se utilizar tecnologias assistivas ou aumentativas, como engrossadores de lápis, apoios para os braços, tesouras adaptadas e quadros magnéticos”. O autor destaca ainda que os alunos podem demorar mais para realizar determinadas atividades.

FIGURA 54 – EXEMPLO DE MATERIAL ADAPTADO



FONTE: Disponível em: <<http://novaescola.org.br/conteudo/376/a-inclusao-de-criancas-com-deficiencia-fisica>>. Acesso em: 19 set. 2016.

Além das atividades pedagógicas em sala, é importante também pensar a estrutura do prédio da escola. Ampudia (2016, s.p.) chama a atenção para as “rampas, elevadores (quando necessário), corrimões e banheiros adaptados atendem às crianças com diferentes dificuldades de locomoção”. A Associação Brasileira de Normas Técnicas, em seu documento NBR 9050 - Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos”, define os padrões ideais para acessibilidade em prédios e edificações.

Alguns alunos com deficiência física podem requerer cuidados especiais na hora de ir ao banheiro, necessitando de um acompanhante. Nos casos de hidrocefalia, é preciso que o professor observe o aparecimento de sintomas como vômitos e dores de cabeça, que podem significar problemas com a válvula implantada na cabeça da criança para conter o acúmulo de líquido (AMPUDIA, 2016, s.p.).



ESCOLA INCLUSIVA

“Em escolas projetadas para todos, a altura do mobiliário, o espaço entre as estantes e as mesas, a localização de bebedouros, o tipo de piso, as cores dos ambientes e outros cuidados garantem que as pessoas, não só com deficiência, possam se locomover com segurança e autonomia”.

Esta é a chamada do material disponível no Portal Nova Escola, que já indicamos na Unidade 1. Se você ainda não viu, vale a pena conferir o infográfico sobre como adaptar a escola de forma inclusiva. Acesse: <<https://gestaoescolar.org.br/conteudo/793/escola-inclusiva>>.





O sítio eletrônico Atividades para Educação Especial relacionou uma série de filmes sobre o tema deficiência física. Veja algumas sugestões:

- Ferrugem e Osso.
- Espíritos indômitos.
- Amargo regresso.
- Carne trêmula.
- Feliz ano velho.
- Nascido em 4 de julho.
- O óleo de Lorenzo.
- O Homem Elefante.
- The Other Side of the Mountain.
- Uma janela para o céu (Parte 1 e 2).
- Dr. Fantástico.
- Johnny vai à guerra.
- Meu pé esquerdo.
- Inside I'm Dancing.
- The Best Years of Our Lives.
- Mar adentro.
- Murderball.
- As sessões.
- Intocáveis.
- Gabi, uma história verdadeira.

FONTE: Disponível em: <<http://atividadeparaeducacaoespecial.com/inclusao-sugestoes-de-filmes-na-area-da-educacao-especial>>. Acesso em: 16 set. 2016.



Para saber mais, acesse a "NBR 9050, Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos". Ela é bem interessante!

<<http://www.ufpb.br/cia/contents/manuais/abnt-nbr9050-edicao-2015.pdf>>.

RESUMO DO TÓPICO 3

Neste tópico, vimos que:

- A deficiência física é uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano. Dependendo da área do cérebro afetada, a pessoa com deficiência física pode também apresentar dificuldades na aquisição da linguagem, na leitura, na escrita, na percepção espacial e no reconhecimento do próprio corpo.
- São variadas as causas: lesões neurológicas e neuromusculares até má-formação congênita ou condições adquiridas, como hidrocefalia (acúmulo de líquido na caixa craniana) ou paralisia cerebral.
- Para facilitar a aprendizagem de alunos com esta deficiência, além de adaptar materiais para a sala de aula, é importante também pensar a estrutura do prédio da escola.



- 1 Ao final deste tópico, sugerimos que você analise seu local de trabalho ou de estudo, ou, sendo professor, sua escola. Relacione que adaptações são necessárias que se faça para facilitar o livre acesso de deficientes físicos.

- 2 Assinale a alternativa correta relacionada a algumas causas da deficiência física:
 - a) Pré-natais, pós-natais, paralisia cerebral, lesão medular.
 - b) Pré-natais, paralisia cerebral, lesão medular e hepatite.
 - c) Pré-natais, pós-natais, paralisia cerebral, câncer e otite.
 - d) Pós-natais, paralisia cerebral, lesão medular e cirrose.

- 3 Em função do comprometimento da coordenação motora, em geral, as crianças com deficiência física, têm dificuldades em:
 - a) Ler.
 - b) Interpretar.
 - c) Escrever.
 - d) Soletrar.

- 4 Há vários tipos de Deficiência Física. Relacione as colunas entre tipos e definições, assinalando a sequência correta das informações:

Tipos:

- I – Paraplegia.
- II- Monoplegia.
- III – Monoparesia.
- IV – Tetraplegia.

Definições:

- () Perda total das funções motoras de um só membro.
- () Perda total das funções motoras dos membros inferiores.
- () Perda total das funções motoras dos membros inferiores e superiores.
- () Perda parcial das funções motoras de um só membro.

- a) I, II, III, IV
- b) II, I, III, IV
- c) IV, III, II, I
- d) II, I, IV, III.

DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA

1 INTRODUÇÃO

“A deficiência múltipla é a ocorrência de duas ou mais deficiências simultaneamente, sejam deficiências intelectuais, físicas ou ambas combinadas. As causas são variadas, mas, seguem a linha de pré-natais, por má-formação congênita e por infecções virais como rubéola ou doenças sexualmente transmissíveis, que também podem causar deficiência múltipla em indivíduos adultos, quando não tratadas” (AMPUDIA, 2011c, s.p.).

As características de desenvolvimento de cada criança com deficiência múltipla são igualmente variáveis, bem como as suas dificuldades. Conheceremos mais detalhes a seguir.

2 DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA: O QUE É?

O Ministério da Educação publicou um interessante material pedagógico sobre este tema, intitulado Saberes e práticas da inclusão: dificuldades acentuadas de aprendizagem – deficiência múltipla. Neste material, define-se o termo deficiência múltipla como utilizado, frequentemente, “para caracterizar o conjunto de duas ou mais deficiências associadas, de ordem física, sensorial, mental, emocional ou de comportamento social” (BRASIL, 2006a, p. 11). É alerta que “não é o somatório dessas alterações que caracteriza a múltipla deficiência, mas sim o nível de desenvolvimento, as possibilidades funcionais, de comunicação, interação social e de aprendizagem que determinam as necessidades educacionais dessas pessoas” (BRASIL, 2006a, p. 11).

De acordo com Brasil (2006a), o avanço no processo de desenvolvimento destas crianças compreende uma ação conjunta maior, entre educação, saúde e assistência social.

Essas ações integradas de educação, saúde e assistência social são essenciais e imprescindíveis para que as necessidades educativas específicas sejam atendidas, mas não justificam o afastamento ou o atendimento educacional segregado. Não se trata, no entanto, de a escola assumir ou desenvolver um trabalho terapêutico ou excessivamente especializado, mas significa adequar as atividades pedagógicas às necessidades particulares de cada criança, permitindo,

assim, sua participação em todas as atividades desenvolvidas no espaço escolar para uma efetiva promoção do processo de desenvolvimento e aprendizagem na classe comum. (BRASIL, 2006a, p. 12)

Ampudia (2011c, s.p.) confirma a importância desses estímulos. Conforme o autor, e de acordo com a Associação Brasileira de Pais e Amigos dos Surdocegos e dos Múltiplos Deficientes Sensoriais (ABRAPASCEM), “o modo como cada deficiência afetará o aprendizado de tarefas simples e o desenvolvimento da comunicação do indivíduo varia de acordo com o grau de comprometimento propiciado pelas deficiências”, de acordo com os estímulos que se receberá ao longo da vida.



Essas informações são gerais e de cunho informativo. Não dispensam o diagnóstico de um médico, profissional habilitado e com recursos para análise, diagnóstico, ajuda e tratamento.

2.1 TIPOS DE MÚLTIPLA DEFICIÊNCIA

Conforme material específico do Ministério da Educação para a Deficiência Múltipla, temos estas dimensões classificatórias:

- **Física e psíquica:** associa a deficiência física à deficiência intelectual; associa a deficiência física a transtornos mentais.
- **Sensorial e psíquica:** engloba a deficiência auditiva associada à deficiência intelectual; a deficiência visual à deficiência intelectual; a deficiência auditiva a transtornos mentais; perda visual a transtorno mental.
- **Sensorial e física:** associa a deficiência auditiva à deficiência física; a deficiência visual à deficiência física.
- **Física, psíquica e sensorial:** traz a deficiência física associada à deficiência visual e à deficiência intelectual; a deficiência física associada à deficiência auditiva e à deficiência intelectual; a deficiência física associada à deficiência auditiva e à deficiência visual (BRASIL, 2001, p. 15).

2.2 CAUSAS DA DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA

As causas da deficiência múltipla podem ser pré-natal, perinatal e pós-natal. Vamos estudar um pouco mais sobre elas:

- Causas no pré-natal: eritroblastose fetal (incompatibilidade de RH), microcefalia, citomegalovírus, herpes, sífilis, AIDS, toxoplasmose, drogas, álcool, rubéola congênita, e síndromes, como Charge, Lennox-Gastaut, etc.

- Causas perinatais: (nascimento ou imediatamente após): prematuridade, falta de oxigênio, medicação ototóxica (podem danificar a audição), icterícia.
- Causas pós-natais: efeitos colaterais de tratamentos (ex: oxigenoterapia, antibioticoterapia), acidentes, sarampo, caxumba, meningite, etc. Podem ser também acrescentadas situações ambientais causadoras de múltipla deficiência, como acidentes e traumatismos cranianos, intoxicação química, irradiações, tumores, entre outros (BRASIL, 2004).

3 ATENDIMENTO PEDAGÓGICO AO ALUNO COM DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA

De acordo com Brasil (2001, p. 13): “A causa mais frequente de deficiência múltipla é a paralisia cerebral, que compromete a postura e mobilidade, limitando os movimentos”, por isso, as maiores necessidades da pessoa com deficiência múltipla são médicas e físicas. Consequentemente, possuem necessidades de afeto, atenção, de desenvolver relações sociais e afetivas, e de estabelecer uma relação de confiança. O que interfere diretamente na questão educacional, em relação ao espaço e sua inserção nele. Logo, “as necessidades educativas são devido a limitações no acesso ao ambiente; a dificuldades em dirigir atenção para estímulos relevantes e as dificuldades na interpretação da informação” (BRASIL, 2001, p. 13)

Alonso apud Ampudia (2011c, s.p.) nos diz que “mais do que a somatória de deficiências, é preciso levar em conta que há consequências nos diversos aspectos do desenvolvimento da criança que influenciam diretamente sua maneira de conhecer o mundo externo e desenvolver habilidades adaptativas”. A orientação aos educadores deve ser feita caso a caso, conforme os tipos e o grau de comprometimento do aluno.

O mais importante é “ficar atento às competências do aluno com deficiência múltipla, usando estimulação sensorial e buscando formas variadas de comunicação, para identificar a maneira mais favorável de interagir com o aluno”, segundo Alonso apud Ampudia (2011c. s.p.).

FIGURA 55 – A INTERAÇÃO DO ALUNO COM DEFICIÊNCIA É FUNDAMENTAL PARA SEU DESENVOLVIMENTO



FONTE: Disponível em: <<http://acervo.novaescola.org.br/formacao/escola-barreiras-495635.shtml>>. Acesso em: 19 set. 2016.



A imagem acima é do aluno João. Ele estuda na Escola Coronel Epifânio Mendes Mourão, em São Gonçalo do Pará, a 118 quilômetros de Belo Horizonte. A professora dele, Amanda Rafaela Silva, procurou a direção e a coordenação pedagógica quando soube que receberia João Vitor Silva, sete anos, com deficiência múltipla, em sua turma de Educação Infantil. Conheça mais sobre a história deles, e de como sua aprendizagem foi desenvolvida, em: <<http://acervo.novaescola.org.br/formacao/escola-barreiras-495635.shtml>>.



O sítio eletrônico "Atividades para Educação Especial" relacionou uma série de filmes sobre o tema deficiência múltipla. Veja algumas sugestões:

- Amy.
- O escafandro e a borboleta.
- O milagre de Helen Keller.
- Cegos, surdos e loucos.
- Sob suspeita.
- Uma lição de amor.
- Experimentando a vida.
- Black.
- Borboletas de Zagorsk.

FONTE: Disponível em: <<http://atividadeparaeducacaoespecial.com/inclusao-sugestoes-de-filmes-na-area-da-educacao-especial>>. Acesso em: 16 set. 2016.

RESUMO DO TÓPICO 4

Neste tópico, vimos que:

- O termo deficiência múltipla é utilizado, frequentemente, para caracterizar o conjunto de duas ou mais deficiências, podendo ser física, sensorial, mental, emocional ou de comportamento social, de acordo com o nível de desenvolvimento da pessoa e suas possibilidades de comunicação e interação.
- As causas da deficiência múltipla podem ter origem no pré-natal, perinatal e pós-natal.



1 Assinale a alternativa com a causa mais comum da deficiência múltipla:

- a) Insuficiência renal
- b) Paralisia cerebral
- c) Paralisia respiratória
- d) Mobilidade reduzida

2 São causas pós-natais da Deficiência Múltipla:

- a) Álcool e drogas.
- b) Acidentes, sarampo, meningite.
- c) Intoxicação alimentar e herpes.
- d) Falta de oxigênio e rubéola.

3 Há vários tipos de Deficiências Múltiplas. A associação da deficiência física à auditiva e da deficiência visual à deficiência física, é chamada de:

- a) Sensorial e Física.
- b) Sensorial e Psíquica.
- c) Física e Psíquica.
- d) Nenhuma das alternativas acima.

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

1 INTRODUÇÃO

Muita gente confunde deficiência intelectual e doença mental, mas são duas coisas bem diferentes.

Na deficiência intelectual a pessoa tem um atraso no seu desenvolvimento, dificuldades para aprender e realizar tarefas do dia a dia e interagir com o meio em que vive. “Ou seja, existe um comprometimento cognitivo, que acontece antes dos 18 anos, e que prejudica suas habilidades adaptativas” (FONSECA et al., 2014, p. 5).

“Já a doença mental relaciona uma série de condições que causam alteração de humor e comportamento e podem afetar o desempenho da pessoa na sociedade. Essas alterações acontecem na mente da pessoa e causam uma alteração na sua percepção da realidade” (MANTOAN, 1997, p. 15). Considerada uma doença psiquiátrica, deve ser tratada por um psiquiatra, com uso de medicamentos específicos para cada situação. Por isso, se diz que “a deficiência mental não se esgota na sua condição orgânica e/ou intelectual e nem pode ser definida por um único saber. Ela é uma interrogação e objeto de investigação de inúmeras áreas do conhecimento” (MANTOAN, 1997, p. 15).

Enfim, caro acadêmico, veremos neste tópico que a deficiência intelectual constitui um impasse para o ensino na escola comum e para a definição do seu atendimento especializado, pela complexidade do seu conceito e pela grande quantidade e variedade de suas abordagens.

2 DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: O QUE É?

Ampudia (2011d, s.p.) nos dá uma noção geral da deficiência intelectual:

Pessoas com deficiência intelectual ou cognitiva costumam apresentar dificuldades para resolver problemas, compreender ideias abstratas (como as metáforas, a noção de tempo e os valores monetários), estabelecer relações sociais, compreender e obedecer a regras, e realizar atividades cotidianas, por exemplo, as ações de autocuidado.

Após esta definição, para termos uma abrangência sobre a deficiência, é interessante conhecermos o dado do Instituto Inclusão Brasil citado por Ampudia

(2011d, s.p.) que: “Estima que 87% das crianças brasileiras com algum tipo de deficiência intelectual têm mais dificuldades na aprendizagem escolar e na aquisição de novas competências, se comparadas a crianças sem deficiência”, ainda conforme Ampudia (2011d): “Mesmo assim, é possível que a grande maioria alcance certa independência ao longo do seu desenvolvimento. Apenas os 13% restantes, com comprometimentos mais severos, vão depender de atendimento especial por toda a vida”, completa o autor.

Em uma definição mais específica, citamos parte do material do sítio eletrônico da APAE (Associação de Pais e Amigos de Excepcionais) de São Paulo (s.d., s.p.). Eles destacam o que a Associação Americana sobre Deficiência Intelectual do Desenvolvimento (AAIDD) traz sobre a Deficiência Intelectual, que:

Caracteriza-se por um funcionamento intelectual inferior à média (QI), associado a limitações adaptativas em pelo menos duas áreas de habilidades (comunicação, autocuidado, vida no lar, adaptação social, saúde e segurança, uso de recursos da comunidade, determinação, funções acadêmicas, lazer e trabalho), que ocorrem antes dos 18 anos de idade.

“A capacidade de argumentação desses alunos também pode ser afetada e precisa ser devidamente estimulada para facilitar o processo de inclusão e fazer com que a pessoa adquira independência em suas relações com o mundo” (APAE SÃO PAULO, s.d., s.p.). Porque, muitas vezes, no dia a dia, além de ter dificuldade em aprender, entender e realizar atividades comuns para as outras pessoas, geralmente, essa pessoa se comporta como se tivesse menos idade do que realmente tem.

2.1 AS CAUSAS DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Ampudia (2011d, s.p.) nos revela que “as causas são variadas e complexas, sendo a genética a mais comum, assim como as complicações perinatais, a má-formação fetal ou problemas durante a gravidez”. Além disso, a desnutrição severa e o “envenenamento por metais pesados durante a infância também podem acarretar problemas graves para o desenvolvimento intelectual” (AMPUDIA, 2011d, s.p.).

A APAE de São Paulo (s.d.) destaca:

Causas pré-natais

- Fatores genéticos: alterações cromossômicas (numéricas ou estruturais) provocam Síndrome de Down, entre outras; alterações gênicas (erros inatos do metabolismo) provocam fenilcetonúria, entre outras.
- Fatores que afetam o complexo materno-fetal: tabagismo, alcoolismo, consumo de drogas, efeitos colaterais de medicamentos teratogênicos

(capazes de provocar danos nos embriões e fetos); doenças maternas crônicas ou gestacionais (como diabetes mellitus); doenças infecciosas na mãe, que podem comprometer o feto: sífilis, rubéola, toxoplasmose; desnutrição materna.

Causas perinatais

- Fatores que incidem do início do trabalho de parto até o 30º dia de vida do bebê: hipóxia ou anóxia (oxigenação cerebral insuficiente); prematuridade e baixo peso: Pequeno para Idade Gestacional (PIG); icterícia grave do recém-nascido (kernicterus).

Causas pós-natais

- Fatores que incidem do 30º dia de vida do bebê até o final da adolescência: desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação global; infecções: meningites, sarampo; intoxicações exógenas: envenenamentos provocados por remédios, inseticidas, produtos químicos como chumbo, mercúrio etc.
- Acidentes: trânsito, afogamento, choque elétrico, asfixia, quedas etc.

FONTE: APAE São Paulo (s.d., s.p.)

2.2 PRINCIPAIS TIPOS DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

De acordo com a APAE São Paulo (s.d.), entre os fatores que podem causar a deficiência intelectual destacam-se, principalmente, as alterações cromossômicas e gênicas, que causam desordens do desenvolvimento embrionário ou outros distúrbios estruturais e funcionais que reduzem a capacidade do cérebro. Assim, classificamos agora as principais incidências da deficiência intelectual, fornecendo informações gerais. Outras síndromes estudaremos na próxima unidade.

Síndrome de Down:

alteração genética que ocorre na formação do bebê, no início da gravidez. O grau de deficiência intelectual provocado pela síndrome é variável, e o coeficiente de inteligência (QI) pode variar e chegar a valores inferiores a 40. A linguagem fica mais comprometida, mas a visão é relativamente preservada. As interações sociais podem se desenvolver bem, no entanto podem aparecer distúrbios como hiperatividade, depressão, entre outros (APAE SÃO PAULO, s.d., s.p.).

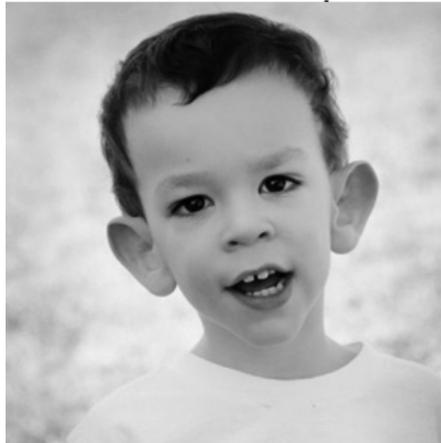
FIGURA 56– EXEMPLO DE CRIANÇA COM SÍNDROME DE DOWN



FONTE: Disponível em: <<https://ibabcanalisesclinicas.wordpress.com/2015/03/21/sindrome-de-down-um-individuo-normal-que-precisa-de-alguns-cuidados-a-mais/>>. Acesso em: 24 set. 2016.

Síndrome do X-Frágil: “alteração genética que provoca atraso mental. A criança apresenta face alongada, orelhas grandes ou salientes, além de comprometimento ocular e comportamento social atípico, principalmente timidez” (APAE SÃO PAULO, s.d., s.p.).

FIGURA 57 – EXEMPLO DE CRIANÇA COM SÍNDROME DO X-FRÁGIL



FONTE: Disponível em: <<http://joseofmecar.blogspot.com.br/2013/10/sindrome-do-x-fragil-uma-sindrome-com.html>>. Acesso em: 24 set. 2016

Síndrome de Prader-Willi: “O quadro clínico varia de paciente a paciente, conforme a idade. No período neonatal, a criança apresenta severa hipotonia muscular, baixo peso e pequena estatura” (APAE SÃO PAULO, s.d., s.p.). Por volta dos dois anos de idade surge a obesidade, com a vontade constante e exagerada por comida. “Em geral a pessoa apresenta problemas de aprendizagem e dificuldade para pensamentos e conceitos abstratos” (APAE SÃO PAULO, s.d., s.p.).

FIGURA 58 – EXEMPLO DE CRIANÇAS COM SÍNDROME DE PRADER-WILLI



FONTE: Disponível em: <<http://criancaesaude.com.br/especialistas/drmmrangel/criancas-com-sindrome-de-prader-willi-e-as-queixas-ortopedicas>>. Acesso em: 24 set. 2016.

Síndrome de Angelman: APAE São Paulo (s.d., s.p.) aponta que essa síndrome é um “distúrbio neurológico que causa deficiência intelectual, comprometimento ou ausência de fala, epilepsia, atraso psicomotor, andar desequilibrado, com as pernas afastadas e esticadas, sono entrecortado e difícil, alterações no comportamento, entre outras”. Algumas características faciais distintivas: boca grande com protusão da língua, queixo proeminente, lábio superior fino, dentes espaçados e redução da pigmentação cutânea, com pele mais clara do que o padrão familiar e maior frequência de cabelos finos e loiros e olhos claros.

FIGURA 59 – EXEMPLO DE CRIANÇA COM SÍNDROME DE ANGELMAN



FONTE: Disponível em: <<http://artedeeducareducacaoemquestao.blogspot.com.br/2014/11/sindrome-de-angelman.html>>. Acesso em: 24 set. 2016.

Síndrome de Williams: “alteração genética que causa deficiência intelectual de leve a moderada. A pessoa apresenta comprometimento maior da capacidade visual e espacial em contraste com um bom desenvolvimento da linguagem oral e na música” (APAE SÃO PAULO, s.d., s.p.). Tem como característica a “face de gnomo ou fadinha”, nariz pequeno e empinado, cabelos encaracolados, lábios cheios, dentes pequenos e sorriso frequente.

FIGURA 60 – EXEMPLO DE CRIANÇA COM SÍNDROME DE WILLIAMS



FONTE: Disponível em: <<http://www.papodeamor.com.br/como-lidar-com-a-sindrome-de-williams-na-escola/>>. Acesso em: 24 set. 2016.

Erros inatos de metabolismo (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito etc.):

Alterações metabólicas, em geral enzimáticas, que normalmente não apresentam sinais nem sintomas sugestivos de doenças. São detectadas pelo Teste do Pezinho, e quando tratadas adequadamente, podem prevenir o aparecimento de deficiência intelectual. Alguns achados clínicos ou laboratoriais que sugerem esse tipo de distúrbio metabólico: falha de crescimento adequado, doenças recorrentes e inexplicáveis, convulsões, ataxia, perda de habilidade psicomotora, hipotonia, sonolência anormal ou coma, anormalidade ocular, sexual, de pelos e cabelos, surdez inexplicada, acidose láctea e/ou metabólica, distúrbios de colesterol, entre outros (APAE SÃO PAULO, s.d., s.p.).



Essas informações são gerais e de cunho informativo. Não dispensam o diagnóstico de um médico, profissional habilitado e com recursos para análise, diagnóstico, ajuda e tratamento.

3 ATENDIMENTO PEDAGÓGICO AO ALUNO COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Segundo a psicopedagoga especialista em Inclusão, Daniela Alonso apud Ampudia (2011d, s.p.), “as limitações impostas pela deficiência dependem muito do desenvolvimento do indivíduo nas relações sociais e de seus aprendizados, variando bastante de uma criança para outra”, e se sua deficiência intelectual está atrelada a outra dificuldade, como uma síndrome.

Em geral, a deficiência intelectual traz mais dificuldades para que a criança interprete conteúdos abstratos. Isso exige estratégias diferenciadas por parte do professor, que diversifica os modos de exposição nas aulas, relacionando os conteúdos curriculares a situações do cotidiano, e mostra exemplos concretos para ilustrar ideias mais complexas [...]. O professor é capaz de identificar rapidamente o que o aluno não é capaz de fazer. O melhor caminho para se trabalhar, no entanto, é identificar as competências e habilidades que a criança tem (ALONSO apud AMPUDIA, 2011d, s.p.).

Sugerir atividades paralelas a conteúdos mais simples ou diferentes não assinala uma situação de inclusão. É preciso direcionar o conteúdo com relação às formas de exposição, flexibilizando “o tempo para a realização das atividades, usando estratégias diversificadas, como a ajuda dos colegas de sala, o que também contribui para a integração e para a socialização do aluno” (AMPUDIA, 2016d, s.p.). Assim, foca-se nas habilidades dos alunos e não somente em suas dificuldades.

É importante também a mediação do professor e dos pais destes alunos, no que diz respeito à disciplina, regras e organização da rotina. Falar para a criança com deficiência intelectual, antes das atividades, o que será necessário para realizar determinada tarefa e quais etapas devem ser seguidas é fundamental para criar uma sequência de ações e a confiança da criança em sua capacidade de realizar determinadas atividades. Elogiá-la ao conseguir fazer também é importante para sua autoestima.

Demais ações, como adaptação física da sala de aula e da escola, adaptações de material pedagógico e curricular devem ser realizadas conforme o grau de comprometimento do aluno, e conforme alguma dificuldade associada, no caso de eventual síndrome.



O sítio eletrônico Atividades para Educação Especial relacionou uma série de filmes sobre o tema deficiência intelectual. Veja algumas sugestões:

- City Down.
- Forrest Gump, o contador de histórias.
- Gaby, uma história verdadeira.
- Gilbert Grape – Aprendiz de sonhador.
- Meu filho, meu mundo.
- Benny & Joon: Corações em conflito.
- Dominick and Eugene (Nicky and Gino).
- O enigma de Kaspar Hauser.
- O guardião de memórias.
- O oitavo dia.
- Simples como amar.
- Uma lição de amor.
- Shine – Brilhante.
- O óleo de Lorenzo.
- Eu me chamo Elisabeth.
- Meu nome é Radio.
- O primeiro da classe.

FONTE: Disponível em: <<http://atividadeparaeducacaoespecial.com/inclusao-sugestoes-de-filmes-na-area-da-educacao-especial>>. Acesso em: 16 set. 2016.

RESUMO DO TÓPICO 5

Neste tópico, vimos que:

- Muita gente confunde deficiência intelectual e doença mental, mas são duas coisas bem diferentes.
- Na deficiência intelectual a pessoa tem um atraso no seu desenvolvimento, um comprometimento cognitivo, que acontece antes dos 18 anos e que prejudica suas habilidades adaptativas.
- Já a doença mental relaciona uma série de condições que causam alteração de humor e comportamento e podem afetar o desempenho da pessoa na sociedade. Considerada uma doença psiquiátrica, deve ser tratada por um psiquiatra, com uso de medicamentos específicos para cada situação.
- As causas são variadas e complexas, sendo a genética a mais comum, assim como as complicações perinatais, a má-formação fetal ou problemas durante a gravidez.



- 1 Nesta unidade apontamos algumas síndromes. Uma mais conhecida, outras nem tanto. Você conhece uma criança com síndrome? Tente lembrar dela e descreva algumas de suas características, comparando as informações aqui descritas com sua visão da criança em questão. Que pontos aqui descritos são perceptíveis na criança que você conhece?

- 2 Sobre as causas da deficiência intelectual, é correto afirmar que estas são causas pré-natais determinantes para sua incidência:
 - a) Prematuridade e baixo peso.
 - b) Desnutrição, desidratação grave, carência de estimulação global.
 - c) Acidentes: trânsito, afogamento, choque elétrico, asfixia, quedas etc.
 - d) Alterações cromossômicas (numéricas ou estruturais) e alterações gênicas.

- 3 Nesta Unidade, estudamos algumas Síndromes ligadas à Deficiência Intelectual. Associe as informações das colunas abaixo, entre tipo e característica de cada síndrome apontada, e, assinale a alternativa que mostra a sequência correta:

Síndrome:

I – Síndrome de Down.

II – Síndrome do X Frágil.

III – Síndrome de Angelman.

IV – Síndrome de Williams.

Característica:

() Acontece no início da gravidez, pode variar o coeficiente de inteligência.

() Alteração genética que provoca atraso mental e face alongada.

() Face de “gomo” ou “fadinha”.

() Comprometimento ou ausência da fala, apesar da boca grande.

- a) I, II, III e IV.
- b) II, I, IV e III.
- c) I, II, IV, III.
- d) III, I, IV e II.

ALTAS HABILIDADES E SUPERDOTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Já estudamos sobre várias deficiências e dificuldades de aprendizagem. Agora, vamos tratar sobre portadores de altas habilidades, ou, como conhecemos popularmente, os superdotados. Estes educandos apresentam desempenho superior em comparação aos demais alunos e têm características específicas, como capacidade intelectual geral, pensamento criativo, talento especial ou capacidade de liderança.

“A Política Nacional de Educação Especial (1994) define como portadores de altas habilidades/superdotados os educandos que apresentarem notável desempenho e elevada potencialidade em qualquer dos seguintes aspectos, isolados ou combinados: capacidade intelectual geral; aptidão acadêmica específica; pensamento criativo ou produtivo; capacidade de liderança; talento especial para artes e capacidade psicomotora” (BRASIL, 2006b, p. 12).

Neste tópico estudaremos um pouco sobre isso, caro acadêmico! Vamos lá? Este é o último tópico de nossa segunda unidade.

2 ALTAS HABILIDADES E SUPERDOTAÇÃO: O QUE É?

Assim como trabalhar com o aluno com dificuldades de aprendizagem tem seus desafios, o aluno com altas habilidades também demanda uma atividade diferenciada de seus pais e professores.

Antes de considerar uma criança superdotada, é preciso lembrar que crianças são muito inteligentes e curiosas. Costa (2009, s.p.) nos diz que:

Elas só serão consideradas superdotadas quando apresentarem uma habilidade muito acima da esperada para a sua idade, ou mesmo um talento único para qualquer idade, pode ser um talento musical apurado, uma grande facilidade para desenho ou outras artes, um raciocínio matemático extremamente rápido etc. Em geral, essa característica é notada pelos pais e pelos professores. O passo seguinte é encaminhar a criança a um psicólogo ou psicopedagogo, que, por meio de testes e de um acompanhamento contínuo por determinado período, fará ou não o diagnóstico de superdotação.

Assim, entende-se por superdotação os padrões de desempenho superior que uma pessoa possa apresentar, quando comparada a grupo de igual faixa etária e contexto social. Estudos estatísticos, segundo Guenther (2003, p. 18), “indicam que aproximadamente 3% a 5% da população apresentam potencial acima da média estimada, em diversos contextos sociais”.

2.1 CARACTERÍSTICAS DO ALUNO COM ALTAS HABILIDADES/ SUPERDOTAÇÃO

Alencar e Fleith apud Brasil (2006b, p. 14) escrevem sobre as altas habilidades e a superdotação. Elas listam uma série de características de alunos com esta classificação. Lembram também que nem todos os alunos vão apresentar todas as características listadas, sendo algumas mais típicas de uma área do que de outras:

- Grande curiosidade a respeito de objetos, situações ou eventos, com envolvimento em muitos tipos de atividades exploratórias.
- Autoiniciativa, tendência a começar sozinho as atividades, a perseguir interesses individuais e a procurar direção própria.
- Originalidade de expressão oral e escrita, com produção constante de respostas diferentes e ideias não estereotipadas.
- Talento incomum para expressão em artes, como música, dança, teatro, desenho e outras.
- Habilidade para apresentar alternativas de soluções, com flexibilidade de pensamento.
- Abertura para a realidade, busca de se manter a par do que o cerca, sagacidade e capacidade de observação.
- Capacidade de enriquecimento com situações-problema, de seleção de respostas, de busca de soluções para problemas difíceis ou complexos.
- Capacidade de julgamento e avaliação superiores, ponderação e busca de respostas lógicas, percepção de implicações e consequências, facilidade de decisão.
- Produção de ideias e respostas variadas, gosto pelo aperfeiçoamento das soluções encontradas.
- Gosto por correr risco em várias atividades.
- Habilidade em ver relações entre fatos, informações ou conceitos aparentemente não relacionados.
- Aprendizado rápido, fácil e eficiente, especialmente no campo de sua habilidade e interesse.

Todas estas possibilidades, aparentemente positivas, podem também desenvolver um tipo de comportamento de muita exigência e autocobrança. Por isso, conforme Alencar e Fleith apud Brasil (2006b, p. 15), em alguns casos pode-se notar estes comportamentos por parte de quem tem as habilidades superdesenvolvidas:

- Necessidade de definição própria.
- Aborrecimento fácil com a rotina.
- Espírito crítico, capacidade de análise e síntese.
- Desejo pelo aperfeiçoamento pessoal, não aceitação de imperfeição no trabalho.
- Rejeição de autoridade excessiva.
- Fraco interesse por regulamentos e normas.
- Senso de humor altamente desenvolvido.
- Alta exigência.
- Persistência em satisfazer seus interesses e questões.
- Sensibilidade às injustiças, tanto em nível pessoal como social.
- Gosto pela investigação e pela proposição de muitas perguntas.
- Comportamento irrequieto, perturbador, importuno.
- Descuido na escrita, deficiência na ortografia.
- Impaciência com detalhes e com aprendizagem que requer treinamento.
- Descuido no completar ou entregar tarefas quando desinteressado.



Essas informações são gerais e de cunho informativo. Não dispensam o diagnóstico de um médico, profissional habilitado e com recursos para análise, diagnóstico, ajuda e tratamento.

3 ATENDIMENTO PEDAGÓGICO AO ALUNO COM ALTAS HABILIDADES OU SUPERDOTAÇÃO

Alencar e Fleith (2001) deixam algumas importantes sugestões para se trabalhar em sala de aula com os alunos muito habilitados ou superdotados:

- Promover projetos independentes, individuais e em pequenos grupos.
- Oferecer atividades de pensamento inventivo.
- Oferecer atividades de exploração (investigação em diferentes áreas do conhecimento).
- Organizar atividades baseadas nos interesses dos estudantes.
- Promover atividades de diversas formas de expressão.
- Resolver problemas reais.
- Resolver problemas do futuro.
- Elaborar oficina de invenções.
- Incentivar a participação em programas e concursos de ciências, letras, artes visuais e plásticas.
- Incentivar a participação em aulas de música, interpretação ou artes visuais.
- Propor estudos aprofundados sobre temas específicos.
- Propor estudo de problemas sociais.
- Desenvolvimento e direção de projetos de investigação.
- Participação em programas extracurriculares.
- Participação em gincanas e olimpíadas.

Como podemos notar, trabalhar com estas crianças exige habilidade do professor também. Geralmente, estas crianças muito habilitadas podem ser desafiantes, como as com necessidades especiais, por algum déficit intelectual. Mantê-las interessadas no processo de aprendizagem requer dedicação, organização e, possivelmente, o desenvolvimento de várias atividades extras, pelo professor.



Vale a pena conhecer um pouco mais sobre o tema:

O MEC tem um material bem interessante sobre a questão: Saberes e Práticas da Inclusão: Desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades educacionais especiais de alunos com Altas Habilidades/Superdotação. Ele pode ser baixado em: <portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/superdotacao.pdf>.

A Revista Nova Escola traz uma reportagem bem interessante sobre o tema: Repletas de necessidades, de Cinthia Rodrigues. Para saber mais, acesse: <<http://acervo.novaescola.org.br/formacao/altas-habilidades-489225.shtml>>.

RESUMO DO TÓPICO 6

Neste tópico, vimos que:

- Por superdotação ou altas habilidades entendem-se os padrões de desempenho superior que uma pessoa possa apresentar, quando comparada a um grupo de igual faixa etária e contexto social. São características de quem possui altas habilidades: grande curiosidade, envolvimento em muitos tipos de atividades exploratórias, autoiniciativa, tendência a começar sozinho as atividades e perseguir interesses individuais, talento incomum para expressão em artes, entre outras.
- Todas estas possibilidades, aparentemente positivas, podem também desenvolver um tipo de comportamento de muita exigência e autocobrança. Alunos assim têm muita necessidade de definição própria, espírito crítico, capacidade de análise e síntese, desejo pelo aperfeiçoamento pessoal e não aceitação de imperfeição no trabalho.



- 1 Na sua opinião, qual a importância de se perceber cedo as altas habilidades de crianças com características de superdotação?
- 2 Assinale a alternativa que demonstra características de alunos com altas habilidades:
 - a) Gosto por correr risco em várias atividades.
 - b) Habilidade em ver relações entre fatos, informações ou conceitos aparentemente não relacionados.
 - c) Não são indecisos, tem facilidade de decisão.
 - d) Todas as alternativas acima estão corretas.
- 3 São atividades que o professor pode desenvolver para seus alunos de altas habilidades:
 - a) Promover projetos independentes, individuais e em pequenos grupos; elaborar oficina de invenções e propor estudos aprofundados sobre temas específicos.
 - b) Evitar atividades de pensamento inventivo e atividades de exploração.
 - c) Organizar atividades com problemas irrealis e problemas do futuro.
 - d) Não incentivar a participação em aulas de música, interpretação ou artes visuais para não potencializar ainda mais as habilidades.



*Assista ao vídeo de
resolução da questão 3*



UNIDADE 3

SÍNDROMES, TRANSTORNOS DA GAMA DO AUTISMO, TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM E COMPORTAMENTO

OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM

A partir desta unidade você será capaz de:

- conhecer melhor algumas síndromes;
- ampliar seus conhecimentos sobre os transtornos da gama do autismo e de transtornos específicos da aprendizagem;
- refletir sobre a questão do preconceito relacionado à pessoa com deficiência;
- conhecer histórias de alunos com deficiência, estudantes do Ensino Superior.

PLANO DE ESTUDOS

Essa Unidade está organizada em três tópicos, sendo que em cada qual há o desafio de aprofundamento através da pesquisa, conforme proposição nas autoatividades, auxiliando para uma maior compreensão dos temas abordados.

TÓPICO 1 – SÍNDROMES

TÓPICO 2 – TRANSTORNOS DA GAMA DO AUTISMO

TÓPICO 3 – TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM E COMPORTAMENTO

TÓPICO 4 – PARA ALÉM DAS DEFICIÊNCIAS E SÍNDROMES: A PRESENÇA DO PRECONCEITO E DO BULLYING EM NOSSAS ESCOLAS

TÓPICO 5 – EDUCAÇÃO INCLUSIVA NO ENSINO SUPERIOR



Assista ao vídeo desta unidade.



1 INTRODUÇÃO

Bem-vindo, acadêmico! Na Unidade 2 já estudamos algumas síndromes. Elas estavam relacionadas à deficiência intelectual. Agora, estudaremos um pouco mais sobre outras síndromes, que também encontramos em nossas escolas.

Facilmente, o termo síndrome é confundido com doença. Meldau (s.d.) explica sobre isso: “a síndrome não é uma doença, mas sim uma condição médica”; já a doença, diferentemente da síndrome, tem uma causa, um grupo identificável de sinais e sintomas e alterações anatômicas.

Até o momento, ainda não foi claramente entendida a razão escondida por trás das síndromes. Por este motivo, elas são consideradas um tipo de mistério da medicina. Em contraste, a razão ou causa por trás de uma doença pode ser elucidada facilmente (MELDAU, s.d., s.p.)

Basicamente, as síndromes podem surgir por uma alteração genética ou cromossômica com características particulares. Mantovani (2013, s.p.) evidencia que é bem alta a incidência de indivíduos com síndromes genéticas: “14% dos recém-nascidos têm um defeito congênito leve único, não valorizável, e 0,8 % têm dois defeitos”.

Segundo a autora, o aumento da incidência relativa das anormalidades de ordem genética tem algumas causas. Como exemplo, ela cita o maior acesso e capacidade de diagnóstico (mais especialistas e mais meios).

2 SÍNDROMES: CONHECER PARA RECONHECER

Silveira e Nascimento (2013) listaram algumas das síndromes mais comuns nos casos de inclusão na escola regular. Vamos relacionar algumas das indicadas pelas autoras e outras mais. São inúmeras as síndromes que existem. A escolha que fizemos se deu pelo fato de algum dos sintomas interferir diretamente na aprendizagem do indivíduo. Lembramos que o que temos aqui são informações gerais, a título de conhecimento. Para um diagnóstico preciso e tratamento adequado, é necessária a consulta a um especialista.

2.1 SÍNDROME DE TURNER

Esta síndrome se caracteriza por uma alteração nos cromossomos sexuais, em mulheres. “Nesse caso, a síndrome está relacionada, na maioria dos casos, à ausência de um dos cromossomos do par X das mulheres”, apontam Silveira e Nascimento (2013, p. 177).

As crianças com esta síndrome têm baixa estatura, unhas estreitas, tórax largo, alterações cardíacas e ósseas, pouco crescimento mandibular, pescoço alado. Conforme Alves (2012a), devido à deficiência de hormônios femininos, quando adultas, as mulheres com esta síndrome não desenvolvem as características sexuais ao atingir a puberdade, sendo identificadas facilmente: desenvolvimento pequeno e amplamente espaçado das mamas ou mamas ausentes e pelve masculinizada; elas não menstruam e têm pelos pubianos reduzidos ou ausentes.

FIGURA 61 – EXEMPLO DE CRIANÇA COM SÍNDROME DE TURNER



FONTE: Disponível em: <<http://annakarolconectadaemblogia.blogspot.com.br/2012/07/sindrome-de-turner.html>>. Acesso em: 10 out. 2016.

2.2 SÍNDROME DE KLINEFELTER

A Síndrome de Klinefelter também é uma mutação cromossômica numérica, mas, neste caso, é exclusivamente masculina.

Alves (2012b, s.p.) afirma: “os meninos portadores dessa síndrome possuem alguns problemas comportamentais, relacionados à sua baixa autoestima, carência, frustração”, podendo ser “pessoas mais reservadas, com dificuldade de concentração e baixo nível de atividade”.

São características físicas dos meninos com a síndrome de Klinefelter: “problemas de fala ou de leitura, testículos sempre pequenos, mamas ligeiramente volumosas, poucos pelos faciais, algum déficit auditivo, baixa densidade óssea, infertilidade” (ALVES, 2012b, s.p.).

FIGURA 62 – CARACTERÍSTICAS DA SÍNDROME DE KLINEFELTER



FONTE: Disponível em: <<http://annakarolconectadaembiologia.blogspot.com.br/2012/07/sindrome-de-klinefelter.html>>. Acesso em: 10 out. 2016.

2.3 SÍNDROME DE CRI-DU-CHAT – SÍNDROME DO MIADO DE GATO

O nome popular desta síndrome, “Miado de Gato”, se dá pelo fato de seus portadores possuírem um choro semelhante ao miado agudo de um gato.

Esta síndrome é uma anomalia cromossômica, causada pela deleção parcial (quebra) do braço curto do cromossomo 5. Por isso é também chamada de síndrome 5 p - (menos). A estimativa é que esta síndrome afeta cerca de 1 em 50.000 casos de crianças nascidas no mundo, e 1% dos indivíduos com retardamento mental (ALVES, 2012c, s.p.).

Outras características de pessoas com Síndrome de Cri-Du-Chat - CDC são: assimetria facial, com microcefalia (cabeça pequena), má formação da laringe (por isso, o choro parecido com miado de gato), hipertelorismo ocular (aumento da distância entre os olhos), hipotonia (tônus muscular deficiente), fenda palpebral antimongoloide (canto interno dos olhos mais alto do que o externo), pregas epicânticas, orelhas mal formadas e de implantação baixa, dedos longos, prega única na palma das mãos, atrofia dos membros que ocasiona retardamento neuromotor e retardamento mental acentuado, dificuldade de aprendizagem, de

suave a severa, fala tardia, demora para aprender a sentar, engatinhar e andar. Segundo Alves (2012c), nem todos os portadores desta síndrome apresentarão estas características.

FIGURA 63 – EXEMPLO DE CRIANÇA COM SÍNDROME DE CRI-DU-CHAT



FONTE: Disponível em: <<http://annakarolconectadaembiologia.blogspot.com.br/2012/07/sindrome-de-turner.html>>. Acesso em: 10 out. 2016.

2.4 SÍNDROME DE CORNÉLIA DE LANGE

Conforme Alves (2012d, s.p.), esta síndrome caracteriza-se por “retardo do crescimento e retardo mental severo, baixa estatura, um choro tipo rosnar baixo, orelhas pequenas, pescoço em cadeia, boca de carpa, ponte nasal diminuída, sobrancelhas atrofiadas se encontrando no meio e malformações das mãos”.

Ainda são sintomas: “o atraso de linguagem, deficiência mental, anomalias cardíacas, intestinais, refluxos gastresofágicos (consequentemente, dificuldades de alimentação), problemas visuais e auditivos, falta de sensibilidade à dor ou uma sensibilidade tátil mais acentuada” (ALVES, 2012d, s.p.).

FIGURA 64 – EXEMPLO DE CRIANÇA COM SÍNDROME DE CORNÉLIA DE LANGE



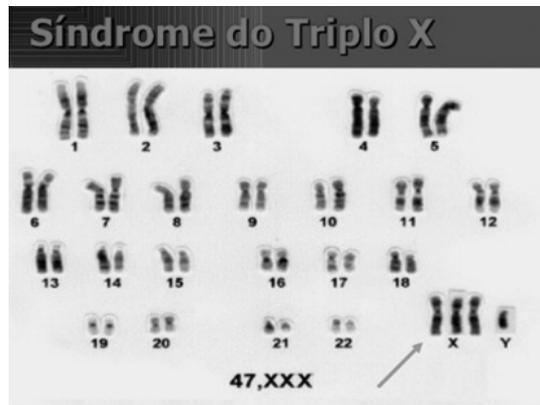
FONTE: Disponível em: <<http://www.cdsbrasil.org/galeria/6/membros-associacao/>>. Acesso em: 10 out. 2016.

2.5 SÍNDROME DO TRIPLO X

Segundo Gonçalves (s.d., s.p.), esta síndrome é uma “aberração cromossômica numérica que atinge uma em cerca de 800 a 1.000 mulheres”. Nestes casos, as mulheres apresentam um cromossomo X a mais, totalizando um cariótipo com 47 cromossomos. Conforme o caso, algumas mulheres podem apresentar até quatro ou cinco cromossomos X extras: “quanto mais cromossomos X, maior o índice de retardo mental nessas mulheres” (GONÇALVES, s.d., s.p.).

São características desta síndrome, conforme Gonçalves (s.d.): menor grau de inteligência, características sexuais e comportamentais femininas, mulheres tendem a ser mais altas, excesso de pele frouxa no pescoço, retardamento mental (grau variável), algumas portadoras são férteis, mas em alguns casos a doença pode causar esterilidade (mesmo assim, podem dar origem a crianças perfeitamente normais). Gonçalves (s.d.) destaca ainda que as crianças que nascem com essa síndrome podem apresentar baixo peso, logo depois do nascimento, mas os demais sintomas não se manifestam claramente nesta época.

FIGURA 65 – EXEMPLIFICANDO O CROMOSSO 47



FONTE: Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/letyap/mutaes-8858237>>. Acesso em: 10 out. 2016.

2.6 SÍNDROME DE WEST

A Síndrome de West é uma condição epiléptica severa, incidente na infância e caracterizada por espasmos musculares, hipsarritmia e retardo mental.

Os principais sinais e sintomas da Síndrome de West são espasmos musculares em crises esporádicas, mas às vezes frequentes, que se iniciam de forma súbita, no tronco e/ou nos membros. As contrações são rápidas e a intensidade delas pode variar de um movimento sutil da cabeça até uma contração poderosa de todo o corpo [...]. Somente um pequeno número de crianças com a Síndrome de West tem um desenvolvimento cognitivo normal ou limítrofe. O retardo mental e as alterações psíquicas são comuns em mais de 70% dos pacientes (ABCMED, 2015, s.p.).

FIGURA 66 – EXEMPLO DE CRIANÇA COM SÍNDROME DE WEST



FONTE: Disponível em: <<http://apaedeitaperuna.blogspot.com.br/2012/02/sindrome-de-west.html>>. Acesso em: 10 out. 2016.

2.7 SÍNDROME DE XYY

A Síndrome XYY ou Trissomia XYY é uma anomalia dos cromossomas sexuais: o homem recebe um cromossomo Y extra em cada célula. Assim, tem um crescimento ligeiramente acelerado na infância e estatura muito elevada.

Além disso, são distraídos, possuem um comportamento associado à hiperatividade e costumam ser muito agressivos, tendo dificuldades de se relacionar emocionalmente. Sem problemas de má formação, podem ter dificuldade de desenvolver a fala (ALVES, 2012e).

FIGURA 67 – EXEMPLO DE HOMEM COM SÍNDROME XYY



FONTE: Disponível em: <<https://plus.google.com/110778926544779675887/posts/h3aC27TDDfP>>. Acesso em: 10 out. 2016.

2.8 SÍNDROME DE APERT

Para Frazão (s.d.), a Síndrome de Apert é uma doença genética caracterizada por uma má-formação na face, crânio, mãos e pés: “os ossos do crânio fecham-se precocemente, não deixando espaço para que o cérebro se desenvolva, causando uma pressão excessiva sobre ele. Além disso, os ossos das mãos e dos pés são colados”.

Não se sabe as causas do desenvolvimento da Síndrome de Apert durante o período de gestação. Mas suas características são evidentes: aumento da pressão intracraniana, deficiência mental, cegueira, perda de audição, otite, problemas cardiorrespiratórios e complicações renais. (FRAZÃO, s.d.).

FIGURA 68 – UMA DAS CARACTERÍSTICAS DA SÍNDROME DE APERT



FONTE: Disponível em: <<http://www.concursoefisioterapia.com/2010/11/sindrome-apert.html>>. Acesso em: 10 out. 2016.



Essas informações são gerais e de cunho informativo. Não dispensam o diagnóstico de um médico, profissional habilitado e com recursos para análise, diagnóstico, ajuda e tratamento.

2.9 SÍNDROME DE TOURETTE

A Síndrome de Tourette “é um problema neurológico que provoca a realização de movimentos involuntários, frequentes e repetidos, também conhecidos como tiques, que podem dificultar a realização das atividades diárias” (FRAZÃO, 2016a, s.p.).

Geralmente, os tiques da Síndrome de Tourette, normalmente, surgem por volta dos três anos com espasmos musculares repetidos e sem finalidade, que evoluem para episódios mais complexos, como dizer

determinadas palavras, fazer movimentos bruscos ou gritar, por exemplo. Alguns doentes são capazes de suprimir alguns dos tiques com dificuldade, mas outros apresentam dificuldade para controlar os tiques, especialmente durante situações de estresse emocional. Os sintomas da Síndrome de Tourette surgem repetidamente e são difíceis de controlar. Além disso, podem acontecer durante o sono, evoluir para tiques diferentes ao longo do tempo ou piorar em situações de doença, estresse ou ansiedade [...]. Esta síndrome não tem cura, mas pode ser controlada com o tratamento adequado, com remédios e psicoterapia, por exemplo, permitindo que se tenha uma vida normal (FRAZÃO, 2016a, s.p.).

FIGURA 69 – INFOGRÁFICO: SÍNDROME DE TOURETTE



SÍNDROME DE TOURETTE

 Distúrbio de origem neurológica caracterizado por movimentos involuntários. Geralmente começa na infância e pode continuar quando a pessoa fica adulta.

SINTOMAS

 Tiques motores (movimentos repetitivos nos olhos, nos braços, na boca)

 Tiques vocais (emissão de sons pela garganta, repetição de palavras). Em casos extremos podem chegar a proferir xingamentos involuntários.

■ Atinge 1% da população mundial.

TRATAMENTO

Psicoterapia e dosagem de medicação para atenuar os tiques

Fonte: Ana Gabriela Hounie, psiquiatra

FONTE: Disponível em: <<http://edicao.jornalpequeno.com.br/impresso/2011/02/21/entenda-mais-sobre-sindrome-de-tourette/>>. Acesso em: 10 out. 2016.

Alguns tiques mais comuns da síndrome: “pisar os olhos; inclinar a cabeça; encolher os ombros; tocar no nariz; fazer gestos obscenos; bater no peito; soluçar; gritar; limpar a garganta; repetir palavras ou frases; usar diferentes tons de voz” (FRAZÃO, 2016a, s.p.).

2.10 SÍNDROME DE OSSOS DE CRISTAL

Também conhecida como doença dos ossos de vidro, segundo Dantas (s.d., s.p.), “é uma doença de origem genética que provoca alterações na produção de colágeno. É detectada facilmente: manifesta-se através de um movimento brusco, tropeço, queda e outros acidentes, provocando a quebra dos ossos”.

Além da quebra dos ossos, traz outra consequência: “o encurvamento dos ossos longos, como os da coluna, pernas e braços. Além do sintoma aparente

da fratura, a doença pode se manifestar através da esclerótica azulada, dentes acinzentados e formato do rosto triangular” DANTAS (s.d., s.p.).

Estes sintomas são acompanhados ainda de deficiência auditiva, dificuldade de locomoção, sudorese e fragilidade muscular, e, nos casos mais graves, compressão do coração e pulmões.

As fraturas geradas pela doença são os principais problemas, pois através delas é que se inicia o processo de encurvamento dos ossos. As fraturas ocorrem principalmente na infância, por ser uma fase de descobrimentos, peraltices e de falta de conhecimento do problema. Pode ser percebida quando a criança chora de repente de forma alta, quando algum membro da criança não se movimenta ou está com retenção de calor e inchaço (DANTAS, s.d., s.p.).

FIGURA 70 – EXEMPLO DE CRIANÇA COM SÍNDROME DE OSSOS DE CRISTAL



FONTE: Disponível em: <http://www.braziliantimes.com/noticia/13404,comunidade_brasileira>. Acesso em: 10 out. 2016.

2.1.1 SÍNDROME DE DIGEORGE

A Síndrome de DiGeorge, conforme Beltrame (2016, s.p.), é uma doença rara ocasionada “por um defeito congênito no timo, nas glândulas paratireoides e na aorta, que pode ser diagnosticada ainda durante a gestação”.

Esta síndrome não se desenvolve da mesma forma em todas as crianças, variando conforme os sintomas e as alterações genéticas de cada uma. Mas as características mais comuns incluem:

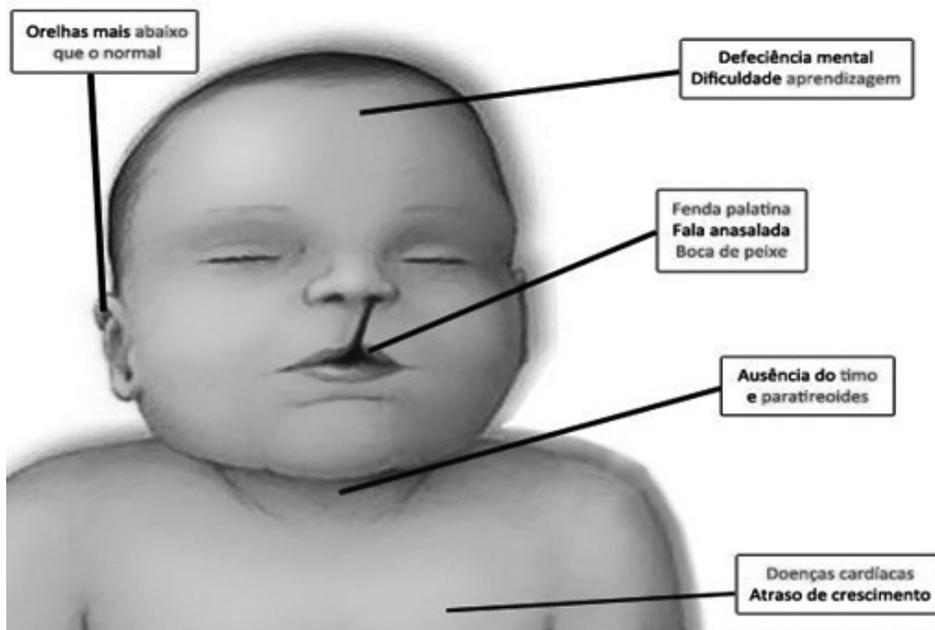
Pele azulada; orelhas mais baixas que o normal; boca pequena, em formato de boca de peixe; atraso no crescimento e desenvolvimento;

fenda palatina; ausência do timo (o que causa uma grave deficiência na imunidade) e das paratireoides; malformações nos olhos; surdez ou diminuição acentuada da audição; surgimento de problemas cardíacos. Em alguns casos pode causar problemas respiratórios, dificuldade para aumentar de peso, atraso na fala, espasmos musculares ou infecções frequentes, como amigdalite ou pneumonia, por exemplo (BELTRAME, 2016, s.p.).

A maioria destas características se manifesta logo após o nascimento, mas em algumas crianças os sintomas podem ser vistos apenas alguns anos mais tarde, principalmente se a alteração genética for bem leve. Desse modo, ao serem identificadas características como essas, deve-se procurar a ajuda de um pediatra para que possa confirmar o diagnóstico.

Há estudos ainda sendo realizados sobre esta síndrome. Algumas causas já são apontadas, como o uso de álcool durante a gravidez, desenvolvimento de diabetes gestacional e alterações genéticas espontâneas do cromossomo 22 que podem acontecer sem causa específica. Segundo Beltrame (2016, s.p.): “ainda não existe uma cura para a Síndrome de DiGeorge, mas acredita-se que o uso de células-tronco embrionárias possa curar a doença”.

FIGURA 71 – INFOGRÁFICO: SÍNDROME DE DIGEORGE



FONTE: Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/sindrome-de-digeorge/>>. Acesso em: 20 out. 2016.

Subcapítulo escrito especialmente pela ‘nossa’ pequena grande Helena...



Essas informações são gerais e de cunho informativo. Não dispensam o diagnóstico de um médico, profissional habilitado e com recursos para análise, diagnóstico, ajuda e tratamento.

3 ZIKA VÍRUS

Transmitido pelos mesmos mosquitos da dengue e da chicungunya, um novo vírus, conhecido como zika, circula o Brasil. A figura a seguir mostra recortes de sites brasileiros de notícias que representam o que vem sendo tratado e discutido sobre o zika vírus nos últimos anos no Brasil. Optamos em escrever sobre o fato porque, cedo ou tarde, teremos maior contato com estes casos, seja na escola ou em nossa vida em sociedade. Afinal, os números são alarmantes.

FIGURA 72 - MANCHETES SOBRE O ZIKA VÍRUS NO BRASIL

26/10/2016 09h42 - Atualizado em 26/10/2016 11h33

Zika atingiu mais de 200 mil em 2016; dengue afetou mais de 1,4 milhão

Dados foram divulgados em boletim epidemiológico do Ministério da Saúde. Brasil registrou ainda 236.287 casos de chikungunya, segundo documento.

Do G1, em São Paulo

Mais de um ano após início do surto, incerteza paira sobre a microcefalia

Efeitos do Zika no desenvolvimento das crianças seguem em investigação. Para infectologista, desdobramentos da infecção ainda estão no início.

'Vou lutar por sociedade inclusiva para ele', diz mãe de bebê com microcefalia

Mãe de Guilherme, de 11 meses. Germana reside União de Mãe de Anjos

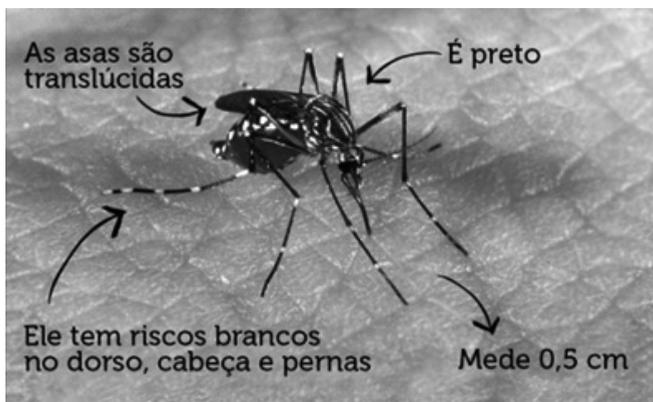
Estudo indica que zika pode realmente causar síndrome de Guillain-Barré 

Do UOL, em São Paulo 29/02/2016 | 21h20

FONTE: A autora

Milhorange (2016, s.p.) escreve sobre os sintomas da doença, que, além dos sintomas parecidos com os da dengue e da chicungunya: dores nas articulações, no corpo e de cabeça, febre, náuseas, diarreia e mal-estar, “o zika vírus ainda pode causar fotofobia, conjuntivite e erupções cutâneas por todo o corpo, incluindo as palmas das mãos e as plantas dos pés, acompanhadas de muita coceira”. Os sinais aparecem entre três a 12 dias depois da picada do mosquito e duram de quatro dias a uma semana. A transmissão se dá pelo mosquito *Aedes aegypti*. Há estudos também relacionando a transmissão por relação sexual, transfusional e a ocorrência de transmissão ocupacional em laboratório de pesquisa, conforme o Portal da Saúde (s.d.).

FIGURA 73 – MOSQUITO TRANSMISSOR: COMO IDENTIFICAR?



FONTE: Disponível em: <<http://wp.clicrbs.com.br/alongue-se/2016/02/05/saiba-mais-sobre-o-zika-virus/>>. Acesso em: 12 out. 2016.

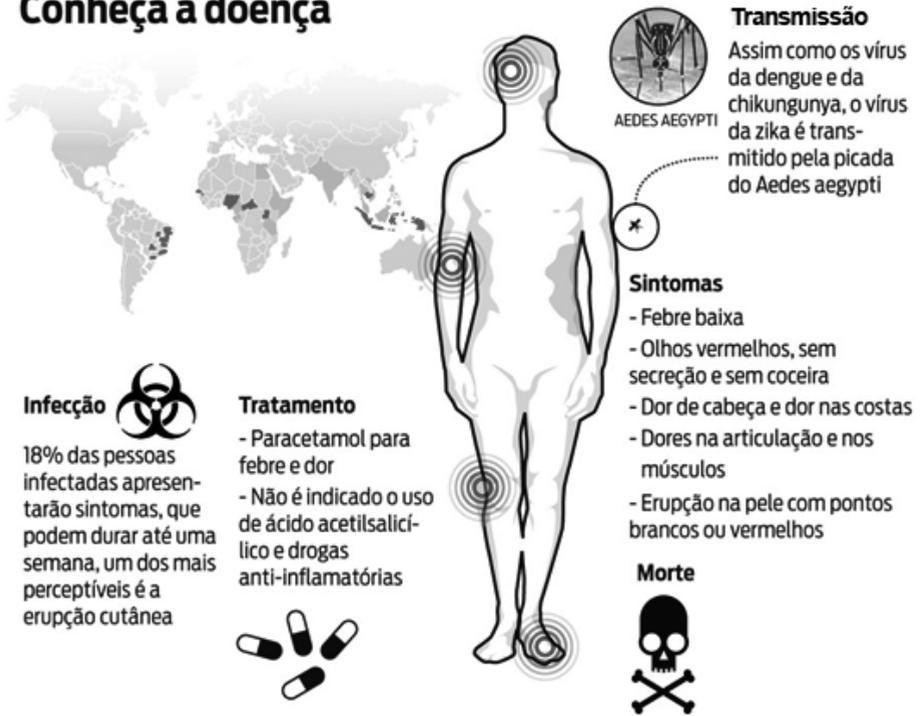


Há muito material sobre o tema, nas unidades de saúde de seu município, além de ampla divulgação em programas de TV e sites institucionais, como o Ministério da Saúde. Uma dica interessante é esta cartilha: <<http://combateaedes.saude.gov.br/images/conteudo/cartilha-informacoes-ao-publico.pdf>>



FIGURA 74 – ZIKA VÍRUS

Conheça a doença



FONTE: Disponível em: <<http://supertela.net/saude/doencas/zika-virus-sintomas-tratamento-e-prevencao/>>. Acesso em: 12 out. 2016

3.1 SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Conforme Frazão (2016b, s.p.), “a Síndrome de Guillain-Barré é uma doença neurológica grave caracterizada pela inflamação dos nervos e fraqueza muscular, que em alguns casos pode ser fatal”. O autor ainda destaca que o diagnóstico é feito “após algumas semanas de uma infecção viral como dengue ou zika vírus, por exemplo”.

A Síndrome de Guillain-Barré progride em duas a quatro semanas e a maioria dos pacientes recebe alta hospitalar após quatro semanas, mas o tempo total de recuperação pode demorar meses ou anos. A maioria dos pacientes se recupera e volta a andar após seis meses a um ano de tratamento, mas existem alguns que têm maior dificuldade e que precisam de cerca de três anos para se recuperar. (FRAZÃO, 2016b, s.p.).

FIGURA 75 – SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ

Síndrome de Guillain-Barré

O que é?
É uma condição rara em que o sistema imunológico ataca células dos nervos periféricos, causando fraqueza muscular e perda de sensibilidade

1.868 internações pela doença em 2015 no Brasil

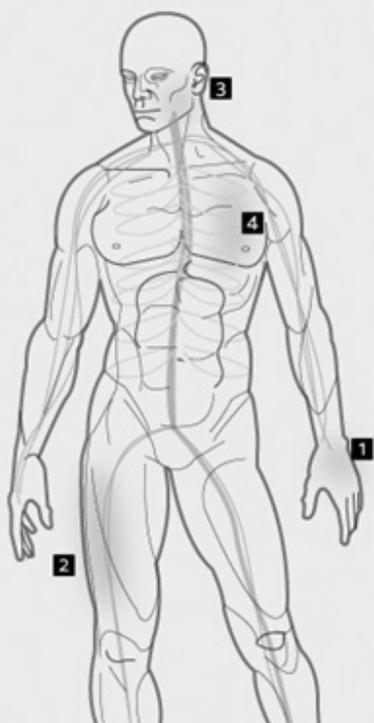
Causas
É desencadeada por infecções, seja por vírus ou bactérias

Tratamento
Durante a fase aguda, é tratada com troca de plasma, para remover os anticorpos do sangue, e aplicação de imunoglobulina

Sequelas
Cerca de 3% podem ter recaídas e sentir fraqueza muscular e formigamento muitos anos depois do ataque inicial.

Alguns sintomas

- 1 Sensação de formigamento nas extremidades (mãos e pés)
- 2 Aos poucos, pode provocar a paralisia de músculos das pernas e braços
- 3 Há relatos de paralisia facial
- 4 Em casos graves, pode provocar taquicardia e disfunção pulmonar



Fontes: Ministério da Saúde, OMS e NIH

FONTE: Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/afp/2016/03/11/honduras-confirma-primeira-morte-por-guillain-barre-associada-ao-zika.html>>. Acesso em: 12 out. 2016.

3.2 MICROCEFALIA

Como já dissemos, o aumento repentino de casos de microcefalia nos motivou a escrever sobre o zika vírus. É um assunto relativamente novo, que tem sido muito comentado em nosso país nos últimos anos. E, com ele, ouvimos mais sobre a microcefalia. Das ações do zika, esta é, certamente, a que mais vai refletir nas escolas.

A microcefalia é uma condição neurológica rara, que vem mobilizando as autoridades médicas brasileiras. Afinal, segundo o Ministério da Saúde, “enquanto que entre 2010 e 2014 foram registrados um total de 781 casos em todo o país,

durante o ano de 2015 foram registrados 2.401 casos da doença e 29 óbitos em 549 municípios do Brasil. Em 2016 foram mais de 200 mil registros” (MINHA VIDA, 2015, s.p.).

- A microcefalia é diagnosticada quando a cabeça da pessoa é significativamente menor do que a de outros da mesma idade e sexo. O perímetro normal da cabeça ao nascer é 32 cm. “A microcefalia normalmente é diagnosticada no começo da vida e é resultado do fato de o cérebro não crescer o suficiente durante a gestação ou após o nascimento” (MINHA VIDA, s.d., s.p.).
- A maior parte dos casos está concentrada em Pernambuco, com 804 bebês nascidos este ano com a condição, sendo o primeiro Estado a identificar o aumento anormal da incidência de microcefalia no Brasil. Depois de Pernambuco, o segundo estado com maior número de casos é a Paraíba, com 316 notificações, seguido da Bahia com 180, Rio Grande do Norte 106, Sergipe 96, Alagoas 81, Ceará 40, Maranhão 37, Piauí 36, Tocantins 29, Rio de Janeiro 23, Mato Grosso do Sul com nove casos, três em Goiás e um no Distrito Federal. Além do mosquito da dengue, há outras causas de microcefalia: desde infecções virais e uso de certos medicamentos, até condições genéticas (MINHA VIDA, 2015, s.p.).
- Os sintomas das mães destes bebês estão relacionados a “quadro de febre associado a manchas avermelhadas pelo corpo no início da gravidez, ambos sintomas da infecção pelo zika vírus. As características físicas de bebês com microcefalia também costumam ser parecidas de acordo com a causa da condição” (MINHA VIDA, 2015, s.p.).
- Nos bebês, esta má-formação congênita faz com que o cérebro dos bebês “não se desenvolva de maneira adequada: o perímetro cefálico é menor que o normal [...]. Ocorre atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e comprometimento de áreas cerebrais responsáveis pela linguagem, aprendizagem e cognição” (RENAN, 2016, s.p.).

As autoras Torre e Tapia (s.d., s.p.) descrevem mais estes comprometimentos: déficit cognitivo, problemas visuais, déficits auditivos e motores, atraso no desenvolvimento e epilepsia. E, para tratá-los em nossas escolas, elas sugerem a real existência de “uma proposta inclusiva que atenda às necessidades dos alunos, é preciso acima de tudo vontade política, estrutura física adequada, qualificação dos educadores, além da educação permanente e, principalmente, a compreensão da inclusão para todos”.

FIGURA 76 – MICROCEFALIA

A doença que está a assustar o mundo

O que é

Uma malformação congénita que impede o normal desenvolvimento do cérebro. Os bebés nascem com a cabeça menor do que o normal, pois o cérebro não cresce o suficiente durante a gestação ou após o nascimento.

Causas

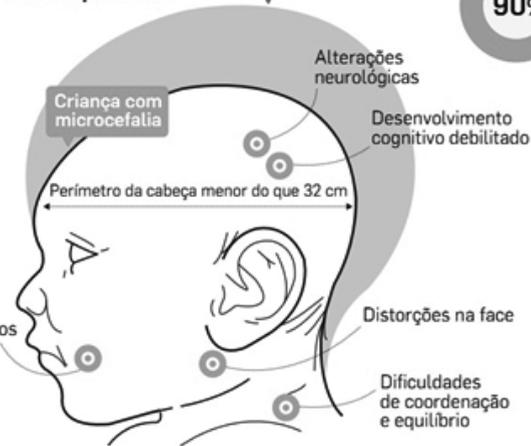
Pode estar associada a síndromes genéticas

Abuso de álcool e drogas durante a gravidez

Infeção da grávida por rubéola, varicela, toxoplasmose, citomegalovírus ou vírus zika



Consequências



Tratamento

Não tem cura. A intervenção precoce com terapias como da fala e ocupacional podem auxiliar o desenvolvimento infantil e melhorar a qualidade de vida.

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil; GRAFFO

FONTE: Disponível em: <<http://www.dn.pt/sociedade/interior/microcefalia-a-doenca-do-zika-que-pode-comprometer-uma-geracao-5006645.html>>. Acesso em: 12 out. 2016.

FIGURA 77 – CRIANÇA COM MICROCEFALIA



FONTE: Disponível em: <<http://www.nossofoco.eco.br/agrotoxicos/microcefalia-no-brasil-sera-zika/>>. Acesso em: 12 out. 2016.



Além de microcefalia, zika vírus e Síndrome de *Guillain-Barré*, outro nome que ouvimos muito, recentemente, é **chikungunya** ou **febre chikungunya**. Não estudamos sobre ele por não estar relacionado com o zika, mas, a título de informação:

Febre chikungunya é uma doença parecida com a dengue [...]. Seu modo de transmissão também é via mosquito [...]. Seus sintomas são febre, mal-estar, dores pelo corpo, dor de cabeça, apatia e cansaço. Porém, a grande diferença da febre chikungunya está no seu acometimento das articulações: o vírus avança nas juntas dos pacientes e causa inflamações com fortes dores acompanhadas de inchaço, vermelhidão e calor local.

FONTE: Adaptado de <<http://www.minhavidacom.br/saude/temas/chikungunya>>. Acesso em: 28 out. 2016.

4 COMO LIDAR COM UMA CRIANÇA COM SÍNDROMES

A Dra. Eunice Higuchi (2014, s.p.) publicou uma série de orientações sobre como tratar crianças com síndromes. Seu enfoque foi a Síndrome de Down, mas as dicas valem para outras situações. Basicamente, ela destaca que as crianças com síndrome, assim como qualquer criança, precisam ser estimuladas desde o nascimento, para que sejam capazes de vencer suas limitações. No caso das que têm necessidades específicas de saúde e aprendizagem, elas “exigem assistência profissional multidisciplinar e atenção especial dos pais. O objetivo deve ser sempre habilitá-las para o convívio e a participação social”. Assim como as outras crianças, “essas também precisam fundamentalmente de carinho, alimentação adequada, cuidados com a saúde e um ambiente acolhedor”.

O preconceito e a discriminação são os piores inimigos dos portadores da síndrome. O fato de apresentarem características típicas e algum comprometimento intelectual não significa que tenham menos direitos e necessidades. Cada vez mais, pais, profissionais da saúde e educadores têm lutado contra todas as restrições impostas a essas crianças. É importante ensinar nossos filhos (desde pequenos) a lidar com a diversidade e a melhor forma de fazer isso é sendo um exemplo (HIGUCHI, 2014, s.p.)

A seguir listamos algumas recomendações para lidar com crianças com alterações genéticas, de acordo com a autora Higuchi (2014, s.p.):

- O ideal é agir da forma mais natural possível, mesmo que a situação não seja “tão natural”, por causa do desconhecimento e da falta de experiência.
- Não demonstre pena.
- Procure mostrar o que as crianças têm em comum, como gostar de jogar bola, assistir à TV, brincar etc.
- Não fale que a síndrome é uma doença. Pode-se dizer apenas que é uma característica que algumas pessoas possuem (da mesma forma que cada um nasceu com uma cor de cabelo ou olhos ou com habilidades diferentes para esporte, música ou para matemática).

É importante também, além destas recomendações:

- Deixar claro que, mesmo com certas dificuldades, as crianças têm outras capacidades, por exemplo: ela pode não falar muito bem, mas pode entender tudo o que se diz.
- Observar e respeitar o tempo de aprendizagem de cada um, estimulando comunicação e participação nas atividades com os colegas e familiares.
- Estimular o tratamento prescrito pelo médico.
- Estimular o autorrespeito e autoconhecimento, de forma a ser o mais independente que puder, em relação à criança.
- Procurar ensinar a importância da tolerância, do respeito e da amizade, em relação aos outros alunos.

RESUMO DO TÓPICO 1

Neste tópico, vimos que:

- Várias síndromes que encontramos em nossas escolas ou em nossa vida em sociedade:
 - o Síndrome de Turner.
 - o Síndrome de Klinefelter.
 - o Síndrome do miado de gato.
 - o Síndrome de Cornélia de Lange.
 - o Síndrome do Triplo x.
 - o Síndrome de West.
 - o Síndrome de xyy.
 - o Síndrome de Apert.
 - o Síndrome de Tourette.
 - o Síndrome de Ossos de cristal.
 - o Síndrome de DiGeorge.
- Conhecemos mais sobre o zika vírus, considerado uma pandemia mundial, dados os números alarmantes de sua incidência. No Brasil, enfrentamos problemas relacionados ao vírus e à microcefalia.



1 Para realizar esta atividade, escolha uma das síndromes apresentadas. O critério é livre: incidência na escola, conhecimento prévio ou interesse em aprimorar o conhecimento. Depois, pesquise mais sobre a síndrome. Busque detalhes, dados, tratamento, e a melhor forma de se lidar com a pessoa com tal deficiência.

2 Estudos recentes mostram que o mosquito *Aedes Aegypti* transmite mais de uma doença. Assinale a alternativa que identifica corretamente as doenças transmitidas ou desencadeadas por este mosquito:

- a) Dengue e Zika Vírus.
- b) Chikungunya e Microcefalia.
- c) Síndrome de Guillain-Barré.
- d) Todas as alternativas anteriores.

3 Estudamos várias síndromes nesta Unidade. Abaixo, listamos quatro delas e uma característica das mesmas. Relacione às colunas e assinale a alternativa com a sequência correta das informações:

Síndrome:

- I – Síndrome de Turner.
- II – Síndrome do Triplo X.
- III – Síndrome de Cri-du-chat.
- IV- Síndrome de Apert.

Características:

- () Nestes casos, as mulheres apresentam um cromossomo X a mais.
- () Conhecida como “Miado de Gato”.
- () Ausência de um dos cromossomos do par X das mulheres.
- () doença genética caracterizada por uma má-formação na face.

- a) II, III, I, IV.
- b) II, I, IV, III.
- c) III, I II, IV.
- d) I, II, IV, III.

4 A microcefalia é diagnosticada quando a cabeça da pessoa é significativamente menor do que a de outros da mesma idade e sexo. O perímetro normal da cabeça ao nascer é de:

- a) 30 cm.
- b) 34 cm.
- c) 32 cm.
- d) 36 cm.

TRANSTORNOS DA GAMA DO AUTISMO

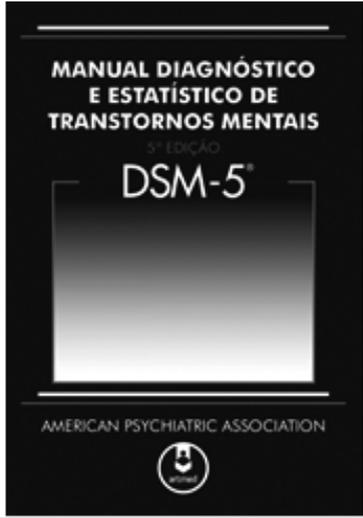
1 INTRODUÇÃO

Alguns acadêmicos talvez estejam mais familiarizados com este tema e, por isso, não tenham estranhado o nome deste tópico: Transtornos da Gama do Autismo. Há alguns anos, ele se chamaria Transtornos Globais do Desenvolvimento. Esta mudança ocorreu porque estamos seguindo o DSM – 5, que é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

Este Manual é criado pela APA – Associação Americana de Psiquiatria, para profissionais da área da saúde, principalmente saúde mental, de critérios e categorias dos transtornos mentais. Ele é utilizado para fazer diagnóstico das pessoas que têm algum tipo de transtorno (GADELHA, 2013).

Em relação ao Autismo e ao DSM V, a autora relata:

Muita coisa mudou do DSM IV, sua penúltima versão, para o DSM V. A primeira mudança é na nomenclatura. Autismo não está mais na categoria de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, TID, e sim numa nova categoria: Transtorno de Espectro Autista. O que acabou sendo uma mudança positiva, porque as pessoas de cara já sabem do que se trata. Mas não é apenas uma mudança de nome, é uma mudança de classificação. Com isso, eliminam-se as categorias de Autismo, Síndrome de Asperger, Transtorno Desintegrativo e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação e todos passam a ser Transtorno de Espectro Autista, que é dividido nos níveis leve, moderado e severo (GADELHA, 2013, s.p.).



Procure saber mais sobre o DSM 5 ou DSM V. Será bem interessante!

“O DSM-5, oficialmente publicado em 18 de maio de 2013, é a mais nova edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana. A publicação é o resultado de um processo de 12 anos de estudos, revisões e pesquisas de campo realizados por centenas de profissionais divididos em diferentes grupos de trabalho. O objetivo final foi o de garantir que a nova classificação, com a inclusão, reformulação e exclusão de diagnósticos, fornecesse uma fonte segura e cientificamente embasada para aplicação em pesquisa e na prática clínica”, garantem Araújo e Neto (2014, p. 70).

2 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Desde 2013, o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) originou uma nova classificação dentro de Transtornos do Neurodesenvolvimento: o **Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. “Isso significa que o quadro engloba Autismo, Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Transtornos do Desenvolvimento e Transtorno Desintegrativo da Infância. Na prática, tal mudança ampliou as possibilidades diagnósticas” (PEREIRA, 2016, s.p.). A autora salienta que no Brasil isto tem confundido muitos profissionais e familiares.

Para se ter uma ideia, enquanto há crianças brasileiras de 04/05 anos de idade sem diagnóstico, os bebês americanos de 09/10 meses que apresentam qualquer suspeita ou atraso nas fases do desenvolvimento neuropsicomotor e linguístico já estão inseridos em terapias de estimulação. E, claro, se necessário, em seguida são assistidos por equipe multidisciplinar composta por psicólogo comportamental, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e médico neuropediatra ou psiquiatra (PEREIRA, 2016, s.p.).

Por esse motivo, a autora reforça que é necessário identificar logo as alterações nas etapas do desenvolvimento infantil. “Levando em conta as estatísticas internacionais, estima-se que [...] existem dois milhões de cidadãos brasileiros no Espectro Autista” (PEREIRA, 2016, s.p.). Por isso, ela aponta a

necessidade de estarmos atentos aos sintomas: “sabem aquele amiguinho ‘mal-educado e birrento’, aquela menina ‘esquisita e tímida’ ou o bebê ‘preguiçoso e bonzinho’ da amiga? Então, eles também podem ter os sintomas” (PEREIRA, 2016, s.p.).

Uma criança com Transtorno de Espectro Autista tem alterações no funcionamento neurológico que geram consequências para habilidades sociais, linguagem e comportamento, tais como: ausência de fala, agressividade, sensações corporais desconfortáveis. E isso não tem a ver com traços de personalidade (PEREIRA, 2016, s.p.).

Sobre as características do Transtorno do Espectro Autista (TEA) é importante salientar que as características fundamentais podem manifestar-se em conjunto ou isoladamente.

Marcado por perturbações do desenvolvimento neurológico com três características fundamentais: “dificuldade de comunicação por deficiência no domínio da linguagem e no uso da imaginação para lidar com jogos simbólicos, dificuldade de socialização e padrão de comportamento restritivo e repetitivo”, o Transtorno também pode ser chamado de Desordens do Espectro Autista (DEA ou ASD em inglês), segundo Varella (2014, s.p.).

Também chamado de Desordens do *Espectro* Autista (DEA ou ASD em inglês), recebe o nome de espectro (*spectrum*), porque envolve situações e apresentações muito diferentes umas das outras, numa gradação que vai da mais leve à mais grave. Todas, porém, em menor ou maior grau estão relacionadas com as dificuldades de comunicação e relacionamento social (VARELLA, 2014, s.p.).

FIGURA 78 – CARACTERÍSTICAS DO AUTISMO

▶ AUTISMO ▶

A cada **100** pessoas, pelo menos **UMA** é portadora de autismo. Os sintomas começam a se instalar nos três primeiros anos de vida, mas nem sempre são notados pelos pais, o que prejudica o tratamento. Preste bastante atenção no comportamento do seu filho e perceba se ele apresenta alguma das características citadas abaixo. Se sim, busque ajuda de um profissional. Embora não tenha cura, autismo tem tratamento.

- 1** Durante a amamentação, não interagem com a mãe.


- 2** Não conseguem olhar nos olhos das pessoas.

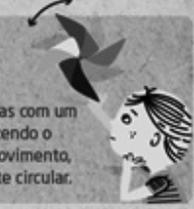

- 3** Têm dificuldade para interagir socialmente.


- 4** Não atendem quando chamadas pelo nome.

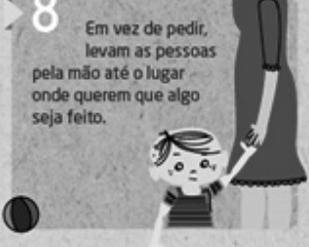
DUDU?
Ei, DUDU!

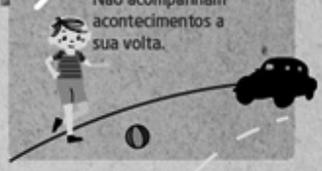

- 5** Separam objetos por cor e tamanho, mantendo comportamentos repetitivos e sem finalidade aparente.


- 6** Ficam horas com um objeto fazendo o mesmo movimento, geralmente circular.


- 7** Apresentam movimentos corporais repetitivos, às vezes de forma violenta.


- 8** Em vez de pedir, levam as pessoas pela mão até o lugar onde querem que algo seja feito.


- 9** Não acompanham acontecimentos a sua volta.



SAIBA MAIS
▶ [DRAUZIOVARELLA.COM.BR](http://drauziovarella.com.br) ◀

CONTEÚDO & ARTE UZMK E LAB 62

FONTE: Disponível em: <<https://drauziovarella.com.br/crianca-2/seu-filho-tem-autismo/>>. Acesso em: 13 out. 2016.

2.1 TIPOS DE AUTISMO

De acordo com o quadro clínico, temos esta classificação, conforme Varella (2014, s.p.):

- 1 Autismo clássico: o grau de comprometimento pode variar muito. De maneira geral, os portadores são voltados para si mesmos, não estabelecem contato visual com as pessoas nem com o ambiente; conseguem falar, mas não usam a fala como ferramenta de comunicação. Embora possam entender enunciados simples, têm dificuldade de compreensão e apreendem apenas o sentido literal das palavras. Não compreendem metáforas nem o duplo sentido. Nas formas mais graves, demonstram ausência completa de qualquer contato interpessoal. São crianças isoladas, que não aprendem a falar, não olham para as outras pessoas nos olhos, não retribuem sorrisos, repetem movimentos estereotipados, sem muito significado ou ficam girando ao redor de si mesmas e apresentam deficiência mental importante.
- 2 Autismo de alto desempenho (antes chamado de Síndrome de Asperger): os portadores apresentam as mesmas dificuldades dos outros autistas, mas numa medida bem reduzida. São verbais e inteligentes. Tão inteligentes que chegam a ser confundidos com gênios, porque são imbatíveis nas áreas do conhecimento em que se especializam. Quanto menor a dificuldade de interação social, mais eles conseguem levar vida próxima à normal.
- 3 Distúrbio global do desenvolvimento sem outra especificação (DGD-SOE): os portadores são considerados dentro do espectro do autismo (dificuldade de comunicação e de interação social), mas os sintomas não são suficientes para incluí-los em nenhuma das categorias específicas do transtorno, o que torna o diagnóstico muito mais difícil.



Essas informações são gerais e de cunho informativo. Não dispensam o diagnóstico de um médico, profissional habilitado e com recursos para análise, diagnóstico, ajuda e tratamento.

2.2 INCIDÊNCIA

O autismo já foi “considerado uma condição rara, que atingia uma em cada duas mil crianças. Hoje, as pesquisas mostram que uma em cada cem crianças é portadora do espectro, que afeta mais os meninos do que as meninas”, afirma Varella (2014, s.p.). Em geral, o transtorno se instala cedo, logo no primeiro

trimestre do bebê, quando os neurônios que coordenam a comunicação e os relacionamentos sociais deixam de formar as conexões necessárias.

Mais tarde, “as manifestações na adolescência e na vida adulta estão correlacionadas com o grau de comprometimento e com a capacidade de superar as dificuldades seguindo as condutas terapêuticas adequadas para cada caso desde cedo” (VARELLA, 2014, s.p.).

2.3 CAUSAS E TRATAMENTO

Conforme estudos iniciais, o transtorno era resultado de uma “dinâmica familiar problemática e de condições de ordem psicológica alteradas” (VARELLA, 2014, s.p.). Esta hipótese foi descartada. “A tendência atual é admitir a existência de múltiplas causas para o autismo, entre elas, fatores genéticos, biológicos e ambientais. No entanto, saber como o cérebro dessas pessoas funciona ainda é um mistério para a ciência” (VARELLA, 2014, s.p.).

Assim como não há uma certeza da causa do transtorno, não se conhece a sua cura definitiva. Como também não há um padrão de tratamento que possa ser aplicado em todos os portadores do distúrbio:

Cada paciente exige um tipo de acompanhamento específico e individualizado que exige a participação dos pais, dos familiares e de uma equipe profissional multidisciplinar visando à reabilitação global do paciente. O uso de medicamentos só é indicado quando surgem complicações e comorbidades (VARELLA, 2014, s.p.).

Geralmente, o diagnóstico de autismo traz sempre insegurança e sofrimento para a família. “Por isso, as pessoas envolvidas, pais, irmãos, parentes, precisam conhecer as características do espectro e aprender técnicas que facilitam a autossuficiência e a comunicação da criança e o relacionamento entre todos que com ela convivem” (VARELLA, 2014, s.p.). A intervenção precoce, intensiva e adequada facilitará, e muito, o desenvolvimento da criança com o transtorno.

2.4 COMO FACILITAR A APRENDIZAGEM DO AUTISTA

Apesar de todas as limitações de interação social que o TEA impõe, quanto mais incluída a criança estiver, melhor será para ela e para os colegas. No Brasil, a Lei nº 12.764, criada em 2012, estabelece a Política Nacional de Proteção dos Direitos de Pessoa com Transtorno do Espectro Autista:

Garante a obrigatoriedade da matrícula em escola regular, a acomodação do ambiente e do currículo escolar, a elaboração de programas de ensino individualizado e o oferecimento de profissionais de apoio para os alunos. Além da boa vontade e da disposição das professoras, os

pais devem cobrar da instituição de ensino um trabalho que envolva o acesso da equipe clínica à escola, o treinamento da equipe pedagógica e a orientação aos colegas (e seus familiares) para que as crianças com Transtorno de Espectro Autista possam ter ganhos reais de inclusão (PEREIRA, 2016, s.p.).

FIGURA 79 – EXEMPLOS DE ATIVIDADES VISUAIS PARA AUTISTAS



FONTE: Disponível em: <<http://autismoemgoiania.blogspot.com.br/2012/11/materiais-pedagogicos-adaptados.html>>. Acesso em: 13 out. 2016.



Ana Leite selecionou 30 filmes sobre o autismo, vale a pena conferir a lista em: <http://jornalggn.com.br/blog/gunter-zibell-sp/30-filmes-que-trazem-o-autismo-e-o-asperger-preparados-para-assistir>.

Entre eles está o filme **Um amigo inesperado**

É a história de Kyle Gram, que é um menino que sofre de autismo. Seus pais fazem de tudo para tentar se comunicar com ele, até que o garoto ganha um cachorro e o batiza com o nome de Thomas, aquele trezininho do desenho animado que ele mais gosta. Através do cão, os pais conseguem criar uma relação com o menino que o ajudará a escapar do seu silêncio. Ele e o cão têm uma interação bastante interessante em passeios, com limites e responsabilidades.



Para facilitar a inclusão, encontramos vários materiais sobre o tema. Selecionamos algumas dicas, escritas por Temple Grandin, uma mulher com autismo, que tem sua história contada, inclusive, em um filme. As dicas dela são muito interessantes, justamente por ela ter o transtorno:

LEITURA COMPLEMENTAR

DICAS DE ENSINO PARA CRIANÇAS E ADULTOS COM AUTISMO

Autora: Temple Grandin – PhD, traduzido por Kathia (Delegada Regional e funcionária da APAE (Betim-MG))

Bons professores me ajudaram a atingir o sucesso. Eu estava pronta para superar o autismo porque tive bons professores. Na idade de dois anos e meio, fui colocada num berçário estruturado com professores experientes. Desde muito cedo, fui ensinada a ter boas maneiras e a me comportar à mesa do jantar.

Crianças com autismo precisam ter o dia estruturado e professores que saibam ser firmes, mas humanos. Para isso, essas dicas são importantes:

1 Muitas pessoas com autismo são pensadores visuais. Eu penso por imagens. Não penso por linguagem. Todos os meus pensamentos são como videotípicos correndo em minha imaginação. Imagens são minha primeira linguagem.

Os substantivos foram as palavras mais fáceis de aprender, porque eu podia formar uma imagem em minha mente.

Para aprender palavras como “embaixo” e “em cima”, o professor podia mostrá-las para a criança. Por exemplo: Pegava o avião de brinquedo e dizia: “em cima”, enquanto fazia o avião levantar da cadeira.

- 2 Deve-se evitar séries de instruções verbais longas. Pessoas com autismo têm problemas de lembrar sequências. Se a criança sabe ler, escreva as instruções no papel. Sou inábil em lembrar sequências. Se pergunto a localização de um posto de gasolina, posso lembrar apenas três passos. Localização com mais de três instruções têm que ser escritas. Ainda tenho dificuldade de lembrar números de telefones, porque não posso formar uma imagem em minha mente.
- 3 Muitas crianças com autismo são bons desenhistas, artistas e programadores de computador. Estes tipos de talento poderiam ser encorajados. Acho que há necessidade de dar mais ênfase no desenvolvimento dos talentos das crianças.
- 4 Muitas crianças autistas têm fixação em um assunto, como trens ou mapas. A melhor forma de trabalhar com essas fixações é usá-las como motivos de trabalhos escolares. Ex.: se uma criança gosta de trens, então use trens para ensiná-la a ler e fazer cálculos. Leia um livro sobre trens e faça problemas matemáticos com trens. Por exemplo: Calcule a distância que um trem percorre para ir de Nova York a Washington.
- 5 Use métodos visuais concretos para ensinar números e conceitos. Meus pais me deram um brinquedo matemático que me ajudou a aprender números. Ele consistia em um jogo de blocos que tinha comprimentos diferentes e cores diferentes para os números de um a dez. Com isto, aprendi a adicionar e subtrair. Para aprender frações, meu professor tinha uma maçã de madeira cortada em quatro partes e uma pera cortada ao meio. A partir daí, aprendi o conceito de quatro e metades.
- 6 Eu tinha a pior letra da minha classe. Muitas crianças autistas têm problemas com controle motor de suas mãos. Letra bonita é algumas vezes muito difícil. Isto pode frustrar totalmente a criança. Para reduzir a frustração e ajudar a criança a adquirir escrita, deixe-a digitar no computador. Datilografar é, às vezes, muito mais fácil.
- 7 Algumas crianças autistas aprenderão a ler mais facilmente por métodos fônicos, e outras aprenderão com a memorização das palavras. Aprendi pelo método fônico.
- 8 Quando era criança, sons altos, como o da campainha da escola, feriam os meus ouvidos como uma broca de dentista fere um nervo. Crianças com autismo precisam ser protegidas de sons que lhes ferem os ouvidos. Os sons que me causaram os maiores problemas são: campainhas de escola, zumbidos no quadro de pontuação dos ginásios, som de cadeiras se arrastando pelo chão. Em muitos casos a criança estará pronta para tolerar o sino ou zumbido se ele for abafado simplesmente pelo recheio de um tecido, papel ou um tipo de cadarço ou cordão. O arrastar de cadeiras pode ser silenciado com colocação de borrachas de tênis ou carpetes. A criança pode temer uma determinada sala, porque tem medo que de repente possa ser submetida ao agudo do microfone vindo do sistema amplificador. O medo de um som horrível pode causar péssimo comportamento.

- 9 Algumas pessoas autistas são importunadas por distrações visuais ou luzes fluorescentes. Elas podem ver a pulsação do ciclo 60 Hz de eletricidade. Para evitar este problema, coloque a carteira da criança perto da janela ou tente evitar usar luzes fluorescentes. Se as luzes não podem ser evitadas, use as lâmpadas mais novas que você puder conseguir. Lâmpadas mais novas tremem menos.
- 10 Algumas crianças autistas hiperativas que atormentam todo o tempo, serão por vezes acalmadas se forem vestidas com um colete com enchimento. A pressão da roupa ajuda a acalmar o sistema nervoso. Eu fui grandemente acalmada por pressão. Para melhores resultados, a roupa poderia ser vestida por vinte minutos e então retirada por alguns minutos. Isto previne o sistema nervoso de se adaptar a ela.
“Ensinar” a criança a ser abraçada pode ser uma alternativa, e abraçá-la com suavidade, de forma a que ela não se sinta sufocada. (nota de Argemiro).
- 11 Algumas pessoas com autismo em particular, responderão melhor e terão melhorado o contato visual e a fala se o professor interagir com elas enquanto estiverem nadando ou rolando em uma esteira. A introdução sensorial pelo balanço ou a pressão de esteira algumas vezes ajuda a melhorar a fala. O balanço pode ser feito como um jogo divertido. Ele NUNCA deve ser forçado.
- 12 Algumas crianças e adultos podem cantar melhor que falar. Podem responder melhor se as palavras forem cantadas para eles. Algumas crianças com extrema sensibilidade sonora responderão melhor se o professor falar com elas em um leve sussurro.
- 13 Algumas crianças e adultos não verbais podem não processar estímulos visuais e auditivos ao mesmo tempo. Elas são monocanais, não podem ver ou ouvir ao mesmo tempo, e não podem ser chamadas a ver e ouvir ao mesmo tempo. A elas poderá ser dada ou uma tarefa auditiva ou uma tarefa visual. Seu sistema nervoso imaturo não está apto a processar simultaneamente estímulos visuais e auditivos.
- 14 Em crianças não verbais mais velhas e adultos, o tato é algumas vezes seu senso mais confiável. Às vezes é muito mais fácil para elas sentir. Letras podem ser ensinadas ao deixá-las tatear letras plásticas.
- 15 Elas podem aprender seu itinerário (rotina) diário, sentindo objetos alguns minutos antes da atividade programada. Por exemplo: 15 minutos antes do almoço, dê a elas uma colher para segurar. Alguns minutos antes de sair de carro, deixe-a pegar um carrinho de brinquedo.

FONTE: Disponível em: <<http://www.autismoevida.org.br/p/inclusao.html>>. Acesso em: 13 out. 2016.

RESUMO DO TÓPICO 2

Neste tópico, vimos que:

- O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) originou uma nova classificação dentro de Transtornos do Neurodesenvolvimento: o **Transtorno do Espectro Autista (TEA)**.
- Dificuldade de comunicação e linguagem, dificuldade de socialização, com habilidades sociais limitadas e comportamento restrito e repetitivo, além do uso da imaginação para lidar com jogos simbólicos são características do TEA. A criança diagnosticada pode manifestar uma ou outra, ou todas estas características.
- Assim como não há uma certeza da causa do transtorno, não se conhece a sua cura definitiva, nem há um padrão de tratamento que possa ser aplicado em todos os portadores do distúrbio: por isso, a intervenção precoce, intensiva e adequada facilitará o desenvolvimento da criança com o transtorno.



1 Para reforçar o que estudamos, sugerimos que você faça um quadro-resumo sobre o tema, indicando: as características e as possíveis causas do autismo, e ainda, sugestões de atividades para minimizar os problemas que o transtorno causa para o autista.

QUADRO-RESUMO: AUTISMO

CARACTERÍSTICAS	POSSÍVES CAUSAS	SUGESTÕES

2 Assinale a alternativa cujas informações se referem a pessoas com Autismo Clássico:

- a) São verbais e inteligentes. Tão inteligentes que chegam a ser confundidos com gênios.
- b) Distúrbio global do desenvolvimento sem outra especificação.
- c) São voltados para si mesmos, não estabelecem contato visual com as pessoas nem com o ambiente.
- d) Contato interpessoal constante.

3 Sobre as causas do autismo, é correto afirmar que:

- a) A tendência é que sua causa seja apenas genética.
- b) Sua causa é biológica e ambiental.
- c) Sua causa é apenas ambiental.
- d) São múltiplas as causas para o autismo, entre elas, fatores genéticos, biológicos e ambientais



Assista ao vídeo de resolução da questão 2



TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM E COMPORTAMENTO

1 INTRODUÇÃO

Assim como o DSM-5 alterou a nomenclatura do Autismo, também o fez com os, agora, Transtornos específicos da aprendizagem, que deixaram de ser subdivididos em problemas de leitura, escrita ou cálculo, entre outros.

Agora, temos basicamente três tipos de transtornos específicos: o transtorno com prejuízo na leitura, o transtorno com prejuízo na matemática, e o transtorno com prejuízo na expressão escrita. São estes transtornos que estudaremos neste tópico.

2 TRANSTORNOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM E COMPORTAMENTO

A antiga subdivisão de “transtornos de leitura, cálculo, escrita e outros” foi modificada, “especialmente pelo fato de que os indivíduos com esses transtornos frequentemente apresentam déficits em mais de uma esfera de aprendizagem”, garantem Araújo e Neto (2014, p. 72)

Para Fontes (s.d., s.p.), “os Transtornos de Aprendizagem compreendem uma inabilidade específica, como leitura, escrita ou matemática, em indivíduos que apresentam resultados significativamente abaixo do esperado para o seu nível de desenvolvimento, escolaridade e capacidade intelectual”.

Atualmente, o DSM-V apresenta basicamente três tipos de transtornos específicos: o Transtorno com prejuízo na leitura, o Transtorno com prejuízo na matemática, e o Transtorno com prejuízo na expressão escrita.

2.1 CAUSAS DOS TRANSTORNOS

De acordo com o DSM-V, o transtorno específico da aprendizagem é um “transtorno do neurodesenvolvimento com uma origem biológica que é a base das anormalidades no nível cognitivo, as quais são associadas com as manifestações comportamentais”, conforme Fontes (s.d., s.p.).

O desenvolvimento cerebral do feto é um fator importante que contribui para o processo de aquisição, conexão e atribuição de significado às informações, ou seja, da aprendizagem. Dessa forma, qualquer fator que possa alterar o desenvolvimento cerebral do feto facilita o surgimento de um quadro de Transtorno de Aprendizagem que possivelmente só será identificado quando a criança necessitar expressar suas habilidades intelectuais na fase escolar (FONTES, s.d., s.p.).

Fatores sociais, como o ambiente escolar e o contexto familiar, também são determinantes na manutenção dos problemas de aprendizagem. Quanto maior a motivação e a capacitação da equipe pedagógica, maior a qualidade da relação professor-aluno-família e da proposta pedagógica da escola, conseqüentemente, tendem a ser menores os problemas de aprendizagem. Em relação ao ambiente familiar, famílias com alto nível sociocultural podem negar a existência de dificuldades escolares da criança. “Há também casos em que a família apresenta um nível de exigência muito alto, com a visão voltada para os resultados obtidos, podendo desenvolver na criança um grau de ansiedade que não permite um processo de aprendizagem adequado” (FONTES, s.d.).

3 TRANSTORNO DA LEITURA

Segundo Fontes (s.d., s.p.), “o Transtorno da Leitura, alternativamente conhecido como dislexia, é um transtorno caracterizado por problemas no reconhecimento preciso ou fluente de palavras, problemas de decodificação e dificuldade de ortografia”. É importante salientar que, por se tratar de um transtorno específico das habilidades de leitura, ele não está relacionado à idade mental, problemas de acuidade visual ou baixo nível de escolaridade.

O DSM-V, segundo Fontes (s.d.), classifica como critérios diagnósticos para o Transtorno da Leitura:

- Leitura de palavras de forma imprecisa ou lenta e com esforço (por exemplo: lê palavras isoladas em voz alta, de forma incorreta ou lenta e hesitante, frequentemente adivinha palavras, tem dificuldade de soletrá-las).
- Dificuldade para compreender o sentido do que é lido (por exemplo: pode ler o texto com precisão, mas não compreende a sequência, as relações, as inferências ou os sentidos mais profundos do que é lido).

FIGURA 80 – SINTOMAS DA DISLEXIA INFANTIL



FONTE: Disponível em: <<http://vivomaissaudavel.com.br/saude/crianca/primeiro-sinal-da-dislexia-infantil-e-o-deficit-no-rendimento-escolar/>>. Acesso em: 15 out. 2016.

De acordo com a Associação Brasileira de Dislexia – ABD (2016), o primeiro sinal da dislexia infantil é o déficit no rendimento escolar. O diagnóstico específico deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, formada por neuropsicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogos. O passo seguinte é entender a dificuldade, reparar nos sintomas e não culpar a criança por sua dificuldade em compreender textos e interpretar a decodificação dos sons linguísticos. Assim:

Uma intervenção bem sucedida depende de uma avaliação criteriosa e multidisciplinar ou interdisciplinar (neurologia, otorrinolaringologia, fonoaudiologia, psicologia ou psicopedagogia clínica) [...] Para que a criança disléxica seja atendida precocemente e que os impactos emocionais e comportamentais sejam evitados é de competência de todos conhecer os distúrbios de leitura e da escrita, lembrando-se sempre que a criança em questão, no momento, é um ser único e como tal deverá ser tratada (SILVA, 2009, p. 474).

Por isso, vale ressaltar a importância da observação do professor frente esta dificuldade: quanto antes for percebida, antes o tratamento pode ser iniciado, conseqüentemente, o problema minimizado.

4 TRANSTORNO DA MATEMÁTICA

O Transtorno da Matemática, conhecido como discalculia, segundo Fontes (s.d., s.p.), “não é relacionado à ausência de habilidades matemáticas básicas, como contagem, e sim, na forma com que a criança associa essas habilidades com o mundo que a cerca”.

A aquisição de conceitos matemáticos e outras atividades que exigem raciocínio são afetadas neste transtorno, cuja baixa capacidade para manejar números e conceitos matemáticos não é originada por uma lesão ou outra causa orgânica. Em geral, o Transtorno da Matemática é encontrado em combinação com o Transtorno da Leitura ou Transtorno da Expressão Escrita (FONTES, s.d., s.p.).

Conforme o DSM-V apud Fontes (s.d., s.p.), este Transtorno é caracterizado por:

- Dificuldades para dominar o senso numérico, fatos numéricos ou cálculo (por exemplo: entende números, sua magnitude e relações de forma insatisfatória; conta com os dedos para adicionar números de um dígito em vez de lembrar o fato aritmético, como fazem os colegas; perde-se no meio de cálculos aritméticos e pode trocar as operações).
- Dificuldades no raciocínio (por exemplo: grave dificuldade em aplicar conceitos, fatos ou operações matemáticas para solucionar problemas quantitativos).

Frank (2013, s.p.) afirma que 6% da população mundial em idade escolar sofrem desse transtorno [...]. Com o tratamento adequado, aprende-se a lidar com a ‘deficiência’ “. Assim, novamente, uma equipe multidisciplinar contribuirá para tratar do transtorno.

O professor jamais deve demonstrar impaciência ante a dificuldade exagerada de um aluno na solução de problema matemático. Criança que sofre de discalculia é vítima potencial de *bullying* e merece ser tratada com respeito por todos da mesma classe. Cabe à professora enfatizar o valor do que é diferente, incentivando o respeito mútuo (FRANK, s.d., s.p.).

Em sala de aula, o professor é essencial, dando o exemplo, demonstrando atenção e paciência especiais com a criança com discalculia, a cada oportunidade de explicar um enunciado matemático. Trabalhar de forma lúdica também é importante: diferenciar o ensino, trabalhando a base, as quatro operações, recorrendo a estímulos visuais mais fortes são fundamentais para facilitar a aprendizagem.

5 TRANSTORNO DA EXPRESSÃO ESCRITA

Comparado a outros Transtornos de Aprendizagem, sabe-se menos acerca do Transtorno da Expressão Escrita e sobre o seu tratamento, principalmente quando ocorre na ausência de Transtorno de Leitura.

Existem determinadas evidências de que déficits de linguagem e déficits percepto-motores podem acompanhar o transtorno da expressão escrita. Um transtorno apenas de ortografia ou caligrafia, na ausência de outras dificuldades da expressão escrita, em geral, não se presta a um diagnóstico de Transtorno da Expressão Escrita. Neste transtorno geralmente existe uma combinação de dificuldades na capacidade de compor textos escritos, evidenciada por erros de gramática e pontuação dentro das frases, má organização dos parágrafos, múltiplos erros ortográficos ou fraca caligrafia, na ausência de outros prejuízos na expressão escrita (FONTES, s.d., s.p.).

Seguindo a linha do DSM-V apud Fontes (s.d., s.p.), são critérios diagnósticos do Transtorno da Expressão Escrita:

- Dificuldades para ortografar (ou escrever ortograficamente) (por exemplo: pode adicionar, omitir ou substituir vogais e consoantes).
- Dificuldades com a expressão escrita (por exemplo: comete múltiplos erros de gramática ou pontuação nas frases; emprega organização inadequada de parágrafos; expressão escrita das ideias sem clareza).

Disgrafia (também chamada de letra feia) e Disortografia (amontoado de letras para esconder erros ortográficos) são dificuldades comuns encontradas nas escolas. Para ajudar crianças com tais dificuldades, além de atendimento individualizado, conforme aponta Sampaio (2012), é interessante: dar ênfase à expressão oral; evitar o uso de canetas vermelhas na correção, para não reforçar os erros; estimular a memória visual, através de quadros com letras, números e famílias silábicas e não forçar cópias repetitivas.

6 TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um dos transtornos neuropsiquiátricos mais conhecidos na infância que ocasiona sérias dificuldades para o processo de aprendizagem. Para Fontes (s.d., s.p.) “isto se deve à baixa concentração de dopamina e/ou noradrenalina em regiões sinápticas do lobo frontal, leva o indivíduo a uma tríade sintomatológica de falta de atenção, hiperatividade e impulsividade”.

Atualmente, o DSM-V trouxe algumas mudanças em relação ao TDAH; agora é possível estabelecer o diagnóstico deste transtorno concomitantemente com o quadro de autismo, o que antes não era possível. Anteriormente também era necessário demonstrar que os sintomas estivessem presentes antes dos sete anos de idade, atualmente o limite de idade foi modificado para 12 anos. O novo DSM-5 traz a opção de TDAH com Remissão Parcial, que deve ser empregado naqueles casos onde houve diagnóstico pleno de TDAH anteriormente (isto é, de acordo com todos os critérios), porém com um menor número de sintomas atuais. Além disto, uma última novidade do

DSM-V é a possibilidade de se classificar o TDAH em Leve, Moderado e Grave, de acordo com o grau de comprometimento que os sintomas causam na vida do indivíduo (FONTES, s.d., s.p.).

“A incidência é maior em meninos, chegando a 80% dos casos, do que em meninas, e por esse motivo pode estar relacionado ao hormônio masculino, a testosterona”, conforme Sampaio (2012, s.p.). Em alguns casos, meninas com TDAH apresentam gestos masculinos e fala grossa como consequência de um aumento nessa taxa de hormônio. Os índices do transtorno são altos: “chega a atingir de 3% a 5% da população escolar infantil, provocando baixo rendimento escolar, baixa autoestima e dificultando os relacionamentos entre os colegas”, salienta Sampaio (2012, s.p.).

“A maioria das crianças necessita de intervenção psicopedagógica e/ou fonoaudiológica, além das aulas convencionais na escola [...]. Porém, existem casos em que o grau do transtorno exige que a criança passe por programas educativos individuais e intensivos” (FONTES, s.d., s.p.).

FIGURA 81 – SINTOMAS DO TDAH

TDAH

Como identificar os sintomas



- Deixa de prestar atenção aos detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares
- Parece não escutar quando lhe dirigem a palavra
- Evita, antipatiza ou reluta em envolver-se em atividades que exijam esforço mental constante
- É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa
- Apresenta esquecimento em atividades diárias
- Tem dificuldade para brincar ou para se envolver silenciosamente em atividades de lazer



- Agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
- Tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
- Perde objetos pessoais (brinquedos, lápis, livros etc)
- Não segue instruções e não termina os deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais



FONTE: Disponível em: <<http://neuropsicopedagogiasaladeaula.blogspot.com.br/2012/09/tdah-transtorno-de-deficit-de-atencao-e.html>>. Acesso em: 18 out. 2016.

Sampaio (2012, s.p.) relaciona algumas estratégias para o aluno com TDAH, primeiramente, para que ele não se sinta entediado e não atrapalhe tanto as aulas:

- Substituir aulas monótonas ou cansativas por aulas mais estimulantes que prendam sua atenção (o professor deverá ter muito preparo e ser bastante flexível com seu planejamento, mas ter cuidado para que o hiperativo não se empolgue demais).
- Estes alunos adoram novidades, lance mão destes recursos não habituais para prender sua atenção. Peça ajuda ao professor de artes para trabalhar de forma interdisciplinar. Estas crianças são muito criativas e se identificam muito com tarefas como criar, construir, explorar. Os adultos hiperativos poderão ter mais sucesso em carreiras ligadas a designers, publicidade, artes plásticas.
- Organize as carteiras em círculo, em forma de U, ao invés de fileiras, a fim de visualizar melhor toda a classe e seu movimento.
- Coloque esta criança próxima a outras mais concentradas e calmas, assim ela não encontrará seguidores para sua agitação.
- Traga esta criança para perto de você, assim poderá ver se ela está conseguindo acompanhar seu ritmo, ou se você precisa desacelerar um pouco. Isto o ajudará também a dispersar-se menos.
- Coloque sempre no quadro as atividades do dia para que este aluno perceba que há regras predefinidas e previamente organizadas e que todos devem cumpri-las, sem exceção de ninguém.
- As tarefas não poderão ser longas. Deverão ter conclusão rápida para que ele consiga concluir a tarefa e não pare pela metade, o que é muito comum. As tarefas maiores deverão ser divididas em partes para que ele perceba que elas podem ser terminadas.
- Evite cores muito fortes na sala e na farda, como amarelo e vermelho. Cores fortes tendem a deixá-los ainda mais agitados, excitados e menos atentos. Procure colocar tons mais neutros e suaves. Compare com o quarto de um bebê, agora pense: por que ninguém usa cores fortes nele? Estímulo demais não é bom para ninguém.
- Permita que o aluno saia algumas vezes da sala para levar bilhetes, pegar giz em outra sala, ir ao banheiro. Estes alunos não gostam de ficar parados por muito tempo e, desta forma, estará evitando que ele fuja da sala por conta própria.
- Peça que o aluno faça três riscos no quadro. Isto será o número de vezes que ele poderá sair. Cada vez que ele sair deverá apagar um risco no quadro. Isto funciona como um limite e tende a dar certo, porque a criança se controla mais antes de pensar em sair da sala.

- Elogie seu bom comportamento, incentive os colegas a elogiar suas produções, desta forma a turma estará ajudando este aluno a elevar sua autoestima.
- Uma agenda de comunicação entre pais e escola é muito importante. Isto evita que as conversas se deem apenas em reuniões.
- As aulas de Educação Física são um ótimo auxílio para estas crianças que parecem ter energia triplicada. A ginástica ajuda a liberar mais esta energia que parece ser inesgotável, ajuda na concentração através de exercícios específicos, ajuda a estimular hormônios e neurônios, a distinguir direita de esquerda, já que possuem problemas de lateralidade que prejudicam muito sua aprendizagem.

FONTE: Sampaio (2012, s.p.)

Para finalizar, Sampaio (2012, s.p.) faz um alerta interessante: um dos maiores problemas em relação ao TDAH está no fato de que ainda se tem pouco conhecimento sobre o assunto na escola e entre os pais. Assim, “muitos indivíduos que sofrem deste problema podem passar a vida toda sendo acusados injustamente de mal-educados, preguiçosos, desastrados, desequilibrados, justamente porque não foi diagnosticado e tratado a tempo”.

Por isso, se depois de ler estas informações você reconheceu alguém próximo com estas características, converse com os pais e oriente-os a procurar ajuda. É importante que se deixe de lado a falta de conhecimento e o preconceito: o mais importante é pensar no bem-estar destas crianças.

RESUMO DO TÓPICO 3

Neste tópico, vimos que:

- Os Transtornos Específicos da Aprendizagem, que deixaram de ser subdivididos em transtornos de leitura, cálculo, escrita e outros, compreendem uma inabilidade específica, como leitura, escrita ou matemática.
- O Transtorno da Leitura, alternativamente conhecido como dislexia, é um transtorno caracterizado por problemas no reconhecimento preciso ou fluente de palavras, problemas de decodificação e dificuldade de ortografia.
- O Transtorno da Matemática, conhecido como discalculia, não é relacionado à ausência de habilidades matemáticas básicas, como contagem, e sim, na forma com que a criança associa essas habilidades com o mundo que a cerca.
- Disgrafia (também chamada de letra feia) e Disortografia (amontoado de letras para esconder erros ortográficos) são dificuldades comuns encontradas nas escolas, sendo Transtornos da Expressão Escrita.
- O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um dos transtornos neuropsiquiátricos mais conhecidos na infância, que ocasiona sérias dificuldades para o processo de aprendizagem. Isto se deve à falta de atenção, hiperatividade e impulsividade.



1 Nesta unidade enfatizamos bastante a importância da equipe multidisciplinar atuando em favor da aprendizagem dos alunos. Você conhecia esse termo: equipe multidisciplinar? Conhece profissionais das áreas citadas e o seu trabalho? Como você avalia a interação de pais, professores e profissionais específicos? Que tal pesquisar mais sobre isso para entender melhor esta dinâmica?

2 (ENADE 2005) Para atender às diferenças de aprendizagem, de interesse e de ritmo de uma classe de alunos de 11 a 12 anos, o professor de Matemática tem trabalhado com duplas e trios. Esse docente vem realizando diagnóstico do desenvolvimento desses estudantes em relação à construção dos conceitos fundamentais da Matemática e estabeleceu, como meta, que todos os alunos pudessem aprender tais conceitos. Para tanto, o professor planejou atividades como:

I - Resolução de situações-problema para aplicação dos conceitos que serão estudados.

II - Exercício para levantamento do conhecimento prévio dos alunos em relação aos conceitos a serem estudados.

III - Provas com pormenores dos conteúdos que são pré-requisitos para os estudos posteriores.

IV - Série do mesmo tipo de exercício para que os alunos possam reter os conceitos fundamentais.

Contribuíram para o alcance da meta proposta:

a) I e II, apenas.

b) I e IV, apenas.

c) II e III, apenas.

d) II e IV, apenas.

e) III e IV, apenas.

3 O TDAH tem alguns sintomas específicos. Sobre eles, é INCORRETO afirmar que o aluno com este transtorno:

a) Parece não escutar quando lhe dirigem a palavra.

b) Apresenta esquecimento em atividades diárias.

c) Concentra-se facilmente em tarefas lúdicas.

d) Agita as mãos ou pés ou se remexe na cadeira.



Assista ao vídeo de
resolução da questão 3



PARA ALÉM DAS DEFICIÊNCIAS E SÍNDROMES: A PRESENÇA DO PRECONCEITO E DO BULLYING EM NOSSAS ESCOLAS

1 INTRODUÇÃO

Chegamos aos tópicos finais de nossa terceira unidade. Agora, mais do que reunir informações, discutiremos alguns pontos sobre a realidade de quem vive com alguma síndrome ou transtorno.

“A violência moral e física contra estudantes com necessidades especiais é uma realidade velada”, conforme Martins (2009, s.p.). Por isso, especialmente neste tópico, abordaremos a questão do preconceito e das dificuldades encontradas, oriundas de uma sociedade que tem muito a aprender e transformar para ser inclusiva.

2 A INCLUSÃO CRESCE, O PRECONCEITO TAMBÉM

Infelizmente, algumas cenas ainda são comuns quando envolvem pessoas com e sem deficiência, principalmente com as não aptas e sensíveis, para lidar com as diferenças. Martins relata uma situação dessas, explicando o *bullying* que ali ocorre:

Um ou mais alunos xingam, agridem fisicamente ou isolam um colega, além de colocar apelidos grosseiros. Esse tipo de perseguição intencional definitivamente não pode ser encarado só como uma brincadeira natural da faixa etária ou como algo banal, a ser ignorado pelo professor. É muito mais sério do que parece. Trata-se de *bullying*. A situação se torna ainda mais grave quando o alvo é uma criança ou um jovem com algum tipo de deficiência, que nem sempre têm habilidade física ou emocional para lidar com as agressões (MARTINS, 2009, s.p.).

As atitudes descritas acima costumam ser impulsionadas pela falta de conhecimento sobre as deficiências, sejam elas físicas ou intelectuais, e, em boa parte, pelo preconceito trazido de casa. Em uma pesquisa recente sobre este tema, efetivada “com 18 mil estudantes, professores, funcionários e pais, em 501 escolas em todo o Brasil, a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) constatou que 96,5% dos entrevistados admitem o preconceito contra pessoas com

deficiência”, afirma Martins (2009, s.p.).

Moreno e Fajardo (2013, s.p.) apresentam dados do Censo Escolar:

Entre 2005 e 2011, as matrículas de crianças e jovens com algum tipo de necessidade especial (intelectual, visual, motora e auditiva) em escolas regulares cresceram 112% e chegaram a 558 mil. Ou seja, a inclusão vem crescendo. As matrículas das crianças com deficiência em escolas especializadas e as classes exclusivas nas escolas comuns caíram 48% de 2005 para 2011, quando foram registradas 193 mil matrículas.

“Apesar de a inclusão de crianças e jovens com algum tipo de deficiência nas escolas regulares ter aumentado nos últimos anos, são grandes os desafios de preparar os professores para mantê-las na sala de aula com os demais colegas, e de receber as crianças que ainda estão excluídas” (MORENO; FAJARDO, 2013, s.p.). O sistema educacional convencional precisa ser revisto e as escolas precisam adaptar seus conceitos pedagógicos, incluindo atividades que desenvolvam o sentimento de empatia, solidariedade e, também, amor.

A exclusão é uma forma de *bullying* e deve ser combatida com o trabalho de toda a equipe. Para Moreno e Fajardo (2013), é normal os alunos reagirem de maneira negativa diante de uma situação desconhecida. O professor pode estabelecer limites para estas reações, buscando por meio do exemplo e do esclarecimento, conscientizar seus alunos para que isso não mais aconteça.

Para Mantoan apud Moreno e Fajardo (2013, s.p.) “o mais importante para uma criança com deficiência não é aprender o mesmo conteúdo que as outras, mas ter a possibilidade de aprender a colaborar, ter autonomia, governar a si próprio, ter livre expressão de ideias e ver o esforço pelo que consegue criar, ser recompensado e reconhecido”.

Para finalizar, Martins (2009, s.p) enumera seis soluções práticas para contribuir com a inclusão sem preconceitos:

- Conversar sobre a deficiência do aluno com todos na presença dele.
- Adaptar a rotina para facilitar a aprendizagem sempre que necessário.
- Chamar os pais e a comunidade para falar de *bullying* e inclusão.
- Exibir filmes e adotar livros em que personagens com deficiência vivenciam contextos positivos.
- Focar as habilidades e capacidades de aprendizagem do estudante para integrá-lo à turma.
- Elaborar com a escola um projeto de ação e prevenção contra o *bullying*.

Definitivamente, contribuir com a inclusão passa pela informação. Primeiro, entender e conhecer cada particularidade, para depois adaptar-se à situação e propor alternativas que foquem na possibilidade dos alunos e não em suas dificuldades.



Atualmente, há uma série de garantias destinadas às pessoas com deficiência, como ser atendida nos serviços de saúde do SUS, desde os Postos de Saúde e Unidades de Saúde da Família, até os Serviços de Reabilitação e Hospitais. Tem direito à consulta médica, ao tratamento odontológico, aos procedimentos de enfermagem, à visita dos Agentes Comunitários de Saúde, aos exames básicos e aos medicamentos que sejam distribuídos pelo SUS.

Para saber mais: <<http://www.unasus.gov.br/tags/atencao-saude>>

Pessoas com deficiência podem procurar o SUS quando necessitarem de orientação, prevenção, cuidados ou assistência médica e odontológica

As pessoas com deficiência têm direito:

- Encaminhamento para serviços mais complexos.
- Receber assistência específica nas unidades especializadas de média e alta complexidade.
- Terapias e reabilitação física, auditiva, visual ou intelectual.
- Ajudas técnicas e meios auxiliares de locomoção de que necessitem, complementando o trabalho de reabilitação.
- Visita dos Agentes Comunitários de Saúde.

#saúde nasredes blog.saude.gov.br SUS + f /minsaude



Para conhecer melhor a chamada Lei de Inclusão, Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, acesse: <<http://www.senado.leg.br>>.

O Estatuto da Pessoa com Deficiência é baseado na Lei da Inclusão, traz mais informações para a validação dos direitos da pessoa com deficiência. Para saber mais, acesse: <http://livraria.senado.leg.br/e_estatuto_da_pessoa_com_deficiencia>.

LEITURA COMPLEMENTAR

Selecionamos um texto para conhecermos um pouco mais sobre a exclusão pelo mundo... O texto é de Vivian Alt:

COMO O PRECONCEITO EXCLUI PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Ausência de políticas públicas e rejeição familiar violam direitos humanos

Em fevereiro de 2015, o mundo conheceu a história de Leo, o recém-nascido portador de Síndrome de Down na Armênia que foi rejeitado pela mãe após o parto. O pai se recusou a abandoná-lo e a mãe pediu o divórcio. A história foi divulgada no Brasil pelo senador Romário Faria, um dos principais ativistas pela inclusão de pessoas com deficiência no país. Em novembro de 2014, um episódio ainda mais dramático chegou aos noticiários mundiais: crianças em uma instituição pública para pessoas com deficiência na Grécia eram mantidas trancafiadas em jaulas. Jaulas, como se fossem animais! Essa sequência de acontecimentos em países europeus colocou em pauta uma questão de enorme importância que, contudo, é frequentemente esquecida: a proteção de direitos humanos de pessoas com deficiência.

Recapitulando visões sobre deficiência

Durante séculos, mesmo em países desenvolvidos, a deficiência era vista como algo degradante e motivo de vergonha. Em 1913, o Reino Unido aprovou uma lei conhecida como Ato de Incapacidade Mental, que autorizava que pessoas com problemas mentais fossem mantidas em instituições questionáveis. O Ato resultou na internação de mais de 40 mil homens e mulheres. Na Alemanha nazista, Hitler pregou o extermínio não somente de judeus, como também de pessoas com deficiência. Até a década de 1970 na Europa e Estados

Unidos, a deficiência era vista como problema (*impairment*, em inglês) físico ou mental. Esta visão é conhecida atualmente como o “Modelo Médico” (Medical Model), que significa, por exemplo, que se uma pessoa é surda, sua deficiência é a surdez.

Em 1975, o Modelo Médico foi questionado pelo movimento inglês Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS), cujo objetivo era mudar o pensamento da sociedade britânica sobre deficiência. O UPIAS propôs uma diferenciação entre os termos *impairment* e *disability*, argumentando que o primeiro é “falta ou falha de um membro, órgão ou mecanismo do corpo humano” e *disability* (deficiência) é a “restrição em uma atividade causada por organizações contemporâneas que não levam em consideração pessoas com problemas físicos ou mentais e, assim, os excluem da vida social”.

Esta definição ficou conhecida como o “Modelo Social de Deficiência” e tornou-se a forma oficial de abordar o assunto no Reino Unido e, posteriormente, em outros países desenvolvidos. O Modelo Social gerou uma série de políticas e projetos que tinham como principal objetivo melhorar a provisão de serviços públicos sociais. Apesar de ter sido uma evolução, atualmente o modelo é criticado por focar exclusivamente na parte social de inclusão, deixando de lado aspectos importantes como programas de prevenção e reabilitação.

Tais críticas levaram ao desenvolvimento de abordagens mais multidimensionais, nas quais a deficiência é vista como o mal infligido às capacidades dos indivíduos, resultantes de restrições do ambiente social e de problemas oriundos de seu *impairment*. Essa visão abre espaço para programas e políticas públicas mais humanas, que priorizem não apenas as necessidades do grupo como um todo, mas também atentam para o preconceito e outras necessidades do dia a dia provocadas por cada *impairment*. Deve-se notar que em português, assim como em muitas línguas, ainda não há diferença entre deficiência e *impairment*.



O papel do preconceito na vida de pessoas com deficiência

Em muitos países em desenvolvimento, deficiências são encaradas como algo vergonhoso, como uma maldição ou até mesmo uma punição de Deus. É comum pessoas esconderem familiares com deficiência em casa, impedindo-os de ter uma vida em sociedade. De acordo com o especialista Modjeh Bayat, “na maioria dos países africanos, crianças com deficiência são praticamente invisíveis na sociedade e existe pouca ou nenhuma informação oficial sobre elas”. Uma vez que muitas destas pessoas são mantidas em casa, não há dados confiáveis nem mesmo em censos nacionais. Ou seja, quase nada se sabe sobre como vivem indivíduos com deficiência em muitos países.

Mesmo quando não há vergonha, existe um senso comum de que pessoas com deficiência são incapazes de viver uma vida normal. O problema começa porque, segundo a especialista Sarah Irwin, a “independência [financeira e social] é altamente valorizada, enquanto dependência é vista como algo bastante problemático”. Portanto, devido à falta de estrutura em países em desenvolvimento, pessoas com deficiência são altamente dependentes de suas famílias. Adultos que não são financeiramente independentes acabam normalmente marginalizados, reforçando o sentimento de vergonha e da noção de incapacidade.

Estas noções geram uma série de problemas. O primeiro é o impacto do preconceito na formação da personalidade de pessoas com deficiência. A vergonha da família acaba gerando um processo dialético, no qual a ideia de incapacidade (ou maldição) é internalizada pela pessoa. Tendo ouvido durante toda sua vida que são incapazes e um fardo aos familiares próximos, indivíduos com deficiência internalizam esse sentimento de inferioridade e, conseqüentemente, estão mais suscetíveis a problemas de baixa autoestima.

Atualmente, em muitos países da África e Ásia (ou em países europeus), o pior preconceito vem da própria família, que considera uma vergonha ter um parente com deficiência. A personalidade das crianças com deficiência, que contam com parentes adultos para quase tudo em seu cotidiano, é significativamente influenciada pelo preconceito destes parentes. Dado que crianças em seus primeiros anos de vida são altamente influenciadas pelo ambiente familiar, elas em geral desenvolvem baixa autoestima e questionam suas capacidades. Ademais, o preconceito contribui para que estas crianças não frequentem escolas, não recebam tratamento médico adequado (o que muitas vezes acaba piorando seu quadro médico) e gera um ciclo vicioso entre vergonha, sentimento de inferioridade e exclusão social.

Na Costa do Marfim, pais escondem crianças com deficiência em casa por acreditarem que “qualquer morte, doença ou desastre natural pode ocorrer por conta de uma maldição infligida naquela comunidade, resultado do espírito maléfico de seu filho”. Na Tanzânia, em 2013, 70 crianças foram encontradas escondidas em casa por seus pais na região norte de Kilimanjaro. Os pais confessaram que, por vergonha, as crianças eram trancadas desde o nascimento e seus movimentos eram restringidos para que vizinhos não soubessem de sua existência.

Em Uganda, Martha, de 16 anos, abandonou a escola porque outras crianças recusavam-se a falar com ela e até mesmo a humilhavam por conta de sua deficiência visual. O comportamento dos alunos era incentivado por professores e familiares, que acreditavam que Martha era amaldiçoada. Portanto, estas crianças escutam durante grande parte de suas vidas que são incapazes ou amaldiçoadas. Logo, acabam reproduzindo esse sentimento em suas vidas, como Martha, que abandonou a escola.

O segundo problema é a ausência de políticas públicas específicas. Uma vez que há vergonha, não há incentivos da população para que o governo desenvolva programas sociais voltados a este grupo populacional. O resultado é visto em indicadores sociais: dois terços das crianças que estão hoje fora da escola em países em desenvolvimento possuem alguma deficiência. A situação é ainda mais problemática para meninas, que precisam lidar também com o preconceito de gênero.

Mesmo em casos menos extremos, pais ainda consideram que garantir a educação de filhos com deficiência não gera benefício, uma vez que não se crê que estes conseguirão arrumar emprego mesmo tendo frequentado a escola. Como educação é, em geral, tida como a única forma de se atingir independência financeira e dado que a maioria das pessoas com deficiência é dependente de parentes, as famílias tendem a acreditar que educar crianças com deficiência é inútil. Nota-se uma tentativa de reverter esse quadro por parte das próprias crianças. Em estudo conduzido em Ghana e na Tanzânia, crianças declararam querer estudar “para demonstrar capacidade e conquista numa sociedade que esnoba seu potencial”.

Nesse sentido, a educação é a chave para mudanças. Garantir educação para meninos e meninas com deficiência promove a noção de cidadania e um senso de compartilhamento de direitos com pessoas não deficientes. Da mesma forma que existe um ciclo vicioso entre preconceito e dependência, também pode haver um entre educação e autonomia. Como defendido pelo ganhador

do Prêmio Nobel, Amartya Sen, promover educação de qualidade para crianças com deficiência é um mecanismo para garantir sua liberdade de viver uma vida autônoma, para ser visto por outras pessoas como iguais e para verem a eles próprios como cidadãos e indivíduos plenamente capazes.

FONTE: Disponível em: <<http://politike.cartacapital.com.br/a-maldicao-do-preconceito-as-pessoas-com-deficiencia/>>. Acesso em: 9 dez. 2016.

RESUMO DO TÓPICO 4

Neste tópico, vimos que:

- “Entre 2005 e 2011, as matrículas de crianças e jovens com algum tipo de necessidade especial (intelectual, visual, motora e auditiva) em escolas regulares cresceu 112% e chegou a 558 mil” (MORENO E FAJARDO, 2013, s.p.).
- A inclusão de crianças e jovens aumentou nos últimos anos e, com ela, o preconceito. Por isso, são grandes os desafios de preparar os professores e o sistema educacional convencional a adaptarem seus conceitos pedagógicos.
- A exclusão é uma forma de *bullying* e deve ser combatida com o trabalho de toda a equipe escolar.



- 1 Há várias campanhas publicitárias estimulando a aceitação de pessoas com deficiências. Tente criar algo também, incentivando a prática de eliminar o preconceito. Pode ser uma charge, desenho ou uma frase ilustrada.



- 2 (ENADE 2011) Na Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, o atendimento educacional especializado é organizado para apoiar o desenvolvimento dos alunos, constituindo oferta obrigatória em todos os níveis e modalidades de ensino.

De acordo com os pressupostos da inclusão escolar expressos na referida Política, avalie as afirmações a seguir.

- I. A inclusão educacional expressa um paradigma fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis.
- II. A educação inclusiva prevê o acesso, a participação e a aprendizagem dos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas escolas regulares.
- III. O atendimento educacional especializado tem como função identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos alunos, considerando suas necessidades específicas.
- IV. O movimento mundial pela inclusão educacional é uma carta de intenções que prevê, a partir da próxima década, ações políticas de atendimento educacional especializado, que deve ocorrer em salas de aula diferenciadas, na mesma escola.

É correto apenas o que se afirma em:

- a) I e III.
- b) I e IV.
- c) II e IV.
- d) I, II e III.
- e) II, III e IV.

3 A escola pode realizar ações para que a inclusão aconteça sem preconceitos. Pensando nisso, assinale a única alternativa que não condiz com esta possibilidade:

- a) Conversar sobre a deficiência do aluno com todos na presença dele.
- b) Adaptar a rotina para facilitar a aprendizagem sempre que necessário.
- c) Elaborar com a escola um projeto de ação e prevenção contra o *bullying*.
- d) Ignorar os pais, nestes casos. Eles agem com muita proteção e isso atrapalha a inclusão.



*Assista ao vídeo de
resolução da questão 2*



EDUCAÇÃO INCLUSIVA NO ENSINO SUPERIOR

1 INTRODUÇÃO

Viegas (2016) tem um estudo interessante sobre o crescimento do acesso da pessoa com deficiência ao Ensino Superior.

Em 2008, segundo o Ministério da Educação (MEC), foi instituída a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. “Seu objetivo é promover a transformação dos atuais sistemas de ensino em sistemas educacionais inclusivos”, tendo como estratégias “a garantia do acesso e a permanência dos estudantes com deficiência, por meio de ações que visem à eliminação de barreiras físicas, pedagógicas e na comunicação, assim como nos ambientes, tendo como foco a promoção da autonomia e a igualdade de direitos dos alunos com deficiência”, conforme Viegas (2016, s.p.).

No caso do Ensino Superior, Viegas (2016, s.p.) aponta que “essa política visa assegurar às pessoas com deficiência o seu ingresso e as oportunidades de desenvolvimento pessoal, social e profissional, bem como não restringir sua participação em determinados ambientes e atividades em razão da deficiência”. Conforme os dados que mostraremos a seguir, esta Política Nacional tem tido sucesso.

2 O SALTO QUANTITATIVO DE MATRÍCULAS DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR

Viegas (2016, s.p.) relaciona uma série de dados do Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Censo da Educação Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP):

- Entre as pessoas com deficiência com mais de 15 anos no país, 61,13% não têm instrução ou têm somente o Ensino Fundamental completo.
- Outros 14,15% têm Ensino Fundamental completo ou Médio incompleto, 17,67% têm Ensino Médio completo ou Superior completo e apenas 6,66% concluíram um curso superior.
- Em 2010, o Brasil tinha 45.606.048 pessoas com deficiência, o que representava 23,9% da população.
- Em um período de dez anos, entre 2004 e 2014, o acesso de pessoas com deficiência ao Ensino Superior deu um salto no país, mas quando esses números são comparados com os dados totais de ingresso nas

faculdades e universidades brasileiras, essa participação ainda é mínima: em 2004, o número de pessoas com deficiência que se matricularam em cursos superiores presenciais e à distância no Brasil foi de 5.395, o que representou somente 0,12% do total de matrículas no país neste ano, que foi de 4.223.344. Em 2014, 7.828.013 estudantes se matricularam em cursos superiores no país, o que representou um crescimento de 85,35%, frente a 2004. Em relação aos alunos com necessidades educativas especiais, o aumento foi muito maior na mesma comparação, 518,66%, atingindo 33.377 matrículas.

Este último dado se dá por conta de um conjunto de fatores, conforme Viegas (2016), como “a criação de novas instituições e cursos e, ainda, estímulo ao acesso por meio de iniciativas como o Programa Universidade para Todos (PROUNI), o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e o Programa de Financiamento Estudantil (FIES)”.

“Apesar do ingresso das pessoas com deficiência ter aumentado três vezes e meia, em relação ao total de matrículas no Ensino Superior do país em 2014, o percentual não chegou nem perto de 1% do total, representando somente 0,42%” (VIEGAS, 2016, s.p.).

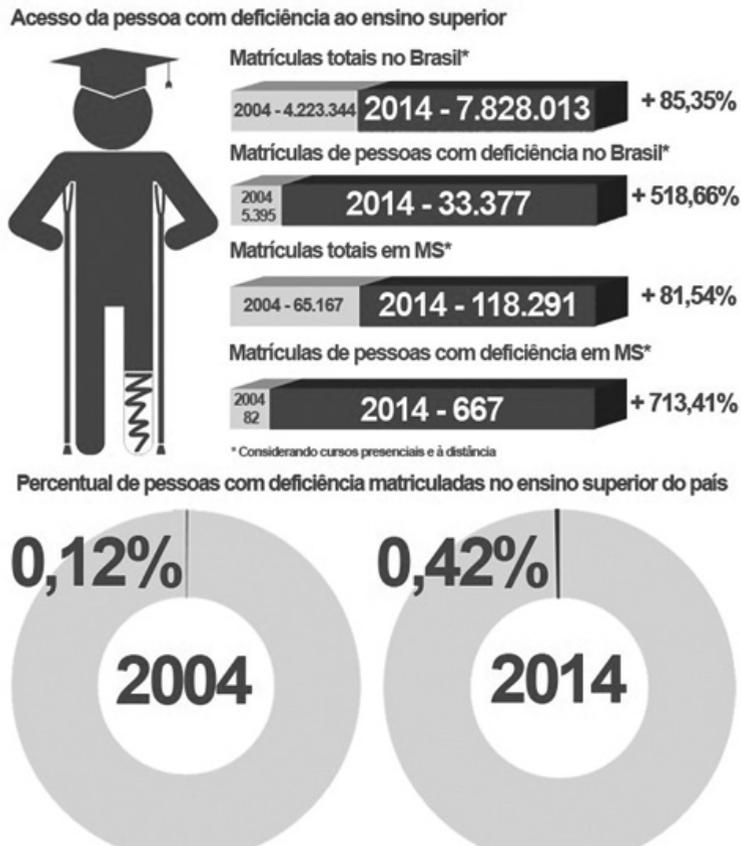
Exemplificando, temos no Brasil mais de 45 milhões de pessoas com alguma deficiência, e, destas, mais de 33 mil estão no Ensino Superior, conforme pode ser visto nestes gráficos:

FIGURA 82 – DEFICIENTES NO BRASIL



FONTE: Disponível em: <<https://camaraecamara.wordpress.com/2015/07/07/pessoa-com-deficiencia-inclusao-lei/>>. Acesso em: 25 out. 2016.

FIGURA 83 – ACESSO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ENSINO SUPERIOR



FONTE: Disponível em: <<http://g1.globo.com/mato-grosso-do-sul/noticia/2016/06/cresce-o-acesso-da-pessoa-com-deficiencia-ao-ensino-superior-no-pais.html>>. Acesso em: 25 out. 2016.

Como podemos ver, foi considerável o aumento das matrículas da pessoa com deficiência no Ensino Superior, em 10 anos: em 2004, eram apenas pouco mais de 5.000; em 2014, mais de 33.000 matrículas. Um aumento de mais de 500%. Mas, mesmo assim, este número representa apenas 0,42% do total das pessoas com deficiência. Já é um grande avanço, resultado de um conjunto de ações: políticas públicas, planos de acesso, incentivo, universalização dos conhecimentos acerca dos desafios e das possibilidades de cada pessoa com deficiência, diminuição do preconceito. Temos muito a alcançar ainda. Pelos dados apresentados, certamente, estamos no caminho certo: proporcionar uma escola inclusiva, em todos os níveis de educação.

3 POLÍTICAS DE INCLUSÃO

De acordo com o Ministério da Educação (MEC) apud Viegas (2016, s.p.):

Desde 2008 foi instituída a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Seu objetivo é promover a transformação dos atuais sistemas de ensino em sistemas educacionais inclusivos. Tem como estratégias a garantia do acesso e a permanência

dos estudantes com deficiência, por meio de ações que visem à eliminação de barreiras físicas, pedagógicas e na comunicação, assim como nos ambientes, tendo como foco a promoção da autonomia e a igualdade de direitos dos alunos com deficiência.

Para o Ensino Superior, essa política está consolidada por ampla legislação, “visa assegurar às pessoas com deficiência o seu ingresso e as oportunidades de desenvolvimento pessoal, social e profissional, bem como não restringir sua participação em determinados ambientes e atividades em razão da deficiência”, de acordo com Viegas (2016, s.p.).

A legislação sobre a acessibilidade no Ensino Superior nos diz que:

- Constituição Federal de 1988, no artigo 205, garante a educação como direito de todos.
- Lei nº 10.436/2001, que reconhece a Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS).
- Decreto nº 3.956/2001, que ratifica a Convenção Interamericana para a Eliminação de todas as formas de discriminação contra a pessoa portadora de deficiência.
- Portaria nº 3.248/2003, que dispõe sobre os requisitos de acessibilidade às pessoas com deficiência para instruir processo de autorização e reconhecimento de cursos e de credenciamento de instituições.
- Decreto nº 5.296/2004, que estabelece normas gerais e critérios básicos para o atendimento prioritário a acessibilidade de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida. No seu artigo 24 determina que os estabelecimentos de ensino proporcionarão condições de acesso e utilização de todos os seus ambientes ou compartimentos para pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.
- Decreto nº 5.626/2005, que dispõe sobre o uso e difusão da Língua Brasileira de Sinais e estabelece obrigatoriamente o ensino de Libras em todos os cursos de formação de professores e de fonoaudiólogos e, optativamente, nos demais cursos de Educação Superior.
- Decreto nº 5.773/2006, que dispõe sobre regulação, supervisão e avaliação de Instituições de Educação Superior e Cursos Superiores no Sistema Federal de Ensino.
- Decreto nº 6.949/2009, que ratifica, como Emenda Constitucional, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU 2006), que assegura o acesso a um sistema educacional inclusivo em todos os níveis.
- Decreto nº 7.234/2010, que dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES).

- Decreto nº 7.611/2011, que dispõe sobre o Atendimento Educacional Especializado, que prevê a estruturação de núcleos de acessibilidade nas instituições federais de Educação Superior.
- Normas Técnicas de acessibilidade preconizadas pela ABNT NBR 9050, que estabelecem critérios e parâmetros para projetos de edificações para oferecer condições de acessibilidade.
- Lei nº 13.146/2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que determina a obrigatoriedade de cumprimento das condições de acessibilidade em todos os níveis, etapas e modalidades de ensino, para que a meta de inclusão seja atingida.

FONTE: Disponível em: <<http://g1.globo.com/mato-grosso-do-sul/noticia/2016/06/cresce-o-acesso-da-pessoa-com-deficiencia-ao-ensino-superior-no-pais.html>>. Acesso em: 25 out. 2016.

Além disso, desde 2006, o Ministério da Educação vem executando nas instituições de Ensino Superior federais do país o Programa Incluir. Este programa visa propor ações que garantam o acesso e a permanência das pessoas com deficiência nestas universidades, com ações que visam “o estímulo, a criação e a consolidação de núcleos de acessibilidade nas universidades federais”. Os núcleos são responsáveis “pela organização de ações que garantam a inclusão de pessoas com deficiência à vida acadêmica, eliminando barreiras pedagógicas, arquitetônicas e na comunicação, promovendo o cumprimento dos requisitos legais de acessibilidade”, finaliza Viegas (2016, s.p.).

Caminhos existem. Percorremos muitos deles, desde o abandono, o desprezo, a morte, até o entendimento e o conhecimento sobre deficiências, síndromes e transtornos. O aceite, a observação, a pesquisa nos deram outros horizontes. A legislação, as propostas pedagógicas e o empenho de pais e professores fizeram com que novas perspectivas fossem possíveis. Para além da escola, também no Ensino Superior. Que tenhamos novos desafios, novas possibilidades e mais sucesso. Se utopia é o que ainda não realizado está, temos toda esperança possível para criarmos uma sociedade verdadeiramente inclusiva.

LEITURA COMPLEMENTAR

Fazendo referência à possibilidade de inclusão no Ensino Superior, selecionamos uma reportagem relatando um caso de sucesso de uma acadêmica do Curso de Pedagogia, da UNIASSELVI. Conheçam a Mirian.

Jovem de 24 anos é a única universitária com Síndrome de Down de Brusque

Mirian Dutra Arais iniciou o curso de Pedagogia em julho deste ano

Quem vê a pilha de recortes de jornais com reportagens nas quais os destaques são as fotos de Mirian Dutra Araís segurando troféus e medalhas imagina que a jovem encontrou, no esporte, a sua fonte de inspiração. A atleta, entretanto, consegue dividir a paixão pela natação com a paixão pelo estudo. Aos 24 anos, ela é a única universitária com Síndrome de Down de Brusque. De acordo com levantamento da Federação Brasileira das Associações de Síndrome de Down (Febasd), em 2012 havia apenas 21 pessoas matriculadas no Ensino Superior brasileiro. O dado é o mais recente disponível.

O sonho de trabalhar com crianças fez Mirian iniciar o curso de Pedagogia na UNIASSELVI/Assevim em julho deste ano. A construção do sonho, além de desejo da própria universitária, também teve influência direta da pedagoga Micheli Ethel Machado, de 40 anos.

Micheli conheceu Mirian quando a acadêmica ainda estava no Centro de Educação de Jovens e Adultos (Ceja). A pedagoga era a professora responsável por auxiliar a aluna durante as aulas – profissional conhecido como “professor 2”.



A pedagoga Micheli, que foi professora de Mirian no Ceja, incentivou a aluna a ingressar na faculdade.

Crédito: Juliana Eichwald

“Eu me formei em Pedagogia e fui tentar uma vaga de professor pelo Estado e acabou vindo a oportunidade de trabalhar como professor 2. E no mesmo momento em que iniciei com a Mirian, eu comecei uma especialização em neuropsicopedagogia clínica e institucional por causa da Mirian, por querer aprender e fazer um bom trabalho com ela”, explica.

A pós-graduação foi importante para Micheli auxiliar Mirian nas aulas, mas, mais do que isso, a afetividade da pedagoga, semelhante à da aluna, também ajudou. Ela afirma que Mirian é extremamente carinhosa.

“A importância da afetividade entre o aluno com Síndrome de Down e o professor é muito grande. É fundamental, na verdade. Foi através da nossa relação que tudo foi começando e se desenvolvendo de uma forma muito legal. Ela correspondeu a todos os propósitos e tivemos um amor muito grande”, conta.

Micheli explica que a função do professor 2 é facilitar a aprendizagem do conteúdo adaptando as atividades. Para isso, figuras e jogos são utilizados durante boa parte do tempo.

“Nós temos que fazer com que o aluno absorva o máximo que ele consiga durante a aula. Enquanto o professor principal explica, o professor 2 fica do lado do aluno e adapta as atividades. É uma atividade mais lúdica, mas nunca saindo do assunto daquela aula”, diz.

Mirian reconhece os esforços da pedagoga durante o período em que ambas permaneceram juntas no Ceja, um ano e meio. “A Micheli ajudou e eu gosto muito dela. Eu também gosto muito de estudar. Fazer faculdade se tornou um sonho”, conta Mirian. A mãe da acadêmica, Maria Nadir Dutra Arais, também é só elogios ao trabalho de Micheli.

“A Micheli foi um presente de Deus. A Mirian adorou as aulas com ela e a gente sentiu a evolução dela no aprendizado. E até mesmo o incentivo da Michele para que a Mirian fosse para a universidade fez a diferença”, conta a mãe.

Dia a dia

Atualmente, Mirian frequenta as aulas na UNIASSELVI/Assevim com o acompanhamento da mãe ou de uma das irmãs. Para ingressar na universidade, os procedimentos realizados foram os mesmos que os demais alunos: vestibular e matrícula.

Segundo a UNIASSELVI, durante as aulas há o acompanhamento pedagógico para alunos com deficiência intelectual e apenas são realizadas intervenções relacionadas às aulas se o professor achar necessário.

Inclusão

Tanto para a pedagoga quanto para a mãe de Mirian, a acadêmica é um exemplo para as demais pessoas que têm alguma deficiência intelectual. A mãe diz que a filha está abrindo as portas do Ensino Superior.

“Quando ela vê os amigos que têm alguma deficiência e conta que está fazendo faculdade, eles também se empolgam e querem fazer também. Depois que ela fez o Ceja aumentou o número de alunos com deficiência”, diz.

O exemplo de Mirian, lembra Micheli, não se restringe apenas às pessoas que têm alguma deficiência. Os alunos do Ceja, conta a pedagoga, viram esperança e motivação na vontade de Mirian em aprender.

FONTE: Disponível em: <<http://municipiomais.com.br/jovem-de-24-anos-e-a-unica-universitaria-com-sindrome-de-down-de-brusque/>>. Acesso em: 13 out. 2016.

RESUMO DO TÓPICO 5

Neste tópico, vimos que:

- Temos grandes avanços sobre o crescimento do acesso da pessoa com deficiência ao Ensino Superior. Em 2008, segundo o Ministério da Educação (MEC), foi instituída a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva.
- No caso do Ensino Superior, “essa política visa assegurar às pessoas com deficiência o seu ingresso e as oportunidades de desenvolvimento pessoal, social e profissional, bem como não restringir sua participação em determinados ambientes e atividades em razão da deficiência” (VIEGAS, 2016, s.p.).
- Em um período de dez anos, entre 2004 e 2014, o acesso de pessoas com deficiência ao Ensino Superior deu um salto no país: em 2004, o número de pessoas com deficiência que se matricularam em cursos superiores presenciais e à distância no Brasil foi de 5.395, já em 2014, foram 33.377 matrículas, o que representa um aumento de mais de 518,66%.



- 1 Ao encerrar este tópico, tivemos uma clara evidência do quanto a pessoa com deficiência pode conquistar: inclusive, um diploma de Ensino Superior. Pensando nisso, e analisando a charge abaixo, que dado estatístico você considera relevante repassar à senhora desenhada à esquerda do desenho? Que informação importante ela desconhece e você passaria a ela? O que de mais significativo você destacaria deste tópico?



FONTE: Disponível em: <<http://www.bengalalegal.com/martagil>>.

- 2 A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, tem como objetivo:
- Promover a autonomia do educando com e sem deficiência.
 - Promover a transformação dos atuais sistemas de ensino em sistemas educacionais inclusivos.
 - Promover melhorias na Educação Infantil e Fundamental, somente.
 - Gerenciar a formação dos Professor
- 3 No Brasil, segundo dados do Censo 2010, IBGE, 45,6 milhões de pessoas têm algum tipo de deficiência. Em maior número, estão as pessoas que:
- São surdas.
 - São cegas.
 - Tem deficiência mental.
 - Tem deficiência física.

REFERÊNCIAS

ABCMED. **Síndrome de West: como ela é?** [s.l.], 2015. Disponível em: <<http://www.abc.med.br/p/sinais.-sintomas-e-doencas/742922/sindrome+de+west+como+ela+e.htm>>. Acesso em: 10 out. 2016.

ABD - Associação Brasileira de Dislexia. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.dislexia.org.br>>. Acesso em: 15 out. 2016.

ALENCAR, E. S.; FLEITH, D. de S. **Superdotados: determinantes, educação e ajustamento**. 2. ed. São Paulo: EPU, 2001.

ALVES, A. K. **Síndrome de Turner**. 2012a. Disponível em: <<http://annakarolconectadaemblogia.blogspot.com.br/2012/07/sindrome-de-turner.html>>. Acesso em: 10 de out. 2016.

ALVES, A. K. **Síndrome de Klinefelter**. 2012b. Disponível em: <<http://annakarolconectadaemblogia.blogspot.com.br/2012/07/sindrome-de-klinefelter.html>>. Acesso em: 10 de out. 2016.

ALVES, A. K. **Síndrome de Cri- Du- Chat**. 2012c. Disponível em: <<http://annakarolconectadaemblogia.blogspot.com.br/2012/07/sindrome-de-klinefelter.html>>. Acesso em: 10 de out. 2016.

ALVES, A. K. **Síndrome de Cornélia de Lange**. 2012d. Disponível em: <<http://annakarolconectadaemblogia.blogspot.com.br/2012/07/sindrome-de-cornelia-de-lange.html>>. Acesso em: 10 de out. 2016.

ALVES, A. K. **Síndrome de XXY**. 2012e. Disponível em: <http://annakarolconectadaemblogia.blogspot.com.br/2012/07/sindrome-de-xyy_25.html>. Acesso em: 10 de out. 2016.

AMPUDIA, R. **O que é Deficiência Física?** 2016. Disponível em: <<http://novaescola.org.br/conteudo/269/o-que-e-deficiencia-fisica>>. Acesso em 19 set. 2016.

AMPUDIA, R. **O que é Deficiência Visual?** São Paulo, 2011a. Disponível em: <<http://novaescola.org.br/conteudo/270/deficiencia-visual-inclusao>>. Acesso em: 12 set. 2016.

AMPUDIA, R. **O que é Deficiência Auditiva?** São Paulo, 2011b. Disponível em: <<http://novaescola.org.br/conteudo/273/o-que-e-deficiencia-auditiva>>. Acesso em: 18 set. 2016.

AMPUDIA, R. **O que é Deficiência Múltipla?** São Paulo, 2011c. Disponível em: <<http://novaescola.org.br/conteudo/267/o-que-e-deficiencia-multipla>>. Acesso em: 19 set. 2016.

AMPUDIA, R. **O que é Deficiência Intelectual?** São Paulo, 2011d. Disponível em: <novaescola.org.br/conteudo/271/o-que-e-deficiencia-intelectual>. Acesso em: 24 set. 2016.

APAE SÃO PAULO. **Sobre a Deficiência Intelectual.** São Paulo, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.apaesp.org.br/SobreADeficienciaIntelectual/Paginas/O-que-e.aspx>>. Acesso em: 24 set. 2016.

ARAÚJO, A; NETO, F. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. XVI, n. 1, p. 67-82, 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/07091474902/Downloads/659-2461-1-PB.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2016.

ARRIFANO, S. **Você conhece as causas de perda auditiva?** 2015. Disponível em: <<http://deficienciaauditiva.com.br/voce-conhece-causas-de-perda-auditiva/>>. Acesso em: 18 set. 2016.

ARRUDA, M. A.; ALMEIDA, M. (Coord.). **Cartilha de Inclusão Escolar:** inclusão baseada em evidências científicas. Ribeirão Preto: Instituto Glia, 2004. Disponível em: <<http://www.andislexia.org.br/cartilha.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

BELTRAME, B. **Como identificar e tratar a Síndrome de DiGeorge.** Vila Nova de Gaia, 2016. Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/sindrome-de-digeorge/>>. Acesso em: 20 out. 2016.

BERNARDES, A. O. **Tecnologias para o ensino de deficientes visuais.** Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.educacaopublica.rj.gov.br/biblioteca/educacao/0265.html>>. Acesso em: 18 set. 2016.

BIANCHETTI, L. Aspectos Históricos da Educação Especial. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 3, p. 7-19, 1995. Disponível em: <http://www.abpee.net/homepageabpee04_06/artigos_em_pdf/revista3numero1pdf/r3_art01.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial [da União]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 dez. 1999, p. 10. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: 18 set. 2016.

BRASIL. **Educação infantil:** saberes e práticas da inclusão: dificuldades acentuadas de aprendizagem: deficiência múltipla. 4. ed. Elaboração prof.^a Ana Maria de Godói - Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD [et al.].

– Brasília: MEC, Secretaria de Educação Especial, 2006a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/deficienciamultipla.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2016.

BRASIL. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a política nacional de proteção dos direitos da pessoa com transtorno do espectro autista; e altera o § 3º do art. 98 da lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da União]**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 28 dez. 2012, p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm>. Acesso em: 10 out. 2016.

BRASIL. **Saberes e práticas da inclusão**: desenvolvendo competências para o atendimento às necessidades educacionais especiais de alunos com altas habilidades/superdotação. 2. ed. Coordenação geral SEESP/MEC. - Brasília: MEC, Secretaria de Educação Especial, 2006b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/altashabilidades.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2016.

CASAGRANDE, F. Adequar é o caminho. **Nova Escola**, São Paulo, jul. 2009. Disponível em: <<http://acervo.novaescola.org.br/formacao/adequar-caminho-511134.shtml>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

CAVALCANTE, M. As leis sobre diversidade. **Nova escola**, São Paulo, out. 2006. Disponível em: <<http://novaescola.org.br/formacao/leis-diversidade-424523.shtml>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

COEICEV, W. **O que é Visão Subnormal? Cegueira x Baixa Visão**. São Paulo, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.subnormalvision.com.br/blank>>. Acesso em: 17 set. 2016.

CONDE, A. **Definindo a cegueira e a visão subnormal**. Rio de Janeiro, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.ibc.gov.br/?itemid=94>>. Acesso em: 17 set. 2016.

COSTA, R. **Como funciona o sistema Braille?** São Paulo, 2009. Disponível em <<http://novaescola.org.br/conteudo/397/como-funciona-sistema-braille>>. Acesso em: 18 set. 2016.

DANTAS, G. C. da S. **Ossos de Vidro**. [s.d.]. Disponível em: <<http://brasilescola.uol.com.br/saude/ossos-vidro.htm>>. Acesso em: 10 out. 2016.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS. **A Declaração Universal dos Direitos Humanos**. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/declaracao/>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

DUARTE, Fernanda. **Baixa Visão**. Rio de Janeiro, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.iorj.med.br/baixa-visao/>>. Acesso em: 17 set. 2016.

FONSECA, R. L. et al. O Ensino de Geografia e as Novas Tecnologias de Informação e Comunicação: diminuindo as barreiras para o ensino de alunos

portadores de deficiência intelectual. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE GEÓGRAFOS, 7., 2014, Vitória. **Anais...** Vitória: Associação do Geógrafos Brasileiros, 2014. p. 1-10. Disponível em: <http://www.cbg2014.agb.org.br/resources/anais/1/1403185323_ARQUIVO_Artigo-CBG-completo.pdf>. Acesso em: 24 set. 2016.

FONTES, M. A. **O que são Transtornos de Aprendizagem? Causas, tipos e tratamento.** [s.d.]. Disponível em: <<http://www.plenamente.com.br/artigo/194/-que-sao-transtornos-aprendizagem-causas-tipos.php#.WCGfS1UrLIU>>. Acesso em: 15 out. 2016.

FRANK, M. **Discalculia:** o que você precisa saber para ajudar seu filho. São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://educarparacrescer.abril.com.br/comportamento/discalculia-voce-precisa-saber-ajudar-seu-filho-732394.shtml>>. Acesso em: 15 out. 2016.

FRAZÃO, A. **Síndrome de Apert.** Vila Nova de Gaia, [s.d.]. Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/sindrome-de-apert/>>. Acesso em: 10 out. 2016.

FRAZÃO, A. **Síndrome de Tourette.** Vila Nova de Gaia, 2016a. Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/sindrome-de-tourette/>>. Acesso em: 10 out. 2016.

FRAZÃO, A. **Sintomas, causas e tratamento para Síndrome de Guillain-Barré.** Vila Nova de Gaia, 2016b. Disponível em: <<https://www.tuasaude.com/sindrome-de-guillain-barre/>>. Acesso em: 10 out. 2016.

FUNDAÇÃO DORINA NOWILL. **Deficiência Visual.** São Paulo, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.fundacaodorina.org.br/deficiencia-visual/>>. Acesso em: 12 set. 2016.

GADELHA, C. **Autismo e o DSM V.** 2013. Disponível em: <<http://blogs.d24am.com/artigos/2013/05/30/autismo-e-o-dsm-v/>>. Acesso em: 13 out. 2016.

GARCIA, V. G. **As pessoas com deficiência na história do mundo.** [s.d.]. Disponível em: <<http://www.deficienteciente.com.br/as-pessoas-com-deficiencia-na-historia-do-mundo.html>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

GIL, D. O que é deficiência auditiva? 2009. Disponível em: <<http://www.prontuarioidmed.com.br/saudeMateria.php?sessao=saude&topico=6&materia=28>>. Acesso em: 18 set. 2016.

GONÇALVES, F. **Síndrome do Triplo X**. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/doencas-geneticas/sindrome-do-triplo-x>>. Acesso em: 10 out. 2016.

GUGEL, M. A. **A pessoa com deficiência e sua relação com a história da humanidade**. Florianópolis, 2007. Disponível em: <<http://www.deficienteciente.com.br/a-pessoa-com-deficiencia-e-sua-relacao-com-a-historia-da-humanidade-parte-1.html>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

GUNTHER, Z. C. Educação de bem-dotados: alguns conceitos básicos. **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, n. 2, p.30-38, out. 2003.

HENNEMANN, A. L. **Trajetória da Educação Inclusiva**. 2012. Disponível em: <<http://neuropsicopedagogianasaladeaula.blogspot.com.br/2012/04/trajetoria-da-educacao-inclusiva.html>>. Acesso em: 13 ago. 2016.

HIGUCHI, E. **Como lidar com uma criança com Síndrome de Down**. 2014. Disponível em: <<http://www.universal.org/noticia/2014/08/31/como-lidar-com-uma-crianca-com-sindrome-de-down-30807.html>>. Acesso em: 12 out. 2016.

MANTOAN, M. T. E. **A Integração da Pessoa com Deficiência**. São Paulo: Memmon, 1997.

MANTOVANI, T. **Síndromes Genéticas**. 2013. Disponível em: <<http://taismarapsicopedagoga.blogspot.com/2013/01/sindromes-geneticas.html>>. Acesso em: 10 out. 2016.

MARTINS, A. R. **Bullying contra alunos**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://acervo.novaescola.org.br/formacao/chega-omissao-bullying-deficiencia-preconceito-prevencao-necessidades-educacionais-especiais-518770.shtml>>. Acesso em: 20 out. 2016.

MELDAU, D. **Diferença entre Doença e Síndrome**. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.infoescola.com/medicina/diferenca-entre-doenca-e-sindrome/>>. Acesso em: 10 out. 2016.

MILHORANCE, F. **FioCruz confirma novos casos do vírus zika**. 2016. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/sociedade/saude/fiocruz-confirma-novos-casos-do-virus-zika-16151785#ixzz4PKMCfxJV>>. Acesso em: 12 out. 2016.

MINHA VIDA. **Microcefalia em bebês: qual a relação com o Zika vírus?** 2015. Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/saude/materias/20258-microcefalia-em-bebes-qual-a-relacao-com-o-zika-virus>>. Acesso em: 12 out. 2016.

MINHA VIDA. **Microcefalia: tratamentos e causas**. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/saude/temas/microcefalia>>. Acesso em: 12 out. 2016.

MONROE, C.; SANTOMAURO, B. Conheça as salas de recurso que funcionam de verdade para a inclusão. **Nova Escola**, São Paulo, abr. 2010. Disponível em: <<http://novaescola.org.br/formacao/conheca-salas-recursosfuncionam-verdade-para-inclusao-deficiencia-546795.shtml>>. Acesso em: 30 ago. 2016.

MOREIRA, C. **Marcos históricos e legais da Educação Especial no Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://cmoreira2.jusbrasil.com.br/artigos/111821610/marcos-historicos-e-legais-da-educacao-especial-no-brasil>>. Acesso em: 17 ago. 2016.

MORENO, A. C.; FAJARDO, Vanessa. 2013. **Inclusão de alunos com deficiência intelectual cresce e desafia escolas**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/educacao/noticia/2013/03/inclusao-de-alunos-com-deficiencia-intelectual-cresce-e-desafia-escolas.html>>. Acesso em: 20 out. 2016.

PAULINA, I. **A inclusão de crianças com deficiência física**. São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://novaescola.org.br/conteudo/376/a-inclusao-de-criancas-com-deficiencia-fisica>>. Acesso em: 19 set. 2016.

PEREIRA, L K. **Transtorno do Espectro Autista (TEA): o Brasil precisa ligar a sirene de alerta!** São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://revistacrescer.globo.com/Colunistas/Lilian-Kuhn/noticia/2016/04/transtorno-do-espectro-autista-tea-o-brasil-precisa-ligar-sirene-de-alerta.html>>. Acesso em: 13 out. 2016.

PIATTO, V. B.; MANIGLIA, J. V. Avaliação da audição de crianças de 3 a 6 anos em creches e pré-escolas municipais. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 77, n. 2, p. 124-130, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v77n2/v77n2a13.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2016

PORTAL DA SAÚDE. [s.d.]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php>>. Acesso em: 12 out. 2016.

RENAN, S. **Zika vírus: prevenção e tratamento em crianças e bebês**. 2016. Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/familia/materias/20438-zika-virus-prevencao-e-tratamento-em-criancas-e-bebes>>. Acesso em: 12 out. 2016.

RODRIGUES, O. M. P. R.; MARANHE, E. A. Educação especial: história, etiologia, conceitos e legislação vigente. In: CAPELLINI, Vera Lúcia Messias Fialho. (Org.). **Prática em Educação Especial e Inclusiva**. Bauru: MEC/FC/SEE, 2008. Disponível em: <<http://www2.fc.unesp.br/educacaoespecial/material/Livro2.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2016.

SÁ, E. D. de; CAMPOS, I. M. de; SILVA, M. B. C. **Atendimento Educacional Especializado: deficiência visual**. Brasília: SEESP/SEED/MEC/, 2007. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/ae_dv.pdf>. Acesso em: 17 de set. 2016.

- SAMPAIO, S. **Distúrbios e Transtornos**. 2012. Disponível em: <<http://pedagogiaaopedaletra.com/disturbios-e-transtornos>>. Acesso em: 10 out. 2016.
- SARTORETTO, M. L. **Os Fundamentos da Educação Inclusiva**. 2011. Disponível em: <http://assistiva.com.br/Educa%C3%A7%C3%A3o_Inclusiva.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2016.
- SILVA, et al. **Aprendendo Língua Brasileira de Sinais como segunda língua**. São José: CEFET, 2007. Disponível em: <http://www.unifal-mg.edu.br/acessibilidade/system/files/anexos/apostia_libras_basico.pdf>. Acesso em: 18 set. 2016.
- SILVA, O. M. da. **A epopeia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje**. São Paulo: CEDAS, 1986.
- SILVA, O. M. da. **Poliomielite no Egito Antigo**. [s.d.]. Disponível em: <<http://www.crfaster.com.br/Polioegito.htm>>. Acesso em: 10 ago. 2016.
- SILVA, S. S. L. da. Conhecendo a dislexia e a importância da equipe interdisciplinar no processo de diagnóstico. **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, v. 26, n. 81, p. 470-475, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v26n81/v26n81a14.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2016.
- SILVEIRA, T. dos S. da; NASCIMENTO, Luciana Monteiro do. **Educação Inclusiva**. Indaial: Uniasselvi, 2013.
- STAINBACK, S.; STAINBACK, W. **Inclusão: guia para educadores**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- TORRES, V.; TAPIA, L. **Escola Inclusiva: o aluno com microcefalia, o que a Escola pode fazer?** [s.d.]. Disponível em: <<http://www.crechesegura.com.br/escola-inclusiva-o-aluno-com-microcefalia>>. Acesso em: 12 out. 2016.
- TSUJI, R. K. **Graus de perda auditiva**. [s.d.]. Disponível em: <<http://portalotorrinolaringologia.com.br/SURDEZ-graus.php>>. Acesso em: 18 set. 2016.
- VAILLANT, M. C. M. **A inclusão da Criança Especial na Escola**. 2003. 35 f. Monografia (Pós-Graduação em Psicopedagogia) – Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.avm.edu.br/monopdf/6/MONICA%20CRISTINA%20MENDES%20VAILLANT.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2016.
- VARELLA, D. 2014. **TEA – Transtorno do Espectro Autista II**. Disponível em: <<https://drauziovarella.com.br/crianca-2/tea-transtorno-do-espectro-autista-ii/>>. Acesso em: 13 out. 2016.

VIEGAS, A.. 2016. Cresce o acesso da pessoa com deficiência ao ensino superior no país. [s.d.]. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mato-grosso-do-sul/noticia/2016/06/cresce-o-acesso-da-pessoa-com-deficiencia-ao-ensino-superior-no-pais.html>>. Acesso em: 25 out. 2016

