

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: REALIDADE E AÇÃO

NÚCLEO DE APOIO PEDAGÓGICO ESPECIALIZADO

FAMÍLIA

UM DIA MEU PRIMO ELE FOI TRABALHAR E
A MOTOSERRA ESCAPOU DA MÃO DELE E
LAI NÓCHÃO SORTE DELE ~~VE~~ ELE NÃO MORREU
SÓ PORQUE EU TAVA PERTO DELE FOI EU QUE
LVEI ELE SEM EU LA ELETINHA CORTADO
OS 2 BRASOS E TINHA PERDIDO AS 2 MÃOS EU SO
O HEROI DA VIDA DELE E DEPOIS ELE VUI
TRABALHAR EM OUTRO LUGAR E EU VUI COM
ELE DA EU - ME PERDI E UM BANDO DE
CASCAVEIS LA APARECEU LA E O BANDO VEIO
ATACAR EU E EU GRITEI COM BASTANTE FO
RÇA ELE VEIO CORRENDO COM UM PEDASO
DE PAU E JOGOU O PEDASO EM CIMA DO BANDO
E AS COBRAS MORREU I MEDIADAMENTE E EL
E TALOU --- PORO VEU CE NA VEIO PORQUE
EU ME PERDI E ELE --- ME ABRASOU E FA
LOU ASSIM --- MEU PRIMO VENHA EMBO RA COMIGO
E EU VUI COM ELE PRA CASA DA NOSSA VÓ



DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: REALIDADE E AÇÃO



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

Secretaria da Educação

Em atendimento à legislação eleitoral (Lei nº9.504/1997), esta imagem ficará indisponível de 07 de julho de 2018 até o final da eleição estadual em São Paulo.



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA EDUCAÇÃO
COORDENADORIA DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO BÁSICA
CENTRO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO
NÚCLEO DE APOIO PEDAGÓGICO ESPECIALIZADO - CAPE

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: REALIDADE E AÇÃO

São Paulo, 2012



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

Secretaria da Educação

Em atendimento à legislação eleitoral (Lei nº9.504/1997), esta imagem ficará indisponível de 07 de julho de 2018 até o final da eleição estadual em São Paulo.



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

Secretaria da Educação

Em atendimento à legislação eleitoral (Lei nº9.504/1997), esta imagem ficará indisponível de 07 de julho de 2018 até o final da eleição estadual em São Paulo.



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

Secretaria da Educação

Em atendimento à legislação eleitoral (Lei nº9.504/1997), esta imagem ficará indisponível de 07 de julho de 2018 até o final da eleição estadual em São Paulo.

SUMÁRIO

- 11 >> APRESENTAÇÃO
- 15 >> CONTEXTO HISTÓRICO E EDUCACIONAL DA PESSOA
COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL E NO ESTADO DE SÃO PAULO
- 35 >> BASES LEGAIS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL
- 51 >> O CAMINHAR DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E
CLASSIFICAÇÃO PELO SISTEMA DE SUPORTE/APOIO
- 65 >> A IMPORTÂNCIA DAS CAUSAS NA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL
PARA O ENTENDIMENTO DAS DIFICULDADES ESCOLARES
- 85 >> AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA: UM RECURSO
PARA A TOMADA DE DECISÕES
- 99 >> CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM
ENSINO-APRENDIZAGEM COLABORATIVO
- 117 >> OS TRANSTORNOS FUNCIONAIS ESPECÍFICOS
RELACIONAM-SE COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL?
- 133 >> DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: DA FAMÍLIA À ESCOLA
- 147 >> CONSIDERAÇÕES FINAIS
- 151 >> AUTORES



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

Secretaria da Educação

Em atendimento à legislação eleitoral (Lei nº9.504/1997), esta imagem ficará indisponível de 07 de julho de 2018 até o final da eleição estadual em São Paulo.



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

Secretaria da Educação

Em atendimento à legislação eleitoral (Lei nº9.504/1997), esta imagem ficará indisponível de 07 de julho de 2018 até o final da eleição estadual em São Paulo.



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

Secretaria da Educação

Em atendimento à legislação eleitoral (Lei nº9.504/1997), esta imagem ficará indisponível de 07 de julho de 2018 até o final da eleição estadual em São Paulo.



>> Gabriel Silva Dias, 10 anos. EE Professor José dos Reis Miranda Filho.

CONTEXTO HISTÓRICO E EDUCACIONAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL E NO ESTADO DE SÃO PAULO¹



GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO

Secretaria da Educação

Em atendimento à legislação eleitoral (Lei nº9.504/1997), esta imagem ficará indisponível de 07 de julho de 2018 até o final da eleição estadual em São Paulo.

Este capítulo pretende ser um guia simples e esclarecedor sobre a história nacional e do Estado de São Paulo acerca da inclusão educacional de alunos com deficiências e, mais especificamente, dos que apresentam deficiência intelectual. Para tanto, é necessário que se faça uma breve exposição sobre o contexto mundial que propiciou o atual momento da Educação Especial no Brasil, que assume uma perspectiva inclusiva dessa modalidade de ensino.

É difícil determinar com precisão onde e quando se iniciou o processo moderno de inclusão efetiva das pessoas com deficiências. No entanto, a relação de exclusão e eliminação dessa população advém de um período muito remoto. Não é o objetivo deste texto fazer uma longa explanação sobre essa relação. Ainda assim, acredita-se ser importante fazer um brevíssimo resumo da condição dessa população até o momento atual. Bueno (1993) apresenta as linhas gerais da relação da sociedade com as pessoas com deficiência no decorrer da história ocidental, afirmando que existem quatro estágios de atitudes em relação a elas. O primeiro, na era pré-cristã, tendia a negligenciar e a maltratar as pessoas com deficiência; o segundo, na época da difusão do cristianismo, passou a protegê-las e a compadecer-se delas; o terceiro, entre os séculos XVIII e XIX, privilegiava a segregação com a fundação de instituições para oferecer-lhes uma educação à parte; e o quarto, na última etapa do século XX, propõe sua aceitação e integração. Atualmente, no século XXI, há a perspectiva de inclusão dessas pessoas em todos os espaços sociais.

Inseridos nesse contexto citado por Bueno (1993), alguns marcos históricos ocorridos no século XIX, acerca da inclusão social e educacional das pessoas com deficiência intelectual, merecem destaque, pois permitem que, didaticamente, se consiga determinar o início da efetiva inclusão das pessoas com deficiências nos sistemas educacionais e, conseqüentemente, na sociedade.

1 >> Este capítulo contou com a colaboração de Martha de Paula Cintra e Rosangela Carvalho Vilela Gebara.

Um desses marcos foi a publicação, em 1801, do livro *De l'éducation d'un homme sauvage*, de Jean Marie Gaspar Itard, que retrata sua tentativa de educar um garoto que havia sido encontrado na floresta de Aveiron, França. Essa publicação é considerada por Quirós e Gueler² (1966, p. 513, apud BUENO, 1993) a primeira obra sobre a educação de pessoas com deficiência intelectual.

Outro marco relevante e efetivo da educação de pessoas com deficiência intelectual, ocorrido também no século XIX, foi a separação de crianças em pavilhão próprio realizada por Edouard Seguin, no Hospício de Bicêtre, Paris, França, em 1840 (QUIRÓS e GUELER, 1966, p. 515, apud BUENO, 1993).

Diversas foram as ações, apesar de dispersas e sem políticas sistematizadas, em prol da inclusão das pessoas com deficiência. No entanto, já no século XX, em 1948, há um marco fundamental para a compreensão e localização histórica desse processo de inclusão no contexto mundial: a publicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos. A partir dela, passam a ser considerados mundialmente – pelo menos de forma oficial – os direitos que os seres humanos possuem, alguns deles princípios inalienáveis e universais, sem que se possa distingui-los tendo como pretexto raça, gênero, religião, condição econômica, cultural, física, sensorial ou intelectual. Essa Declaração não é, como todos sabem, um documento que trata especificamente dos direitos das pessoas com deficiência, mas deixa claro que todos os seres humanos têm direitos iguais, entre eles as pessoas com deficiência.

Desde 1948 tem havido um longo percurso de esforços e avanços para que as pessoas com deficiência possam ser mais e melhor incluídas na sociedade, mas, mesmo assim, como não se fizeram suficientes, em 1990 a comunidade internacional se reuniu na cidade de Jomtien, Tailândia, e elaborou a Declaração Mundial sobre Educação para Todos, cujos principais objetivos estão expostos em seu Artigo 1º e expressam os anseios de se construir uma sociedade mais justa e inclusiva.

Tendo como base esses preceitos e em processo de continuidade, em 1994, na cidade de Salamanca, Espanha, houve outra conferência com a participação de 88 países e 25 organizações, para que se continuasse discutindo aspectos fundamentais de uma educação para todos. Esse encontro culminou na publicação da Declaração de Salamanca, que amplia o conceito de necessidades educacionais especiais, incluindo todas as crianças que não estejam conseguindo se beneficiar com a escola, seja por que motivo for. Percebe-se, então, um avanço claro na garantia de direitos dessa população. É nessa Declaração que se explicita com clareza o conceito que vem se construindo desde a Conferência

2 >> QUIRÓS, J. B. e GUELER, F. S. *La comunicación humana y su patología*. Buenos Aires: Centro Médico de Investigaciones Foniátricas y Audiológicas, 1966.

Mundial sobre Educação para Todos, que culminará nos processos e conceito de educação inclusiva.

Após a Declaração de Salamanca, surgiram outras muito relevantes, como a Declaração de Washington e Guatemala, em 1999, a Declaração de Dakar, em 2000, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências, em 2006, além de outros documentos internacionais.

Percebe-se, assim, um movimento mundial histórico e social claro de modificação nos paradigmas que norteiam as relações entre pessoas de uma comunidade, ao se tentar diminuir as situações de desvantagem daquelas com alguma deficiência ou não.

O Brasil, principalmente nas duas últimas décadas, tem acompanhado de perto tais modificações. No entanto, deve-se compreender que o país tem sua trajetória particular e inúmeros fatores influenciam na construção de ações voltadas a uma perspectiva social mais inclusiva. A seguir, será analisada, de modo geral, essa trajetória no país e no Estado de São Paulo.

Em 1874, o Hospital Estadual de Salvador (hoje Hospital Juliano Moreira) prestou atendimento médico pedagógico a pacientes com deficiência intelectual, não se caracterizando, no entanto, como instituição educacional (BUENO, 1993; MAZZOTA, 2005). Essa situação foi se alterando aos poucos, no início do século XX.

Na primeira metade do século XX, portanto, até 1950, havia quarenta estabelecimentos de ensino regular mantidos pelo poder público, sendo um federal e os demais estaduais, que prestavam algum tipo de atendimento escolar especial a pessoas com deficiências intelectuais. Ainda, catorze estabelecimentos de ensino regular, dos quais um federal, nove estaduais e quatro particulares, atendiam também alunos com outras deficiências. No mesmo período, três instituições especializadas (uma estadual e duas particulares) atendiam deficientes mentais e outras oito (três estaduais e cinco particulares) dedicavam-se à educação de pessoas com outras deficiências (MAZZOTA, 2005, p. 31).

Muitas das iniciativas de inclusão de alunos com deficiência nas escolas e instituições públicas eram de caráter pessoal e as famílias acabavam matriculando (quando conseguiam) seus filhos nas instituições educacionais. Não havia políticas públicas abrangentes, sustentáveis e generalizadas de integração e inclusão para essa população.

As famílias arcavam com todo o ônus de tentar tornar seus filhos alunos participantes e ativos do processo pedagógico e social da escola. Dependiam muito das iniciativas e envolvimento pessoal dos professores e colaboradores da escola.

Com relação às instituições específicas para apoio a pessoas com deficiência intelectual, a pioneira foi a Sociedade Pestalozzi de Porto Alegre, fundada em 1926, seguida pelas Sociedades Pestalozzi de Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. A Apae do Rio de Janeiro foi fundada em 1954, sendo seguida de diversas outras na década de 1950 e pela Apae de São Paulo em 1961 (MAZZOTA, 2005, p. 21-22).

As ações mais comuns e efetivas, até a Constituição de 1988, eram voltadas à filantropia ou à internação das pessoas com deficiência em instituições particulares que as isolavam do convívio social e, quando havia algum movimento inclusivo, era por iniciativa particular de um núcleo social ou família isolada. Entre os anos da primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (1961) e a promulgação da Constituição de 1988 houve um período muito relevante da história recente do Brasil, em que se passou por um momento longo de perda das liberdades institucionais. Com a liberdade política retomada, reinicia-se uma reestruturação partidária, que tem como representação a constituição da Assembleia Constituinte, formada por grupos conservadores e progressistas. Elabora-se, então, o texto da Constituição Brasileira de 1988 que, por seu caráter democrático e por ressaltar aspectos relacionados a conquistas de direitos, recebe o nome de Constituição Cidadã (NAMO, 2007).

Foi nesse contexto que os direitos à educação de pessoas com deficiência se consolidou nacionalmente, em caráter oficial e definitivo, apesar das disputas entre posições conservadoras e progressistas no que se refere a diferentes perspectivas ideológicas, políticas, econômicas e culturais.

A década de 1990 foi decisiva e extremamente profícua no contexto político, social e econômico. Dentro de um contexto social complexo, a Constituição brasileira, em dez anos, teve 25 emendas, o que pode ser representativo de um processo de modificação ocorrido durante esse período. As diversas Declarações, Simpósios, Conferências, etc., que foram organizadas e efetivadas durante esses anos coloca o Brasil no contexto político, econômico e social que era tendência em diversos países da comunidade mundial, como se pôde observar anteriormente neste texto.

Nessa perspectiva é promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB de 1996 (Lei 9.394/96), sendo nela inserida, pela primeira vez,

a Educação Especial como um capítulo exclusivo sobre esse tema, o Capítulo V (JANUZZI, 2004b, p. 197).

A escola inclusiva pretende acolher a todos, até mesmo os que possuam necessidades educacionais especiais, tornando a sociedade mais equânime, menos segregatória e, portanto, mais democrática. Essas perspectivas foram contempladas na LDB 9.394/96.

No entanto, observa-se na LDB de 1996 um caráter de transição. Isso se faz notável, por exemplo, pelo fato de se utilizar a expressão “integrar” e não “incluir”. Dessa forma, percebe-se que o processo de inclusão, naquele momento histórico, estava em plena constituição (e ainda está).

A LDB não trata somente da educação especial (termo utilizado na Lei) mas, em seu bojo, o contexto inclusivo das Declarações de Jontien e de Salamanca estão claros e explícitos – inclusive no Capítulo V, que versa especificamente sobre a educação especial, revelando os enormes avanços obtidos em relação às duas Leis de Diretrizes e Bases anteriores (Lei 4.024/61 e Lei 5.692/71).

O Plano Nacional de Educação³ vem corroborar o processo que estava se consolidando desde a Constituição Brasileira de 1988 e foi formulado conforme as diretrizes da Declaração Mundial sobre Educação para Todos, visando garantir a universalidade do ensino, preferencialmente na rede regular.

O processo de inclusão de alunos com deficiência tem se desenvolvido de maneira cada vez mais consistente e plena no país e, em 2008, o Ministério da Educação publicou o documento que define as diretrizes nacionais sobre como os municípios e Estados da União deverão implementar e desenvolver políticas públicas de inclusão de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação.

Essa política se materializa por meio do Atendimento Educacional Especializado (AEE), que se constitui em um sistema de apoio com orientação inclusiva, oferecendo aos alunos público-alvo da Educação Especial (alunos com deficiências, transtornos invasivos do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação) reais oportunidades de serem incluídos na escola regular, em turno oposto ao frequentado na sala comum. Para a operacionalização dessa política, o MEC prevê formação de profissionais e investimento em infraestrutura e recursos financeiros destinados exclusivamente a esse público.

Para que todo esse contexto se efetive dentro de parâmetros legais e coerentes com as perspectivas inclusivas do Ministério da Educação, há um vasto rol de legislações que fundamentam, regulamentam e orientam as ações e políticas públicas em âmbito educacional voltadas aos alunos público-alvo da Educação Especial.

3 >> O novo Plano Nacional de Educação está sendo elaborado e ainda não foi instituído até o momento em que este texto foi concluído, junho de 2011.

É relevante notar que a política proposta pelo Ministério da Educação não tem caráter impositivo. Portanto, suas diretrizes podem ou não ser seguidas pelos entes da Federação. São Paulo, por exemplo, segue, em suas escolas estaduais, uma política própria de inclusão.

Após esse breve panorama mundial e nacional, é importante voltar o foco para o Estado de São Paulo, buscando conhecer como essa política inclusiva tem se efetivado e quais são suas bases.

A rede estadual paulista é pioneira na oferta de atendimento educacional especializado a alunos com necessidades educacionais especiais (decorrentes de deficiência) nas escolas públicas. Alguns fatos remontam a 1917, quando, pela Lei nº 1.879/1917, foi criada a primeira “escola de anormais”. No entanto, há informações de que essa escola nunca foi instalada (MAZZOTA, 2005, p. 139).

A convivência na diversidade, portanto, é uma prática das escolas estaduais. Antes restrito a classes especiais (hoje denominadas classes regidas por professores especializados) e salas de recursos, esse atendimento atinge, atualmente, a dimensão de todas as escolas, inserindo alunos em classes comuns.

Em 18 de julho de 1994, a Secretaria da Educação do Estado de São Paulo instituiu o CAP (Centro de Apoio Pedagógico para Atendimento ao Deficiente Visual), por meio da Resolução SE nº 135/94, cuja finalidade era

oferecer aos alunos deficientes visuais matriculados na rede estadual de ensino recursos apropriados para desenvolverem atividades relativas à leitura, à pesquisa e ao aprofundamento curricular...; promover a melhoria da qualidade de ensino desenvolvido nas classes comuns através do aperfeiçoamento constante dos professores especializados na área e do oferecimento de materiais adequados e produzir materiais específicos através da informatização do livro Braille ou outras tecnologias modernas e promover sua divulgação e distribuição na rede estadual de ensino.

Em 2002, as ações de gerenciamento e definição de diretrizes que atendam à demanda de alunos da rede pública estadual com necessidades educacionais especiais passam a integrar o Centro de Apoio Pedagógico para o Deficiente Visual, ampliando-o e alterando sua denominação para Centro de Apoio Pedagógico Especializado. Essa definição normatiza-se pela Resolução SE Nº 61/2002 e prevê um programa de atendimento aos alunos da rede pública com necessidades educacionais especiais (alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação), preferencialmente em classes regulares de ensino.

Em 2004, considerando a importância de se oferecer condições que agilizassem o desenvolvimento das ações do programa de atendimento aos alunos da rede pública com necessidades educacionais especiais; a formação continuada, especialmente a professores especializados, garantindo um percurso escolar de sucesso aos alunos com necessidades especiais; as disposições da Deliberação CEE n.º 05/2000; e as Resoluções SE n.º 135/1994, n.º 95/2000 e n.º 61/2002, foi criado, 6 de agosto de 2002, o Centro de Apoio Pedagógico Especializado – CAPE, por meio da Resolução SE n.º 130/2002 (revogada pela Resolução SE 31, de 16-5-2007).

Esse Programa de Inclusão Escolar – CAPE objetiva: I – efetivar ações de capacitação para todos os profissionais da rede estadual de ensino, no que diz respeito às demandas didático-pedagógicas dos alunos com necessidades educacionais especiais; II – oferecer aos professores recursos teóricos e técnicos apropriados ao desenvolvimento dos alunos com necessidades educacionais especiais da rede estadual de ensino; III – selecionar, adaptar, produzir e disponibilizar materiais didáticos específicos para utilização por parte dos professores, alunos e comunidade escolar.

O atendimento educacional especializado oferecido aos alunos com necessidades educacionais especiais foi regulamentado pela Resolução SE n.º 73/1978, revogada pela Resolução SE n.º 247/1986 e posteriormente pela Resolução SE n.º 95/2000.

Atualmente, a legislação estadual que “dispõe sobre a educação escolar de alunos com necessidades educacionais especiais nas escolas da rede estadual de ensino e dá providências correlatas” é a Resolução SE n.º 11, de 31/1/2008, alterada pela Resolução SE n.º 31, de 24/3/2008. Ela aponta em seu escopo quem são os alunos com necessidades educacionais especiais e qual a estrutura de apoio existente para atendimento às demandas específicas. Esse apoio se dá por meio de:

- > salas de recursos nas áreas de deficiência auditiva, física, mental, visual ou múltipla (o aluno é matriculado em uma classe comum e utiliza a sala de recurso em outro período de acordo com sua necessidade);
- > classe regida por professor especializado em caráter excepcional e transitório para alunos com severa deficiência mental ou grave deficiência múltipla, ou mesmo para aqueles que apresentarem comprometimento do aproveitamento escolar em razão de transtorno global do desenvolvimento;
- > classe hospitalar para atender os alunos com necessidades educacionais especiais em função de períodos longos de internação.

Além disso, a Secretaria da Educação do Estado de São Paulo oferece um conjunto de ações e recursos que permitem o apoio educacional especializado aos alunos público-alvo da educação especial, por meio de:

- > serviço itinerante em que o professor especializado desloca-se até a escola em que o aluno está matriculado para oferecer-lhe o atendimento especializado planejado para atender às suas especificidades. É oferecido quando não há demanda suficiente para abertura de uma sala de recursos;
- > convênios com instituições especializadas para atender os alunos com graves comprometimentos e que não se beneficiam do processo de escolarização na escola regular;
- > professor interlocutor, para os alunos com deficiência auditiva, nos moldes da Resolução SE nº 38/2009. Estes docentes possibilitam a comunicação interativa entre professor-aluno no desenvolvimento das aulas, possibilitando o entendimento e o acesso à informação, às atividades e aos conteúdos curriculares, no processo de ensino e aprendizagem nas salas de aula comuns do ensino regular;
- > transporte escolar aos alunos com deficiência (Resoluções SE 33/2009, 34/2009, 41/2010, 49/2010 e 27/2011);
- > terminalidade escolar específica de alunos com necessidades educacionais especiais na área da deficiência mental, que não se beneficiam mais do processo de escolarização (Portaria Conjunta CENP/COGSP/CEI, de 6-7-2009);
- > atendimento conjunto das Secretarias da Saúde e da Educação às pessoas com Transtornos Globais de Desenvolvimento (Resolução Conjunta SE/SS Nº 1/2009);
- > produção e distribuição de livros em braille, em caracteres ampliados ou em formato digital para os alunos com deficiência visual;
- > produção e distribuição de dicionário de inglês, Tabela Periódica e todos os materiais que compõem os programas e projetos da SEE adaptados (braille/caracteres ampliados/digital);
- > cadernos adaptados para alunos com paralisia cerebral ou com deficiência visual, que fazem uso de máquina braille ou reglete;
- > aquisição de mobiliário adaptado – por meio da FDE, via solicitação da escola;
- > plano de acessibilidade nas escolas – por meio da FDE.

O que se nota é que na trajetória de implantação de uma política pública para atendimento aos alunos com necessidades educacionais especiais está implícita uma preocupação do Estado em oferecer a eles um conjunto de suportes que lhes garantam o pleno acesso ao currículo e uma educação de qualidade em uma perspectiva inclusiva. Todas as ações propostas e desenvolvidas convergem para a política inclusiva defendida no território nacional.

Nessa perspectiva, além dos recursos materiais, financeiros e de suporte, verificou-se uma crescente demanda pela formação continuada dos professores, que, em princípio, versava sobre os preceitos básicos da educação especial em uma perspectiva inclusiva, mas pouco a pouco foi sendo aprofundada, passando a contemplar as peculiaridades do processo ensino aprendizagem de cada deficiência em particular.



>> Salueder Reinaldo Cardoso Dias Fernandes, 12 anos. EE Professor José dos Reis Miranda Filho.

Atualmente existem ações de formação continuada voltadas para temas como: Deficiência Auditiva; Deficiência Física; Deficiência Mental; Deficiência Visual; Altas Habilidades/Superdotação; Transtornos Globais do Desenvolvimento (Autismo); Transtornos Funcionais Específicos (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, Dislexia, etc.); Classe Hospitalar; Surdocegueira e Tecnologias Assistivas.

No que concerne à educação dos alunos com deficiência intelectual, foco desta publicação, o CAPE vem trabalhando numa perspectiva inclusiva, propondo políticas públicas e desenvolvendo um conjunto de ações de formação continuada, com o objetivo de orientar o professor coordenador de oficina pedagógica responsável pela educação especial e professor especializado em deficiência intelectual das 91 Diretorias Regionais de Ensino sobre a política de atendimento voltada a esse público.

Seguindo a perspectiva histórica descrita, a inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais na rede estadual de ensino de São Paulo passou por uma transformação gradual, indo de um modelo integrativo para uma perspectiva inclusiva, que ainda está em construção nas escolas paulistas. Segundo Januzzi (2004b, p. 187), “[...] aponta-se a inclusão como um avanço em relação à integração, porquanto implica uma reestruturação do sistema comum de ensino”. É essa evolução que a rede estadual de ensino busca em suas iniciativas.

Com o modelo de integração, o professor especializado atuava nas classes especiais ou em salas de recursos com a expectativa de que esses alunos conseguissem alcançar o que era esperado com relação ao seu desempenho. Com isso, o movimento para que um aluno permanecesse na escola sendo considerado como positivo era de “mão única”, ou seja, cabia ao aluno a responsabilidade de seu desempenho e sucesso escolar, sendo que era ele que precisava se integrar ao meio. O papel do professor era integrar esse aluno, adotando metodologias que propiciassem sua alfabetização. Esses alunos eram encaminhados para o atendimento educacional especializado mediante avaliação clínica.

Com o paradigma da inclusão houve uma mudança do papel do professor especializado e da função desse tipo de atendimento. Costuma-se dizer que o processo de inclusão é uma “via de mão dupla”, pois o aluno precisa se instrumentalizar para fazer parte da sociedade, mas é imprescindível que a sociedade também faça a sua parte, adaptando-se e se modificando para que esse aluno seja plenamente incluído aos processos pedagógicos.

Esse movimento converge para a descrição de Januzzi (2004a) sobre as concepções de educação voltadas aos alunos com deficiência que vigoram no

Brasil entre os séculos XVI e XXI, conforme descrito abaixo:

- a. as que se centram, primordialmente, nas manifestações orgânicas da deficiência, buscando capacitar a pessoa para viver em sociedade (médico-pedagógica ou psicopedagógica);
- b. as que estabelecem conexão entre a deficiência e o contexto em que ela se situa, ou seja, o desenvolvimento econômico do país, colocando acento principal nesse contexto político e econômico, que ganhou força entre as décadas de 1960 e 1970. Assim, a educação passa a ser preparação e desenvolvimento do capital humano e da força de trabalho (Economia da Educação ou Teoria do Capital Humano). Outro enfoque, mas não em contradição com o anterior, mais centrado no pedagógico, visa, durante as décadas de 1970 e 1980, à normalização do indivíduo, buscando sua modificação para integrá-lo ao contexto (Processo de Integração). A partir da década de 1990, percebe-se uma tendência à modificação do meio que leve à inclusão do indivíduo, ocasionando uma reestruturação do sistema de ensino, passando de uma perspectiva de integração para a inclusão;
- c. essa concepção pressupõe a educação como mediação e instrumento de transformação social, levando em consideração a complexidade do indivíduo num momento histórico específico. Com a intensificação da defesa da qualidade do ensino para o aluno com deficiência e a necessidade de os agentes escolares buscarem os conhecimentos historicamente acumulados, que permitam a incorporação de novas práticas pedagógicas, levando seu aluno à apropriação dos conhecimentos necessários à vida digna e transformadora da sociedade.

Sob a perspectiva inclusiva, citada por Januzzi (2004a), em São Paulo, o aluno com deficiência passa a ser matriculado no ensino comum e recebe apoio nos Serviços de Apoio Pedagógico Especializado, que funcionam no contraturno com a função de complementar ou suplementar o ensino. No Estado de São Paulo ainda há o atendimento substitutivo do ensino regular, em casos plenamente justificados, de alunos com deficiência intelectual que necessitam de apoio pervasivo. Esse apoio se dá nas classes regidas por professores especializados, que são as antes denominadas classes especiais.

O aluno com deficiência intelectual só poderá ser encaminhado para o atendimento nos Serviços de Apoio Pedagógico Especializado mediante avaliação pedagógica realizada pelo professor especializado em parceria com os profes-

sores do ensino comum envolvidos em seu processo de escolarização. É importante salientar que esse atendimento não visa ao reforço escolar nem à resolução de problemas ou dificuldade de aprendizagem.

Nesse novo contexto, o professor especializado passa a ter um olhar muito específico para cada aluno, necessitando avaliá-lo de forma pormenorizada. Com essa mudança no processo avaliativo, que antes tinha foco clínico/terapêutico e agora passa a ser educacional, o professor especializado necessitará avaliar os alunos apontados como tendo deficiência intelectual verificando os tipos de apoio de que eles necessitam, visando a uma inclusão que garanta seu direito à educação de qualidade com os apoios necessários, conforme o Artigo 3º da Resolução SE 11/2008 alterada pela Resolução SE nº 31/2008.

Essa avaliação deverá levar em consideração os aspectos cognitivos, motores, afetivos e sociais do aluno, procurando observar seu desenvolvimento global. Ela foi normatizada por meio da publicação dos Anexos da Resolução SE nº 11/2008, alterada pela Resolução SEE 31/2008.

O professor especializado precisará trabalhar de forma colaborativa com os professores do ensino comum, oferecendo-lhes suporte e orientando-os no desenvolvimento das estratégias metodológicas que contemplem as necessidades específicas desses alunos tendo em vista o suporte à sua inclusão educacional (conforme Resolução SE nº 11/2008 alterada pela Resolução SE nº 31/2008).

Essas mudanças de paradigma ocorridas por volta do ano 2000 foram transformadoras, pois lançaram por terra as concepções de educação especial que perduravam desde os anos de 1970 com a instalação das primeiras classes especiais na área da deficiência intelectual no Estado de São Paulo.

Com o novo enfoque sobre a escolarização do aluno com deficiência intelectual, o CAPE se viu diante de uma demanda de atualização desse profissional, visando orientá-lo sobre seu novo papel, iniciando-se um programa de formação continuada cujos aspectos principais passarão a ser destacados.

Em 2001, com a universalização do conceito de escola inclusiva e a mudança do papel do professor, entende-se que o aluno passa a ser de responsabilidade da escola como um todo; assim, ocorre uma diminuição dos cursos de especialização e paulatinamente vão se extinguindo as habilitações nas áreas da deficiência.

Em 2002, a Associação Americana de Deficiências Intelectual e do Desenvolvimento (AAIDD) publica a nova definição de deficiência intelectual. O CAPE realiza uma ação de formação com a professora Leny Magalhães Merech, cujo enfoque é a Educação Inclusiva. Nesse mesmo ano, a professora Ere-

nice Natália Soares de Carvalho é convidada para abordar o tema da adaptação curricular.

Em 2004 e 2005, a professora Maria Salete Fábio Aranha⁴ é convidada pelo CAPE para falar sobre Educação Inclusiva e Plano Individualizado de Ensino, enfocando a Adequação Curricular. Ainda em 2005, a equipe do CAPE percorreu as 91 Diretorias de Ensino do Estado com o objetivo de avaliar como estava ocorrendo o processo de inclusão educacional dos alunos com deficiências nas escolas estaduais e sensibilizar os professores e gestores sobre a importância de suas ações em prol dessa educação inclusiva. A reunião com as regionais abordava em sua pauta o papel do professor especializado em salas de recursos.

Em 2007 é realizada a orientação técnica “Dinâmica da sala de recursos”, voltada a todos os professores especializados de deficiência auditiva, física, visual e intelectual atuantes na rede estadual. A partir dessa ação surge uma demanda de capacitação voltada especificamente para o professor especializado em deficiência intelectual focando os aspectos de sua função e prática pedagógica. Com isso, inicia-se a orientação técnica “Atribuições e práticas na sala de recursos na área da deficiência mental”, que proporcionou a retomada do tema da adaptação curricular e suas práticas e da conceituação da deficiência intelectual com os temas: Adaptação Curricular (Rosângela Carvalho Vilela Gebara), Estratégias Facilitadoras do Processo Inclusivo – MAP⁵ (Daniel Sá Roriz Fonteles e Denise Rocha Belfort Arantes) e Avaliação Pedagógica (Marlene Aparecida Silva Machado). Essa ação gerou uma apostila entregue a todos os professores especializados e constitui-se num primeiro passo para a consolidação da avaliação com enfoque pedagógico.

Em 2008, surge a necessidade de revisão da legislação e a normatização de um roteiro para nortear a avaliação pedagógica do professor, sendo então publicados os Anexos I, II e III da Resolução SE nº 11/2008 alterada pela Resolução SE 31/2008.

O CAPE também desenvolveu um projeto em parceria com a Federação Estadual das APAEs (Associação de Pais e Amigos do Excepcional) para elaborar documento norteador do atendimento ao aluno com deficiência intelectual nas instituições conveniadas. Esse documento se traduziu no “Termo de Cooperação Técnica entre as APAEs e a Rede Estadual de Ensino”, que prevê que as instituições atenderão:

- > alunos de 6 aos 14 anos que necessitam de apoio pervasivo com uma programação socioeducacional, que não pode ser oferecida nas escolas estaduais.

4 >> Essa consultora utiliza o termo adequação curricular como substitutivo de adaptação curricular. Como consultora do MEC publicou a série *Saberes e Práticas da Inclusão*, 2003.

5 >> Esta sugestão foi extraída do Capítulo 5 – MAPS, Círculos de Amigos e PATH: instrumentos poderosos para ajudar a construir comunidades protetoras, de Perpoint, J., Forest, M. e O’ Brien, J. In: STAINBACK S. e STAINBACK W. *Inclusão: um guia para educadores*.

- > alunos de 14 a 30 anos que necessitam de apoio pervasivo com uma programação socioeducacional e ocupacional (mesmos componentes curriculares com uma proposta ocupacional, de acordo com o interesse individual e a idade cronológica);
- > “(...) no programa de educação profissional e encaminhamento para o trabalho, alunos a partir de 14 anos, com deficiência intelectual, deficiência múltipla e/ou transtorno global do desenvolvimento associado à deficiência intelectual”. (FEAPAES, 2008).

Nesse mesmo ano o CAPE investiu na formação continuada dos professores realizando:

- > continuidade da orientação técnica “Atribuições e práticas na sala de recursos na área da deficiência mental”, abordando os seguintes temas: Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (Daniel Sá Roriz Fonteles), Desenvolvimento da Leitura Escrita (Denise Cintra Villas Boas), Definição da Deficiência Mental, Constituição da Aprendizagem, Família, Escola, o Papel do Professor Especializado e Motivação no Contexto Educacional (Denise Rocha Belfort Arantes e Danilo Namó) e Avaliação Pedagógica (Marlene Aparecida Silva Machado). Houve também a participação de duas consultoras contratadas, Márcia Maiolin e Wania Tedeschi, que abordaram o ensino da matemática para o aluno com deficiência intelectual;
- > por solicitação dos professores, a videoconferência “Sexualidade na deficiência mental” (ministrada por Valéria Milhare), com o objetivo de apresentar o tema de forma clara, desmistificando-o.

Em 2009 foi publicada a Portaria sobre Terminalidade Específica (Portaria Conjunta CENP/COGSP/CEI, de 6-7-2009). No âmbito da formação continuada ocorrem as seguintes ações:

- > continuidade da orientação técnica “Atribuições e práticas na sala de recursos na área da deficiência mental”, abordando temas como: Currículo Funcional, Adaptação Curricular, Educação Profissional e Avaliação para o trabalho (ministrada por Maria Elizabete Fedosse e Regina Keiko Kato Miura);
- > orientação técnica “Currículo funcional natural”, ministrada pela professora Marguerita Midéa Cucovia. Este projeto teve o intuito de contribuir com a reflexão dos profissionais do CAPE no sentido de encon-

trar soluções para minimizar limitações funcionais e ampliar estratégias educacionais, orientando os professores para que possam atender a todos os alunos no que se refere a recursos pedagógicos adaptados a situações educacionais;

- > videoconferência “Identificando e atendendo o aluno com deficiência intelectual” em parceria com a ABADS – Associação Brasileira de Assistência e Desenvolvimento Social (antiga Sociedade Pestalozzi de São Paulo), com o objetivo de apresentar, de forma ampla, a nova definição, classificação, conceituação da deficiência intelectual e dimensões de análise;
- > orientação técnica “Discutindo o encaminhamento do aluno com deficiência intelectual: convênios e terminalidade específica”, visando subsidiar os PCOPs e supervisores de ensino responsáveis pela educação especial sobre o novo decreto de convênios (Decreto Estadual nº 54.887, de 7 de outubro de 2009).

Nesse mesmo ano começou a ocorrer o curso de atualização descentralizado “Identificando e atendendo o aluno com deficiência intelectual em suas necessidades educacionais específicas”, nos moldes da Resolução SE nº 62/2005.

Em 2010 foi implantado o Projeto ASAS, fruto de um convênio entre a Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, a APAE de São Paulo, o Grupo 25 e o Ministério Público do Estado de São Paulo. Seu objetivo era encaminhar os alunos com deficiência intelectual maiores de 21 anos, matriculados em escolas públicas estaduais, para outros recursos da comunidade e equipamentos do Estado, incluindo a EJA (Educação de Jovens e Adultos) e o CIEJA (Centro Integrado de Educação de Jovens e Adultos). Esse projeto surgiu com a transformação das classes regidas por professor especializado (antigas classes especiais) em salas de recursos, pois havia muitos alunos maiores de 21 anos que não poderiam ser incluídos no ensino comum, tendo uma grande defasagem idade/série, e que precisariam de outras formas de atendimento.

Em paralelo, iniciou-se uma ação com enfoque na Educação Especial para o Trabalho como continuidade da escola, que prevê a destinação de recursos para entidades assistenciais e organizações do terceiro setor que possam desenvolver um trabalho de preparação dos alunos com deficiência intelectual para o mercado de trabalho ou para atividades socio-ocupacionais, de acordo com suas especificidades. Esse trabalho teve como base a LDBEN 9.394/1996, capítulo V da Educação Especial, artigo 59, inciso IV, e a publicação do MEC *Educação pro-*

fissional indicação para a ação: a interface educação profissional/educação especial.

Houve, ainda, um estreitamento da parceria com a equipe de convênios da SEE, permitindo que a equipe técnica responsável pela área da deficiência intelectual no CAPE passasse a colaborar com a averiguação, autorização e encaminhamento dos convênios com as instituições especializadas.

Nesse mesmo ano foi estabelecida uma parceria com a Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência do Estado de São Paulo para o desenvolvimento de projetos com a ONG Mais Diferenças⁶, cujo objetivo era a análise qualitativa dos saberes e práticas das pessoas envolvidas na inclusão do aluno com deficiência na rede estadual paulista.

Essa parceria permitiu também o desenvolvimento do Projeto Enscer (Ensinando o Cérebro) com o objetivo de aplicar e validar um instrumento de avaliação para identificar o público com deficiência intelectual na rede estadual paulista.

Em relação à formação continuada, ocorreram as seguintes ações:

- > orientação técnica “Flexibilização curricular: uma construção a partir da avaliação pedagógica”, em que foram abordadas estratégias de adaptação curricular e avaliação de alunos com deficiência intelectual. Nessa ação o CAPE contou com a colaboração da professora coordenadora de oficina pedagógica da Diretoria Regional de Ensino de Araraquara, Wania Boer;
- > orientação técnica “Compreendendo os aspectos legais e pedagógicos da parceria entre a SEE e as instituições” (com a participação de Maria Elizabete da Costa, Rosângela Carvalho Vilela Gebara e Fabíola Gonzalez dos Santos), visando orientar os supervisores de ensino responsáveis pelo acompanhamento das instituições conveniadas;
- > videoconferência “Importância da autonomia do deficiente intelectual para o encaminhamento para o mundo do trabalho”, objetivando apresentar estratégias que auxiliem o professor na construção da autonomia do aluno deficiente intelectual em parceria com a ABADS – Associação Brasileira de Assistência e Desenvolvimento Social (antiga Sociedade Pestalozzi de São Paulo).

Em 2011, as ações já ocorridas são:

- > continuidade da orientação técnica “Flexibilização curricular: uma construção a partir da avaliação pedagógica”, em que foram abordadas estratégias de adaptação curricular e avaliação de alunos com deficiência

6 >> Mais Diferenças é uma organização não-governamental criada com o objetivo de construir, articular, promover e implementar práticas e políticas inclusivas com os diversos setores da sociedade, para garantir os direitos humanos, prioritariamente das pessoas com deficiência (<http://www.maisdiferencas.org.br>).

intelectual. Nessa ação o CAPE contou com a colaboração da professora coordenadora de oficina pedagógica da Diretoria Regional de Ensino de Araraquara, Wania Boer;

- > realização da segunda videoconferência “Compreendendo os aspectos legais e pedagógicos da parceria entre a SEE e as instituições” (com a participação de Maria Elizabete da Costa, Rosangela Carvalho Vilela Gebara e Maria Irma Lopes) visando orientar os supervisores de ensino responsáveis pelo acompanhamento das instituições conveniadas.

Com todo esse contexto aqui apresentado, percebe-se que houve um avanço em relação às políticas públicas voltadas aos alunos com necessidades educacionais especiais, incluindo aqueles com deficiência intelectual. Nessa perspectiva, o CAPE vem realizando um trabalho intensivo de capacitação para que o professor especializado possa compreender essa mudança de paradigma e seu papel como profissional. Esse trabalho começou com consultores contratados para multiplicar seus conhecimentos e trazer a cultura inclusiva para o Estado, em seguida os próprios profissionais do CAPE se envolveram nessa tarefa, propondo temas que viessem ao encontro da demanda da rede, visando ao fortalecimento da inclusão educacional dos alunos.

Atualmente o CAPE tem profissionais da própria rede desenvolvendo ações de formação continuada, falando com seus pares, compartilhando experiências e construindo colaborativamente novas estratégias de avaliação e intervenção pedagógica junto aos alunos com deficiência intelectual. Esse trabalho colaborativo entre professores é fundamental, pois permite a troca de experiências, a valorização da diversidade e da riqueza de cada escola em particular e o compartilhamento de conhecimentos.

Novos desafios são lançados a todo o momento e, com a Emenda Constitucional nº 59, que prevê obrigatoriedade da Educação Básica a partir de 2016 até os 17 anos, o Serviço de Educação Especial está repensando a validade da Terminalidade Específica. Foi composto um grupo de trabalho para definir os novos rumos da educação especial no que tange ao atendimento específico aos alunos com deficiência intelectual.

Algumas posições já foram tomadas e o grande objetivo de todas as ações educativas previstas pela Secretaria da Educação é proporcionar a autonomia das pessoas com deficiência intelectual, respeitando as diferenças e promovendo condições para que sejam partícipes ativas de sua história.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BUENO, J. G. S. *Educação especial brasileira: integração/segregação do aluno diferente*. São Paulo: Educ, 1993.

FEAPAES. *Subsídios para o termo de cooperação técnica entre as APAEs e a rede estadual de ensino: proposta preliminar*. São Paulo: 2008. Disponível em: www.apaesaopaulo.org.br/anexo.phtml/837. Acesso em: 16/6/2011.

JANUZZI, G. de M. Algumas concepções de educação do deficiente. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, Campinas, v. 25, n. 3, p. 9-25, maio 2004a.

_____. *A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI*. São Paulo: Autores Associados, 2004b. Coleção Educação Contemporânea.

MAZZOTA, M. J. da S. *Educação especial no Brasil: história e políticas públicas*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NAMO, D. *A percepção e participação parental em relação ao serviço de salas de recursos para alunos com deficiência visual*. 2007. 90 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

VIÉGAS, C. M. C.; CARNEIRO, M. A. *Educação profissional: indicações para a ação: a interface educação profissional/educação especial*. Brasília: MEC/SEESP, 2003.

LEGISLAÇÃO

BRASIL. *Lei de diretrizes e bases da educação nacional*. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro 1996.

_____. *Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva*. Brasília: MEC/SEESP, 2008.

SÃO PAULO (Estado). Resolução SE nº 73, de 23 de junho de 1978.

_____. Resolução SE nº 247, de 30 de setembro de 1986.

_____. Resolução SE nº 135, de 18 de julho de 1994.

_____. Deliberação CEE nº 5, de 29 de março de 2000.

- _____. Resolução SE nº 95, de 23 de novembro de 2000.
- _____. Resolução SE nº 61, de 5 de abril de 2002.
- _____. Resolução SE nº 130, de 6 de agosto de 2002.
- _____. Resolução SE nº 31, de 16 de maio de 2007.
- _____. Resolução SE nº 11, de 31 de janeiro de 2008.
- _____. Resolução SE nº 31, de 24 de março de 2008.
- _____. Resolução SE nº 33, de 15 de maio de 2009.
- _____. Resolução SE nº 34, de 15 de maio de 2009.
- _____. Resolução SE nº 38, de 19 de junho de 2009.
- _____. Portaria Conjunta CENP/COGSP/CEI, de 6 de julho de 2009.
- _____. Resolução Conjunta SE/SS nº 1, de 25 de setembro de 2009.
- _____. Decreto Estadual nº 54.887, de 7 de outubro de 2009.
- _____. Resolução SE nº 41, de 14 de maio de 2010.
- _____. Resolução SE nº 27, de 9 de maio de 2011.

FAMÍLIA

UM DIA MEU PRIMO ELE FOI TRABALHAR E A MOTOSERRA ESCAPOU DA MÃO DELE E LAÍ VUO CHÃO SORTE DELE QUE ELE NÃO MORREU SÓ PORQUE EU TAVA PERTO DELE FOI EU QUE VISEI LEVEI ELE SEM EU LA FLETINHA CORTADO OS 2 BRASOS ETINHAPERDIDO AS 2 MÃO EU SO O HEROI DA VIDA DELE E DEPOIS ELE VUI TRABALHAR EM OUTRO LUGAR E EU VUI COM ELE DAÍ EU - ME PERDI E UM BANDO DE CASCAVEIS APARECEU LA E O BANDO VEIO ATACAR EU E EU GRITEI COM BASTANTE FORÇA A ELE VEIO CORRENDO COM UM PEDASO DE PAU E JOGOU O PEDASO EM CIMA DO BANDO E AS COBRAS MORREU Imediatamente E EL E TALOU --- PORQUE VOUCE NÃO VEIO PORQUE EU ME PERDI E ELE - ME ABRAÇOU E FALOU ASSIM = MEU PRIMO VENHA EMBO RA COMIGO EU VUI COM ELE PRA CASA DA NOSSA VÓ



BASES LEGAIS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

>> Judith Camargo Curiel de Braga

A prática da reflexão por parte dos integrantes do quadro de magistério acerca dos referenciais legais que norteiam a educação de pessoas com necessidades educacionais especiais ainda não é comum. Isso ocorre, em grande parte, por desconhecimento da legislação.

Dentro de uma visão social de mundo democrático, na perspectiva da garantia e defesa de direitos e alinhadas com as recomendações nacionais e internacionais, todas as ações devem seguir os princípios da inclusão social, previstas na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU)¹.

As concepções educacionais contemporâneas partem da premissa de que a educação é um direito fundamental de todo cidadão e, como tal, sua observação é assegurada por meio das garantias constitucionais.

A Declaração Universal dos Direitos da Criança da ONU (1959)² apresentou uma concepção inovadora à época, sobre o tratamento dispensado a crianças e adolescentes – a Doutrina da Proteção Integral –, que definiu a educação como um dos cinco grupos de direitos relevantes para esse público específico. Mais tarde, a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente abraçaram essa doutrina, humanizando o tratamento dispensado às crianças e adolescentes.

Objetivando atender às necessidades e aos interesses coletivos de forma universal e sem nenhuma distinção, estabeleceram-se políticas públicas nesse sentido. Alguns dos interesses coletivos indiscutíveis abraçados por estas políticas públicas são a saúde, a segurança e a educação.

É fundamental ressaltar que o conceito de necessidades educacionais especiais utilizado neste texto, em consonância com a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (MEC, 2008), ressalta a interação das características individuais dos alunos com o ambiente educacional e social, chamando a atenção do ensino regular para o desafio de atender às diferenças.

1 >> Decreto nº 6.949/2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 3 out. 2011.

2 >> Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10120.htm>. Acesso em: 3 out. 2011.

Por haver o entendimento de que o termo deficiência intelectual é mais adequado para referir-se ao funcionamento do intelecto (especificamente) e não ao funcionamento da mente como um todo, e em conformidade com as tendências contemporâneas da educação especial, preferiu-se utilizar, neste texto, a expressão *deficiência intelectual* em detrimento de *deficiência mental*, apesar de não terem ocorrido, ainda, as alterações formalizadoras desse entendimento na legislação aqui abordada.

DOCUMENTOS NACIONAIS

Historicamente, o Brasil sempre teve legislação direcionada à educação especial.

Já na década de 1960, a Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961, que fixou diretrizes e bases da educação nacional, falava em “educação de excepcionais”, determinando que, no que fosse possível, os alunos público-alvo desta modalidade deveriam ser enquadrados no sistema geral de educação, a fim de serem integrados na comunidade. Já o poder público deveria incentivar iniciativas privadas consideradas eficientes para a educação desses alunos³. Enquanto em muitos países as pessoas com necessidades especiais eram mantidas em instituições e segregadas do convívio social e educacional com pessoas sem deficiência, o Brasil já tinha leis que previam a educação dessas pessoas no sistema comum de ensino.

A Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971, que fixou diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus, também previu “tratamento especial” aos alunos com deficiências físicas ou mentais⁴. Autores como MAZZOTTA (2005) discutem essa norma, questionando se ela pode ser considerada uma evolução ou um retrocesso para a educação especial, comparativamente à Lei nº 4.024/1961:

Nestes termos, tanto se pode entender que tal recomendação contraria o preceituado no Artigo 88 da Lei nº 4.024/61, como também que, embora desenvolvida através de serviços especiais, a “educação dos excepcionais” pode enquadrar-se no “sistema geral de educação (p. 69).

> **Constituição Federal de 1988 (CF/88)**

Conhecida como *Constituição Cidadã* e considerada um grande marco no país, a CF/88, além de romper com o ciclo concentrador e filantropista das políticas públicas, reconhece, pela primeira vez, de maneira expressa na legislação,

3 >> Artigos 88 e 89, LDB/1961.

4 >> Artigo 9º, LDB/1971.

que crianças e adolescentes têm direitos, os quais podem ser exercidos frente à família, à sociedade e ao Estado. Esses direitos estão expressos em seu Artigo 227:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Desde a promulgação da Carta Magna de 1988, a problemática social de crianças e adolescentes faz parte do grande guarda-chuva das políticas educacionais, transformando as escolas no principal e preferencial *locus* para o estabelecimento e implantação de políticas públicas – haja vista todos os programas sociais governamentais, principalmente os atrelados às políticas de ações afirmativas⁵, que vinculam a participação do cidadão à matrícula e frequência das crianças e adolescentes em escolas públicas.

Para as crianças e adolescentes com necessidades educacionais especiais o caminho não é diferente. Ao observarem-se as tendências contemporâneas de atendimento às pessoas com necessidades educacionais especiais, entende-se que é latente a necessidade de se assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, pautados em valores supremos de igualdade e de justiça, objetivando uma sociedade sem preconceitos e harmônica⁶. Esse é o escopo da sociedade inclusiva.

O artigo 208, inciso III (CF/88), disciplina a efetivação do atendimento educacional especializado a pessoas com deficiências, preferencialmente na rede regular de ensino. Esta garantia de atendimento é normatizada em inúmeros diplomas legais nacionais e estaduais, dispostos a seguir.

> Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990

O ECA foi aprovado através de um movimento da sociedade civil organizada, que reivindicou, com ações propositivas, a cidadania de crianças e adolescentes. Entrou em vigor em outubro de 1990, em um país ainda embalado pelo ambiente de retomada democrática pós-ditadura militar e instalação política da Assembleia Nacional Constituinte, na qual prosperou a articulação política da inserção do Artigo 227 da CF/88 e a própria construção do projeto que viria a tornar-se a Lei Federal 8.069/90.

5 >> Atualmente, as ações afirmativas podem ser definidas como um conjunto de políticas públicas e privadas de caráter compulsório, facultativo ou voluntário, concebidas com vistas ao combate à discriminação racial, de gênero, por deficiência física e de origem nacional, bem como para corrigir ou mitigar os efeitos presentes da discriminação praticada no passado, tendo por objetivo a concretização do ideal de efetiva igualdade de acesso a bens fundamentais como a educação e o emprego. Diferentemente das políticas governamentais antidiscriminatórias baseadas em leis de conteúdo meramente proibitivo, que se singularizam por oferecerem às respectivas vítimas tão somente instrumentos jurídicos de caráter reparatório e de intervenção *ex post facto*, as ações afirmativas têm natureza multifacetária, e visam a evitar que a discriminação se verifique nas formas usualmente conhecidas – isto é, formalmente, por meio de normas de aplicação geral ou específica, ou através de mecanismos informais, difusos, estruturais, enraizados nas práticas culturais e no imaginário

coletivo. Em síntese, trata-se de políticas e de mecanismos de inclusão concebidos por entidades públicas, privadas e por órgãos dotados de competência jurisdicional, com vistas à concretização de um objetivo constitucional universalmente reconhecido – o da efetiva igualdade de oportunidades a que todos os seres humanos têm direito (GOMES, 2002, p. 9).

6 >> Preâmbulo, CF/1988.

Portanto, a mudança no panorama da criança e do adolescente ocorreu a partir de 1988, com a Constituição Federal e, notadamente, a partir do ECA.

A efetivação do atendimento educacional especializado a pessoas com deficiências, preferencialmente na rede regular de ensino, está presente neste dispositivo legal:

Art. 54. É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente:

III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino.

> Decreto nº 678, de 6 de novembro de 1992 – Convenção Americana sobre Direitos Humanos (Pacto de São José da Costa Rica)

Ratificado pelo Brasil mais de vinte anos após a sua assinatura, o Pacto de São José da Costa Rica abraçou o ideal de ser humano livre, com garantias de pleno gozo de seus direitos econômicos, sociais, culturais, civis e políticos.

Esse documento criou a Corte Interamericana de Direitos Humanos, que tem como objetivo julgar casos de não observação dos direitos humanos, e estabeleceu os direitos fundamentais da pessoa humana, relacionando a educação como um deles.

> Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996

A LDB dispõe sobre o direito à educação, sobre a organização da educação nacional, sua composição, divisão de competências nas esferas administrativas e normatização do ensino formal.

Esse dispositivo possui um capítulo inteiro dedicado à educação especial (Capítulo V: Da Educação Especial), no qual esta modalidade de ensino é definida e a efetivação do atendimento educacional especializado a pessoas com deficiências, preferencialmente na rede regular de ensino, é disciplinada (Artigo 58).

Desse diploma legal fazem parte as previsões da utilização de adaptações de acesso ao currículo, de adaptações curriculares e de terminalidade específica, entre outros.

A LDB adotou o princípio da educação inclusiva, oportunizando a todos os alunos a matrícula na rede regular de ensino.

> Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica

Instituídas pela Resolução nº 2, de 11 de setembro de 2001, da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação⁷, e fundamentadas no Parecer da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação nº 17/2001, homologado pelo ministro da Educação em 15 de agosto de 2001⁸, essas diretrizes quiseram acabar com o atendimento “em separado” ou “excluído” recebido historicamente pelo aluno com deficiência, objetivando ter toda criança na escola, sendo esta uma boa escola para todos, numa perspectiva de universalização do ensino e de atenção à diversidade na educação brasileira.

Assuntos fundamentais à educação especial foram abordados por esse documento, tais como o perfil do estudante-alvo dessa modalidade, a organização das classes comuns, a criação extraordinária de classes especiais, o asseguramento de acessibilidade a atendimento integrado com os sistemas de saúde, a capacitação e especialização de docentes e a definição de educação especial.

Art. 3º 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 (BRASIL, 2001).

> Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004

Também conhecido como *Decreto de Acessibilidade*, regulamentou a lei que dá prioridade de atendimento às pessoas com deficiência⁹ e a lei que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção de acessibilidade para esse público¹⁰.

O Decreto de Acessibilidade define em seu Artigo 5º, parágrafo 1º, inciso I, alínea *d*, quem o Brasil considera pessoa com deficiência intelectual:

Art. 5º Os órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, as empresas prestadoras de serviços públicos e as instituições financeiras deverão dispensar atendimento prioritário às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

7 >> Diário Oficial da União, Brasília, 14 de setembro de 2001. Seção 1E, p. 39-40, disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>

8 >> Diário Oficial da União, Brasília, 17 de agosto de 2001. Seção 1, p. 46, disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB017_2001.pdf

9 >> Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000.

10 >> Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.

§ 1º Considera-se, para os efeitos deste Decreto:

I - pessoa portadora de deficiência, além daquelas previstas na Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003, a que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade e se enquadra nas seguintes categorias:

d) deficiência mental: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

1. comunicação;
2. cuidado pessoal;
3. habilidades sociais;
4. utilização dos recursos da comunidade;
5. saúde e segurança;
6. habilidades acadêmicas;
7. lazer; e
8. trabalho.

> Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, de 7 de janeiro de 2008

Apresentada pela Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação, a Política Nacional tem como objetivo construir políticas públicas promotoras de uma educação de qualidade para todos os alunos, indiscriminadamente, através do acompanhamento dos avanços do conhecimento e das lutas sociais.

É importante ressaltar que o documento aqui abordado não é uma lei ou um decreto, mas traz diretrizes fundamentais à formatação da educação especial no país.

Essa política faz um grande recorte histórico, que trata do atendimento dispensado às pessoas com deficiência, desde o século XIX até a data de sua publicação, e orienta os sistemas de ensino a garantir aos alunos com necessidades educacionais especiais acesso ao ensino regular, com participação, aprendizagem e continuidade nos níveis mais elevados do ensino; transversalidade da modalidade de educação especial desde a educação infantil até a educação superior; oferta do atendimento educacional especializado; formação de professores para o atendimento educacional especializado e demais profissionais da educação para a inclusão; participação da família e da comunidade; acessibilidade arquitetônica,

nos transportes, nos mobiliários, nas comunicações e informação; e articulação intersetorial na implementação das políticas públicas.

Conforme as diretrizes apontadas por esta política, cabe à educação especial realizar o atendimento educacional especializado, disponibilizar os serviços e recursos próprios desse atendimento e orientar os alunos e seus professores quanto à sua utilização nas turmas comuns do ensino regular, perpassando todos os níveis, etapas e modalidades de ensino.

> **Parecer CONADE nº 21, de 19 de agosto de 2009**

Parecer é o voto do relator sobre matéria de uma Câmara ou Comissão, devidamente aprovado nessa instância¹¹.

O presente parecer disserta acerca da designação dispensada às pessoas com deficiência durante os diversos períodos históricos, atribuindo as diferentes nomenclaturas que já lhes foi dada aos diferentes paradigmas sociais vigentes em cada época.

Esse documento é o que define a positivação da expressão, em português, *pessoa com deficiência*.

> **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009 – Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU)**

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências da ONU foi o primeiro tratado relativo aos direitos humanos recebido como uma norma constitucional após a reforma do Judiciário (Emenda Constitucional nº 45/2004).

O Decreto nº 6.949/2009 trouxe para o ordenamento jurídico brasileiro o texto da Convenção e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007, com força de Emenda Constitucional, nos moldes do parágrafo 3º do Artigo 5º da CF/88.

Essa Convenção reconheceu que a deficiência é um conceito em evolução e que resulta da interação entre as pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. Esse documento estabeleceu direitos fundamentais da pessoa humana, tais como o direito à vida, à dignidade, à integralidade pessoal, à integralidade moral e à educação¹².

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência tem como propósito “promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas

11 >> www.ceesp.sp.gov.br

12 >> www.stf.jus.br

com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente” (Artigo 1º).

O Artigo 24 da Convenção trata objetivamente de educação, estabelecendo que as pessoas com deficiência devem ter acesso a um ensino de qualidade, em igualdade de condições com as demais pessoas na comunidade em que vivem, a adaptações razoáveis, apoio necessário (de acordo com suas necessidades individuais) e, fundamentalmente, acesso ao ensino superior geral, formação continuada e preparação para o trabalho.

> **Outros documentos**

Além da legislação abordada neste texto, é importante fazer referência a dois documentos que, apesar de não possuírem força de lei, foram fundamentais para a consolidação conceitual e política da educação especial nos moldes contemporâneos, a saber: a Declaração de Salamanca e a Política Nacional de Educação Especial de 1994. O primeiro, em consonância com a Declaração Mundial de Educação para Todos, veio reforçar o entendimento de que a educação é um direito, independente da existência ou não de deficiências. O segundo orientou o processo de “integração institucional” que condicionou o acesso às classes comuns do ensino regular àqueles que possuíam condições de acompanhar e desenvolver as atividades curriculares programadas para os alunos dessas classes¹³.

DOCUMENTOS ESTADUAIS

> **Deliberação do Conselho Estadual de Educação nº 68, de 13 de junho de 2007**

Deliberação é a norma geral e abstrata que trata de matéria atinente à organização e funcionamento do Sistema Estadual de Ensino¹⁴.

Esta deliberação foi a responsável por dar o tom à educação especial dentro da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, dando origem à Resolução 11, apresentada a seguir.

A Deliberação CEE nº 68/2007 fixa normas para a educação de alunos com necessidades educacionais especiais no sistema estadual de ensino, buscando a garantia de uma proposta pedagógica que assegure recursos e serviços educacionais especiais que apoiem, complementem e suplementem o ensino regular, tendo como escopo a promoção do desenvolvimento das potencialidades dos educandos com necessidades educacionais especiais (Artigo 1º).

No Artigo 3º são definidos os alunos considerados com necessidades educacionais especiais:

13 >> Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva, de 7 de janeiro de 2008, p. 3.

14 >> www.ceesp.sp.gov.br

Art. 3º - Consideram-se educandos com necessidades educacionais especiais:

I - alunos com deficiência física, mental, sensorial e múltipla, que demandem atendimento educacional especializado;

II - alunos com altas habilidades, superdotação e grande facilidade de aprendizagem, que os levem a dominar, rapidamente, conceitos, procedimentos e atitudes;

III - alunos com transtornos invasivos de desenvolvimento;

IV - alunos com outras dificuldades ou limitações acentuadas no processo de desenvolvimento, que dificultam o acompanhamento das atividades curriculares e necessitam de recursos pedagógicos adicionais.

Alguns apontamentos relevantes foram feitos por esta publicação: distribuição ponderada de alunos com necessidades educacionais especiais pelas várias classes do ano escolar em que forem classificados, adequação entre idade e série/ano escolar, flexibilização curricular¹⁵, capacitação de professores para o atendimento às necessidades educacionais especiais dos alunos, aprendizagem cooperativa, entre outros.

> Resolução SE nº 11, de 31 de janeiro de 2008, alterada pela Resolução SE nº 31, de 24 de março de 2008

Considerada a *resolução-mãe* do Serviço de Educação Especial na rede pública de ensino no Estado de São Paulo, esta resolução dispõe sobre a educação escolar de alunos com necessidades educacionais especiais nas escolas da rede estadual paulista.

A *Resolução 11* – como é conhecida pelo quadro de magistério da rede estadual de ensino – determina que o atendimento escolar de alunos com necessidades educacionais especiais deve ocorrer, preferencialmente, nas classes comuns da rede regular de ensino, com o apoio de serviços especializados.

A regra para os alunos que são o público-alvo desta resolução é que todos devem ter a matrícula na classe comum da rede regular de ensino oportunizada, antes mesmo do encaminhamento a qualquer serviço de apoio pedagógico especializado.

15 >> PCN – Adaptação Curricular, 1997.

Os serviços de apoio especializado apresentados por esta resolução compreendem os seguintes tipos de atendimento:

- sala de recursos;
- atendimento itinerante;
- classe hospitalar;
- classe regida por professor especializado (CRPE).

Desses quatro tipos de atendimento, para a área da deficiência intelectual, dois merecem destaque: a sala de recursos e a classe regida por professor especializado.

As salas de recursos são organizadas por áreas da deficiência (deficiência intelectual, deficiência auditiva, deficiência física e deficiência visual). O atendimento nesse tipo de serviço ocorre sempre no contraturno do período regular de aulas, com o objetivo de atender alunos que estejam matriculados nas classes comuns da rede regular de ensino, em horários programados de acordo com as necessidades dos alunos. Especificamente para a deficiência intelectual, esse serviço atende alunos que necessitem de apoio intermitente, limitado e extensivo¹⁶.

As CRPEs, antigamente chamadas de *classes especiais*, existem para atender apenas alunos na área da deficiência intelectual. Assim como nas instituições conveniadas à Secretaria da Educação, o público-alvo deste serviço são os alunos com deficiência intelectual que apresentem necessidade de apoio pervasivo. Essas classes constituem-se em agrupamentos sistemáticos de alunos com deficiência intelectual ou deficiência múltipla associada à deficiência intelectual, que necessitem de apoio permanente e requeiram alteração significativa do currículo. O objetivo do atendimento neste contexto é garantir, por meio de estratégias diferenciadas, a autonomia do aluno, promovendo, dessa forma, melhoria em seu desenvolvimento educacional e social. Esta classe deve ser regida por professor habilitado ou especializado na área da deficiência intelectual¹⁷. Os alunos matriculados neste serviço devem estar impossibilitados de frequentar a sala regular com apoio da sala de recursos, pois necessitam de apoio pervasivo e, para que seja feito este encaminhamento, há a exigência de uma avaliação inicial criteriosa. Igualmente ocorre para a permanência no serviço: é necessária a avaliação contínua e sistemática por parte do professor especializado da CRPE, ratificada pela equipe de Educação Especial da Diretoria de Ensino. Para a atuação docente nesse contexto, deve-se levar em consideração a faixa etária do aluno, zelando-se pela adequação entre idade e série dos alunos.

A regulamentação estadual disciplina que qualquer aluno com deficiência intelectual, antes de ser encaminhado para um SAPE, deve ser submetido a uma avaliação pedagógica, realizada, prioritariamente, por professor habilitado e/ou

16 >> Conforme as classificações de intensidade de apoio apresentadas pela CIF.

17 >> Art. 11, II, Res. SE nº 11/2008.

especializado da área da deficiência intelectual¹⁸. Essa avaliação é condição para o encaminhamento, mesmo que o aluno apresente laudo médico ou psicológico constatando o prejuízo intelectual, sempre como objetivo de garantir a presença da subjetividade do olhar do professor avaliador sobre cada aluno.

A Resolução 11 traz ainda as formas de organização dos SApEs nas unidades escolares, a relação das funções do professor especializado que trabalha nesses serviços de apoio, as atribuições das Diretorias de Ensino sobre os serviços de apoio pedagógico especializado, a possibilidade de utilização de terminalidade específica (que será abordada mais profundamente a seguir) e três sugestões de anexos que orientam a avaliação e o registro do trabalho com o discente que possui deficiência intelectual.

> **Portaria Conjunta CENP/COGSP/CEI, de 6 de julho de 2009**

Apresentada pela primeira vez na LDB/1996, a Terminalidade Escolar Específica foi regulamentada em âmbito estadual por esta portaria que dispõe, especificamente, sobre essa certificação de alunos com necessidades educacionais especiais na área da deficiência intelectual das escolas da rede estadual de ensino.

Ela define Terminalidade Escolar Específica:

Art. 1º - Entenda-se por Terminalidade Escolar Específica, a certificação de estudos correspondente à conclusão de ciclo ou de determinada série do ensino fundamental, expedida pela unidade escolar, a alunos com necessidades educacionais especiais, que apresentem comprovada defasagem idade/série e grave deficiência mental ou deficiência múltipla, incluída a mental, que não puderam, comprovadamente, atingir os parâmetros curriculares estabelecidos pela Pasta para o ensino fundamental.

Esse documento estabelece o limite etário para a expedição da certificação em questão entre 16 e 21 anos, aos alunos que se enquadrem nas definições apresentadas no parágrafo único do Artigo 1º:

Parágrafo único - Fazem jus à certificação de que trata o caput do artigo, os alunos com necessidades educacionais especiais, na área da deficiência mental, que demandam apoio constante de alta intensidade, inclusive para gerir sua vida e que demonstram não terem se apropriado das competências e habilidades básicas fixadas para determinada série ou ciclo do ensino fundamental.

18 >> Conforme Deliberação do Conselho Estadual de Educação de São Paulo nº 94, de 29 de dezembro de 2009.

Também, nos Artigos 4º ao 8º, são definidas as funções de cada profissional dos diferentes níveis hierárquicos dentro da SEE, desde os professores da sala comum e do atendimento pedagógico especializado, passando pela direção da unidade escolar, até a supervisão escolar e a Diretoria Regional de Ensino institucionalmente.

Os três anexos constantes dessa portaria são exemplos de: roteiro para elaboração do relatório individual de alunos indicados à terminalidade específica; avaliação pedagógica descritiva do ensino fundamental – ciclo I/II – registro de habilidades e competências; e Certificado de Terminalidade Específica.

O Artigo 9º traz uma ressalva relevante:

Art. 9º - As situações não previstas na presente Portaria serão analisadas por um grupo de trabalho constituído por representantes da CENP/CAPE, COGSP e/ou CEI e da Diretoria de Ensino envolvida.

Essa ressalva possibilita que alunos em condições fora dos padrões estabelecidos pela Portaria de Terminalidade também sejam alvo desta certificação, desde que o colegiado responsável pela análise assim conclua.

Muito se discute acerca da validade da terminalidade específica e a sua pertinência dentro do ordenamento jurídico brasileiro, que prevê a Educação Básica obrigatória¹⁹, dos 4 aos 17 anos²⁰.

> **Decreto nº 54.887, de 7 de outubro de 2009**

Considerado um marco para a educação especial paulista, o *Decreto de Convênios* redesenhou a celebração de convênios entre a Secretaria da Educação e as instituições sem fins lucrativos atuantes na educação especial no Estado de São Paulo.

Esse decreto limitou o público atendido pelas instituições conveniadas à Secretaria da Educação aos “educandos com graves deficiências que não puderem ser beneficiados pela inclusão em classes comuns de ensino regular”. Tomando por base os educandos com deficiência intelectual, esse decreto refere-se, especificamente, aos alunos que necessitam de apoio pervasivo²¹.

Além da delimitação do público a ser atendido, o decreto disciplina a transferência de recursos financeiros, as propostas de alteração nos planos de trabalho e a tramitação dos processos administrativos de celebração de convênios.

19 >> Art. 21, I, LDB/1996.

20 >> Art. 208, I, CF/88.

21 >> Conforme as classificações de intensidade de apoio apresentadas pela CIF.

> Deliberação do Conselho Estadual de Educação de São Paulo nº 94, de 29 de dezembro de 2009

Essa deliberação estabelece normas para a formação de professores em nível de especialização, para o trabalho com crianças com necessidades especiais, no sistema de ensino do Estado de São Paulo, com carga horária mínima definida em 600 horas, 100 das quais devem ser dedicadas a estágio supervisionado e as outras 500 divididas em atividades teórico-práticas, sendo 200 horas de formação básica (compreendendo os fundamentos filosóficos, pedagógicos e científicos da educação inclusiva e especial, com a formação na perspectiva histórico-social brasileira) e 300 horas dedicadas ao conhecimento e prática dos processos técnico-metodológicos em apenas uma das áreas da educação especial (deficiências – intelectual, visual, auditiva, física –, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades).

CONSIDERAÇÕES

A legislação brasileira, bem como as políticas públicas na área da Educação Especial, tem como características ser fruto de contextos históricos e sociais que sofrem forte influência de documentos internacionais.

O desconhecimento da legislação não pode mais ser usado como argumento para a falta de prática de reflexão acerca de documentação relevante, como a documentação aqui referenciada.

Os documentos oficiais apresentados nesta publicação compõem juntos os pilares de sustentação do trabalho docente na área da Educação Especial na rede estadual paulista e, por serem de tamanha relevância, devem ser utilizados como instrumentos de inclusão nas mãos dos profissionais do quadro de magistério. O trabalho do docente está estritamente ligado ao entendimento do direito à educação como premissa básica para todos e à concepção e ao entendimento desse direito. Somente a partir desses entendimentos é que os docentes terão condições de pugnar juntamente com seus alunos com necessidades educacionais especiais pela garantia do seu direito básico – a educação.

BIBLIOGRAFIA

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, 1988.
- _____. *Diretrizes Nacionais para a Política de Atenção Integral à Infância e à Adolescência: 2001-2005*. Brasília: CONANDA, 2001.
- _____. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Brasília, 1991.
- _____. *Parâmetros Curriculares Nacionais: adaptação curricular*. Brasília: MEC/SEF, 1997.
- _____. *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Brasília: MEC/SEESP, 2008.
- GOMES, Joaquim B. Barbosa. *O debate constitucional sobre as ações afirmativas*. Site Mundo Jurídico, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.mundojuridico.adv.br>>. Acesso em: 7 fev. 2011.
- MAZZOTTA, M. J. da S. *Educação especial no Brasil: história e políticas públicas*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: EDUSP, 2003.

SITES

- Conselho Estadual de Educação de São Paulo: <http://www.ceesp.sp.gov.br>
- Secretaria da Educação do Estado de São Paulo: <http://www.educacao.sp.gov.br>
- Ministério da Educação: <http://www.mec.gov.br>
- Organização das Nações Unidas: <http://www.onu-brasil.org.br>
- Presidência da República Federativa do Brasil: <http://www.planalto.gov.br>
- Supremo Tribunal Federal: <http://www.stf.jus.br>



>> Thawan Lucas Siqueira Lopes, 14 anos. EE Dr. Orlik Luz.

O CAMINHAR DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E CLASSIFICAÇÃO PELO SISTEMA DE SUPORTE/APOIO

>> Maria Amelia Almeida

Desde sua fundação, em 1876, a Associação Americana de Retardo Mental – AAMR, atualmente denominada Associação Americana em Deficiência Intelectual e do Desenvolvimento – AAIDD, tem se preocupado em compreender, definir e classificar o campo da deficiência intelectual. Vários manuais foram publicados sobre a definição e classificação da deficiência intelectual, sendo que o último, lançado em 2010 pela AAIDD, traz a mudança da terminologia “retardo mental” para “deficiência intelectual”. Essa alteração estava em estudos mas somente em 2010 é que houve um consenso sobre o termo que melhor poderia identificar essa deficiência. Este trabalho tem como objetivo, em um primeiro momento, descrever os fundamentos que levaram à mudança da terminologia, depois, mostrar os fatos que mais se destacaram na evolução do conceito da deficiência intelectual e, finalmente, apresentar os sistemas de apoio.

MUDANÇA DA TERMINOLOGIA: DE DEFICIÊNCIA/RETARDO MENTAL PARA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Nos Estados Unidos da América do Norte ocorreu uma grande e intensa discussão entre os pesquisadores da área da deficiência intelectual/retardo mental acerca da construção do conceito de deficiência e como a deficiência intelectual poderia se encaixar nessa construção. Mais tarde essa discussão se ampliou quanto ao uso do termo “deficiência intelectual”, e segundo Switzky e Greenspan (2006) tal discussão ocorreu em um contexto competitivo de visões de mundo acerca dos fundamentos filosóficos e epistemológicos da concepção de deficiência intelectual/atraso mental.

Três questões principais nortearam as discussões (SCHALOCK et al, 2007):

1. Porque a preferência do termo deficiência intelectual em detrimento do termo “retardo mental”?
2. Como o uso do termo deficiência intelectual poderia impactar a definição atual de “retardo mental”?
3. Como o uso do termo deficiência intelectual poderia afetar as pessoas já diagnosticadas ou elegíveis para o diagnóstico de “retardo mental”?

Para responder a tais perguntas, torna-se necessário avaliar algumas situações, entre elas a construção atual de deficiência que emergiu ao longo das últimas duas décadas, devido, principalmente, à compreensão do processo de incapacidade e sua melhoria das pessoas com deficiência intelectual. Poderíamos indicar como principais fatores dessa evolução: (a) a pesquisa sobre a construção social da doença e o impacto que as atitudes sociais, os papéis e as políticas têm sobre as formas como os indivíduos experienciam os problemas de saúde (ARONOWITZ, 1998), (b) o obscurecimento da distinção histórica entre as causas biológicas e sociais de deficiência (INSTITUTE OF MEDICINE, 1991), e (c) o reconhecimento da multidimensionalidade do funcionamento humano (LUCKASSON et al, 1992 e 2002; Organização Mundial de Saúde OMS, 2001).

De acordo com Schalock et al (2007), em virtude desses fatores o conceito de deficiência evoluiu de uma característica centrada na pessoa (muitas vezes referido como um “déficit”) para um fenômeno humano com sua gênese em fatores orgânicos e/ou sociais. Nesse sentido, segundo Hahn e Hegamin (2001) e Rioux (1997), esses fatores orgânicos e sociais dão origem a limitações funcionais que vão refletir numa incapacidade ou restrição em ambos, funcionamento pessoal e desempenho de papéis e tarefas esperadas por um indivíduo no ambiente social. Esta concepção ecológica social da deficiência se reflete também nas publicações atuais tanto da AAIDD, quanto da OMS. Da mesma forma, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF é descrita como tendo a sua gênese na condição de saúde (distúrbio ou doença) que dá origem a impedimentos das funções e estruturas do corpo, na limitação de atividades e participação restrita nos contextos pessoais e ambientais. Segundo Greenspan (1999), a importância dessa mudança evolutiva na construção da deficiência fez com que a deficiência intelectual já não seja mais considerada como um traço totalmente absoluto e invariável da pessoa. Ao contrário, de acordo com Putnam (2005), essa construção ecológica social de deficiência e deficiência intelectual acaba por exemplificar a interação entre a pessoa e seu meio ambiente; a concentrar-se no papel que o suporte individualizado pode desempenhar no

funcionamento individual e também permite a busca e compreensão da “identidade da deficiência”, cujos princípios incluem bem-estar, orgulho, causa comum e engajamento na ação política.

Assim, o termo “deficiência intelectual” passou a ser cada vez mais usado no lugar de “deficiência/retardo mental”. Para Luckasson e Reeve (2001), cinco fatores importantes precisam ser considerados quando se pretende selecionar um termo. Primeiro, o termo deve ser específico e se referir a uma única entidade ao mesmo tempo que permite a diferenciação de outras entidades e aprimora a comunicação. Em segundo lugar, ele deve ser utilizado de forma consistente pelas diferentes partes ou grupos interessados (por exemplo, indivíduos, famílias, escolas, médicos, advogados, organizações profissionais, pesquisadores e formuladores de políticas). Terceiro, o termo deve representar adequadamente o conhecimento atual e ser capaz de incorporar novos conhecimentos científicos, bem como os avanços que ocorrem. Quarto, deve ser robusto suficiente em sua operacionalização a fim de permitir seu uso para fins múltiplos, incluindo a definição, o diagnóstico, a classificação e o planejamento dos níveis de suporte/apoio. Quinto, ele deve refletir um componente essencial para nomear um grupo de pessoas, que significa comunicar valores importantes, especialmente para o grupo. Segundo Finlay e Lyons (2005), o processo de nomeação (ou seja, comunicação de valores importantes) gerou uma grande discussão com muitas pessoas afirmando que o termo “retardo mental” não comunicava dignidade ou respeito e, de fato, frequentemente, resultava na desvalorização dessas pessoas.

Assim, segundo Schalock et al (2007), existe um consenso emergente de que o termo deficiência intelectual não só atende esses cinco critérios, como também é preferível por inúmeras de razões, tais como: (a) reflete mudança na construção da deficiência descrita pela AAIDD e OMS, (b) alinha-se melhor com as práticas profissionais atuais que incidem sobre os comportamentos funcionais e fatores contextualizados, c) fornece uma base lógica para a prestação de suporte/apoio individualizado devido à base teórica social e ecológica, (d) é menos ofensivo para pessoas com deficiência, e (e) está mais consistente com a terminologia internacional.

Dessa forma, a mudança do termo “deficiência/retardo mental” para “deficiência intelectual” fez com que o termo se tornasse menos ofensivo às pessoas com deficiência, além de: (a) estar mais consistente com a tecnologia utilizada internacionalmente, (b) enfatizar o fato que a deficiência intelectual não é mais considerada um traço absoluto e invariável de uma pessoa, (c) alinhar-se com as atuais práticas profissionais que se concentram na prestação de apoios adaptados

às pessoas para melhorar o seu funcionamento em ambientes específicos, (d) abrir o caminho para o entendimento e a busca de uma “identidade de deficiência”, que inclui princípios como a autoestima, o bem-estar subjetivo, o orgulho e engajamento na ação política, entre outros.

Assim sendo, o termo deficiência intelectual abrange a mesma população de indivíduos que foram diagnosticados anteriormente com apresentando “retardo mental/deficiência mental” em número, nível, tipo e duração da deficiência, bem como as necessidades das pessoas com esta deficiência em termos de serviços individualizados e níveis de suporte/apoio. Além disso, cada indivíduo que é ou era elegível para o diagnóstico de retardo mental/deficiência mental torna-se elegível também para o diagnóstico de deficiência intelectual.

Vale ressaltar que, apesar de a “Declaração de Montreal sobre Deficiência Intelectual” ter sido aprovada em Montreal, no Canadá, em 2004, o termo só foi mudado oficialmente em janeiro de 2007, ocasião em que a AAMR (Associação Americana de Retardo Mental) muda para AAIDD (Associação Americana em Deficiência Intelectual e do Desenvolvimento). Porém, o novo Manual só foi publicado em 2010, na sua 11ª edição, com o título *Deficiência Intelectual – Definição, Classificação e Sistemas de Suporte*.

AS DEFINIÇÕES DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Segundo Almeida (2004), As primeiras definições de deficiência intelectual (TREDGOLD, 1908, 1937 e DOLL, 1941) tinham como foco principal o “estado de defeito mental”, “incapacidade de desempenhar” tarefas como membro da sociedade, “incurabilidade” e “status permanente de retardo mental”, e, como consideravam a hereditariedade e a patologia, indicavam a segregação para as pessoas que apresentavam essa deficiência.

Com o surgimento do movimento dos testes mentais, as definições de deficiência intelectual passaram a dar ênfase na mensuração do funcionamento intelectual do indivíduo e o teste de Quociente de Inteligência (QI) acabou se tornando o caminho para definir o grupo e classificar as pessoas em níveis – leve, moderado, severo e profundo. Assim, de 1959 a 2002, foi incorporado em todas as definições de deficiência intelectual o “funcionamento intelectual significativamente abaixo da média” medido por testes de QI (HERBER, 1959, 1961; GROSSMAN, 1973, 1977, 1983). Também vale ressaltar que, na definição de 1959, o manual de definição e classificação da AAMR, hoje AAIDD, mostrou a primeira tentativa de abordagem de critério duplo, ou seja, uma definição que

mencionasse tanto o funcionamento intelectual quanto a “deficiência na maturação, aprendizagem e ajustamento social”, ou seja, “comportamento adaptativo”, que foi utilizado pela primeira vez por Herber (1961) no manual de 1961 da AAIDD. Assim, até 1992, a definição de deficiência intelectual permaneceu quase a mesma: “Deficiência Intelectual se refere ao funcionamento intelectual geral abaixo da média, existindo concomitantemente com déficits no comportamento adaptativo e manifestada no período de desenvolvimento”.

É evidente que alguns fatos ocorreram nesses 33 anos.... Por exemplo, dois fatos importantes, que merecem destaque, ocorreram por ocasião da proposta da definição de 1973 por Herber. Um deles foi no que diz respeito ao período de desenvolvimento que, até então, era considerado 16 anos, e outro foi o ponto de corte nos testes de QI em termos de desvio padrão, que era de um desvio padrão abaixo da média. No entanto, a partir de 1973, passou a considerar-se dois desvios padrões abaixo da média. Segundo Almeida (2004), esse fato merece destaque uma vez que isso implica no número de pessoas que, por direito, deveriam receber serviços de educação especial. Ou seja quando o ponto de corte era de um desvio padrão abaixo da média, o percentual de pessoas com deficiência intelectual era 16%. No entanto, com a mudança para desvios padrões, essa população baixou para 2,28%. Dessa forma, um número bem menor de pessoas passaram a depender dos serviços de educação especial e, conseqüentemente, menos recursos foram liberados, uma vez que muitas pessoas “deixaram” de apresentar “deficiência intelectual”. Quanto ao período de desenvolvimento também foi estendido para 18 anos, que coincide com a idade de conclusão da escolaridade obrigatória (ensino médio) em muitos países. Outro destaque foi quanto ao “comportamento adaptativo”, que apareceu pela primeira vez na definição em 1961, vindo a substituir os termos “maturação, aprendizagem e ajustamento social”, já mencionado anteriormente. Porém, em termos de comportamento adaptativo, o fato mais importante que houve nesse período de 30 anos ocorreu na definição de 1992, quando foram definidas e descritas as dez áreas de condutas adaptativas: comunicação, autocuidado, vida no lar, habilidades sociais, desempenho na comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, habilidades acadêmicas funcionais, lazer e trabalho, publicado no nono manual. Além de indicar essas dez áreas de condutas adaptativas, a nona edição do Manual de Definição, Classificação e Sistemas de Suporte, cujo trabalho foi coordenado e realizado por Luckasson et al em 1992, indicou pontos importantes que foram: (a) a mudança de entendimento de que a deficiência intelectual se refere ao estado de funcionamento do indi-

víduo; (b) a reformulação do que deveria ser classificado (sistemas de suporte/apoio) e como descrever os tipos de suporte que as pessoas com deficiência intelectual necessitam; (c) a mudança de paradigma da visão de “retardo mental” com característica expressa unicamente por um indivíduo para uma expressão da interação entre a pessoa com funcionamento intelectual limitado e o meio ambiente; (d) o acréscimo de um novo passo ao conceito de comportamento adaptativo, ou seja, de uma descrição global para especificações particulares das habilidades adaptativas.

A definição de 1992 adicionou e mudou o foco da definição de deficiência intelectual de modo a permitir uma nova maneira de compreender e responder a ela, além de afastar o processo de diagnóstico que identificava apenas os défices com base na pontuação de testes de inteligência. Os elementos sociais e ambientais passam a ser considerados, além de outros. Mais importante, a ênfase mudou de oferta de programas para pessoas com deficiência intelectual para o planejamento e oferta de apoio personalizado aos indivíduos com a finalidade de ajudá-los a alcançar o mais alto nível de funcionamento.

A definição de 1992 foi a primeira a ver a deficiência intelectual como condição que pode ser melhorada com prestação de suporte e não como deficiência estática ao longo da vida.

Como a prestação de suporte, foi muito enfatizada nessa época, então definida em quatro níveis:

Apoio intermitente

O apoio é oferecido conforme as necessidades do indivíduo. É caracterizado de natureza episódica, pois a pessoa nem sempre necessita de apoio. O apoio geralmente se faz necessário por períodos curtos durante transições ao longo da vida, como, por exemplo, perda do emprego ou uma crise médica aguda. O apoio intermitente pode ser de alta ou baixa intensidade.

Apoio limitado

A intensidade de apoio é caracterizada por consistência ao longo do tempo. O tempo é limitado, mas não de natureza intermitente, podendo exigir poucos membros do *staff* e de custo menor, se comparado com outros níveis de apoio mais intensivos. São exemplos desse tipo de apoio o treinamento para o emprego no mercado competitivo por um tempo limitado ou o apoio na transição da vida escolar para a vida adulta.

Apoio amplo

O apoio amplo é caracterizado pelo apoio regular (por exemplo, apoio diário) em pelo menos alguns ambientes (por exemplo, no trabalho, na escola) e não por tempo limitado (por exemplo, apoio permanente nas atividades de vida diária).

Apoio permanente

Apoio caracterizado pela constância e alta intensidade. É oferecido nos ambientes onde a pessoa vive e é de natureza vital para sustentação da vida do indivíduo. O apoio permanente tipicamente envolve mais membros do *staff* e é mais intensivo que o apoio por tempo limitado ou apoio amplo em ambientes específicos (ALMEIDA, 2004).

Apesar dos avanços em relação aos níveis de suporte para o desenvolvimento nas dez áreas de condutas adaptativas, críticas foram levantadas acerca da inexistência de instrumentos padronizados ou outras formas de avaliar tais condutas. Além do mais, Greenspan (1997) colocou em questão o modelo baseado em suporte em substituição ao modelo baseado no déficit, uma vez que o suporte não foi incluído na definição.

Por ocasião da edição do décimo manual em 2002, Luckasson et al (2002) manteve as características essenciais do sistema de 1992, incluindo: (a) orientação funcional com ênfase nos apoios; (b) os três critérios de diagnóstico relacionados a funcionamento intelectual, comportamento adaptativo e idade de início; (c) e um forte compromisso com um sistema de classificação mutidimensional. Como acréscimo, o sistema de 2002 incorporou: (a) critério de desvio padrão para os componentes intelectuais e adaptativos, (b) a quinta dimensão do funcionamento humano que envolve participação, interação e papéis sociais; (c) um modelo tripartido de comportamento adaptativo focado nas habilidades: conceituais, sociais e práticas; (d) modelo de avaliação e aplicação; (e) um quadro de avaliação relacionado a três funções: classificação, diagnóstico e planejamento de apoios individuais; (f) expandiu a discussão do julgamento clínico; (g) discussão sobre a relação entre o sistema de 2002 e outros sistemas de classificação, tais como: Manual de Diagnóstico Estatístico (DSM-IV-TR, manual editado pela Associação Americana de Psiquiatria, 2000); Classificação Internacional de Doenças (CID 10), manual editado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Classificação, Funcionamento, Incapacidade e Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

Em 2010 foi publicada a edição do 11º manual *Deficiência Intelectual: Definição, Classificação e Níveis de Suporte* (SHOGREN et al, 2010), que manteve

a definição de 2004 mas incorporou a mudança do termo “retardo/deficiência mental” para deficiência intelectual com a seguinte redação:

Deficiência intelectual é uma incapacidade caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual (raciocínio, aprendizado, resolução de problemas) quanto no comportamento adaptativo, que cobre uma gama de habilidades sociais e práticas do dia a dia. Esta deficiência se origina antes da idade de 18. (SHOGREN et al, 2010, p. 6).

Esse manual traz também esclarecimentos sobre “deficiência intelectual versus deficiência de desenvolvimento”, explicando que deficiência de desenvolvimento é um termo abrangente que inclui a deficiência intelectual bem como as deficiências físicas. Algumas deficiências de desenvolvimento podem ser estritamente físicas, como a cegueira de nascença. Algumas pessoas têm deficiência física e intelectual resultantes de outras causas genéticas ou físicas (por exemplo, Síndrome de Down, síndrome alcoólica fetal). Às vezes, deficiências intelectuais podem resultar de causas não físicas, tais como o nível de estimulação infantil e capacidade de resposta do adulto.

Quanto a diferenças entre deficiência mental e deficiência de desenvolvimento, explica que deficiência intelectual constitui um subconjunto dentro do universo maior de deficiência de desenvolvimento, mas muitas vezes as pessoas caem nas duas categorias por razões e graus diferentes. Assim, a deficiência de desenvolvimento é definida como uma deficiência grave e crônica que pode ser cognitiva, física, ou ambas. A deficiência aparece antes da idade de 22 anos com possibilidade de permanecer ao longo da vida. Já a deficiência intelectual abrange a parte “cognitiva” da definição, ou seja, aquelas deficiências que estão amplamente relacionadas ao pensamento processual. Como a deficiência intelectual, outras deficiências de desenvolvimento geralmente coocorrem e os profissionais da deficiência intelectual muitas vezes trabalham com pessoas que têm ambos os tipos de deficiência. Deficiências de desenvolvimento podem ser resultado de desordens cromossômicas, como a Síndrome de Down, síndrome alcoólica fetal e síndrome do X frágil. Essas instâncias podem muito bem incluir a deficiência intelectual, mas nem sempre. Por exemplo, de acordo com o Centro para o Controle de Doenças, os homens com síndrome do X frágil geralmente têm deficiência intelectual de leve a grave, enquanto as mulheres podem ter inteligência acima da média.

Em relação à determinação da deficiência intelectual (SHOGREN et al, 2010), esta não pode e nem deve ser determinada apenas por testes de QI (Quociente de Inteligência), no entanto esse teste é uma ferramenta importante para medir o funcionamento intelectual, ou seja, a capacidade mental para o aprendizado, raciocínio, resolução de problemas, e assim por diante. A obtenção de um score 70 ou 75 de QI indica uma limitação no funcionamento intelectual. Outros testes devem ser utilizados para determinar as limitações no comportamento adaptativo, que abrange três tipos de habilidades, segundo Shogren et al, 2010:

- > Habilidades conceituais – linguagem e alfabetização; dinheiro, tempo e conceito de número, e autodireção
- > Habilidades sociais – habilidades interpessoais, responsabilidade social, autoestima, credulidade, ingenuidade (ou seja, cautela), resolução de problemas sociais, e a capacidade de seguir regras, obedecer às leis e evitar ser vítima
- > Habilidades práticas – atividades da vida diária (higiene pessoal), qualificação profissional, saúde, viagens/transporte, horários/rotina, segurança, uso de dinheiro, uso do telefone.

Importante ter em mente que, na definição e avaliação da deficiência intelectual, a AAIDD (SHOGREN et al, 2010) salienta que os profissionais devem considerar fatores como: ambiente cultural e da comunidade típicos dos pares do indivíduo, diversidade linguística, diferenças culturais na forma como as pessoas se comunicam entre si, se movimentam e se comportam.

Ao longo de mais de cem anos, estudiosos vêm discutindo a definição da deficiência intelectual, mas um fato merece consideração, ou seja, há mais de duas décadas o construto da deficiência intelectual tem enfatizado uma perspectiva ecológica que tem como foco a interação da pessoa com o seu ambiente e reconhece que o sistema de suportes/apoios individualizados pode aumentar o funcionamento humano.

Sistemas de suporte/apoio

O conceito de suporte/apoio foi introduzido pela primeira vez no manual de 1992 (LUKASSON et al, 1992), que foi ampliado a partir de um conceito para um quadro de avaliação, planejamento, implementação e avaliação. Já o manual de 2010, apresenta um sistema de suporte/apoio que envolve sistemas de organização, incentivos, suportes cognitivos, ferramentas, ambiente físico, habilidades, conhecimentos.

Segundo Shogren et al, 2010, o planejamento de suportes/apoio deve levar em consideração:

1. Incompatibilidade de competência e demandas, uma vez que pode haver um descompasso entre as experiências das pessoas com deficiência intelectual e suas competências pessoais e demandas ambientais;
2. O planejamento de suportes/apoio individualizados de acordo com a necessidade de cada um.
3. Oferecimento de suporte/apoio tendo em vista resultados de melhoras significativas nas mais diversas áreas, podendo incluir mais independência nas relações pessoais e melhores oportunidades de contribuir na sociedade.

Esse planejamento deve envolver cinco componentes básicos: identificação de experiências de vida almeçadas e estabelecimento de metas a serem atingidas; determinação da intensidade de suporte/apoio necessários para atingir tais metas; desenvolvimento de plano de suporte individualizado; monitoramento/acompanhamento do progresso e avaliação.

Mas como avaliar o quanto de suporte/apoio uma pessoa com deficiência intelectual necessita para se desenvolver em todas as áreas de condutas adaptativas ?

A Escala de Intensidade de Suporte – SIS desenvolvida por Thompson et al (2004) é uma ferramenta desenhada para medir a intensidade relativa de suporte/apoio que cada pessoa com deficiência intelectual e de desenvolvimento precisa para participar plenamente da vida da comunidade. A SIS é destinada a utilização em conjunto com os processos de planejamento centrados na pessoa para auxiliar as equipes no desenvolvimento de planos de apoio individual que respondam às necessidades e escolhas das pessoas com deficiência. Ela pode ser utilizada em combinação com outros instrumentos de avaliação, tais como avaliações pedagógicas, avaliações de risco, etc. para ajudar não só as pessoas com deficiência a receber serviços, bem como ajudar as equipes de apoio no desenvolvimento de planos de apoio individualizados que se concentrem nos pontos fortes e habilidades e não nos déficits.

A SIS (THOMPSON et al, 2004) envolve sete grandes domínios: atividades de vida diária, atividades da vida em comunidade, atividades de aprendizagem ao longo da vida, atividades de emprego, atividades de saúde e segurança, atividades sociais, proteção e advocacia. Além do mais há uma escala de proteção e defesa que envolve atividades de proteção e defesa, necessidades especiais de apoio médico, necessidades excepcionais de apoio no comportamento.

De acordo com Schalock, Thompson e Tassé (2008), a SIS já foi traduzida

para os seguintes idiomas: francês, italiano, catalão, chinês, espanhol, hebraico e holandês. Atualmente já foi traduzida para o português e está sendo validada em Portugal pelos professores Miguel Augusto Sanches e Manuela Sanches Ferreira, da Escola Superior de Educação do Politécnico do Porto.

Podemos então concluir que a atual AAIDD, quem em 2007 veio a substituir a AAMR, tem envidado todos os esforços para afastar o processo de diagnóstico que identificava apenas os déficits com base na pontuação de testes de inteligência, passando a considerar elementos sociais e ambientais, além de outros. Mais importante, enfatizou oferta de programas para pessoas com deficiência intelectual com planejamento e oferta de suporte/apoio personalizado aos indivíduos com deficiência intelectual de modo a ajudá-los a alcançar o mais alto nível de funcionamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARONOWITZ, R. A. *Making sense of illness: science, society, and disease*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

DOLL, E. A. The essentials of an inclusive concept of mental deficiency. *American Journal of Mental Deficiency*, v. 46, p. 214-229, 1941.

FINLAY, W. M. L.; LYONS, E. Rejecting the label: a social constructionist analysis. *Mental Retardation*, v. 43, n. 2, April 2005, p. 120-134.

GREENSPAN, S. What is meant by mental retardation? *International Review of Psychiatry*, v. 11, n. 1, February 1999, p. 6-18.

GREENSPAN, S. Dead manual walking? Why the 1992 AAMR definition needs redoing. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, v. 32, p.179-190, 1997.

GREENSPAN, S. Mental retardation in the real world: why the AAMR definition is not there yet. In: SWITZKY H. N.; GREENSPAN S. (Eds.). *What is MR: ideas for an evolving disability* (p. 165-183). Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 2006.

GROSS, B. H.; HAHN H. Developing issues in the classification of mental and physical disabilities. *Journal of Disability Policy Studies*, January 1, 2004; 15(3), p. 130-134.

GROSSMAN, H. J. (Ed.). *Manual on terminology and classification in mental retardation*. Washington (DC): American Association on Mental Deficiency, 1973.

GROSSMAN, H. J. (Ed.). *Manual on terminology and classification in mental retardation*. Washington (DC): American Association on Mental Deficiency, 1977.

GROSSMAN, H. J. (Ed.). *Classification in mental retardation*. Ed. rev. Washington (DC): American Association on Mental Deficiency, 1983.

HAHN, H.; HEGAMIN, A. P. Assessing scientific meaning of disability. *Journal of Disability Policy Studies*, 12, p. 114-121, 2001.

HERBER, R. E. A manual on terminology and classification in mental retardation. Monograph supplement to the *American Journal of Mental Deficiency*, v. 6, 1959.

HERBER, R. E. A manual on terminology and classification in mental retarda-

tion (rev. ed.). Monograph supplement to the *American Journal of Mental Deficiency*, v. 64, 1961.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Disability in America: towards a national agenda for prevention*. Washington, DC: National Academy Press, 1991.

LUCKASSON, R., BORTHWICK-DUFFY, S., BUNTINX, W. H. E., COULTER, D. L., CRAIG, E. M., REEVE, A., SCHALOCK, R. L., SNELL, M. E., SPITALNIK, D. M., SPREAT, S., TASSÉ, M. J. *Mental retardation: definition, classification, and systems of supports*. 10. ed. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. 2002.

LUCKASSON, R., COULTER, D. L., POLLOWAY, E. A., REESE, S., SCHALOCK, R. L., SNELL, M. E., SPITALNIK, D. M., STARK, J. A. *Mental retardation: definition, classification, and systems of supports*. 9. ed. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 1992.

PUTNAM, M. Conceptualizing disability: developing a framework for political disability identity. *Journal of Disability Policy Studies*, 16, 188-198, 2005.

RIOUX, M. H. Disability: the place of judgment in a world of fact. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41, 102-111, 1997.

SCHALOCK, R. L.; LUCKASSON, R. A.; SHOGREN, K. A. Perspectives: the renaming of mental retardation: understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 45:2, 2007, 116-124.

SHOGREN, K. A. , SNELL, M. E., SPREAT, S., TASSÉ, J. M., THOMPSON, J. R., VERDUGO-ALONSO, M. A., WEHMEYER, M. L., YAGER, M. H. *Intellectual disability: definition, classification and systems of support*. Washington (DC): AAIDD, 2010.

SWITZKY, H. N.; GREENSPAN, S. (Eds.). *What is mental retardation: ideas for an evolving disability*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 2006.

THOMPSON, J. R., BRYANT, B. R., CAMPBELL, E. M., CRAIG, E. M., HUGHES, C. M., ROTHOLZ, D. A. *Supports intensity scale user's manual*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 2004.

TREDGOLD, A. E. *Mental deficiency*. London: Tindall & Fox, 1908.

_____. *A textbook of mental deficiency*. Baltimore: Wood, 1937.



>> Monalisa Rocha Dias. EE Nelson Gomes Cactano.

A IMPORTÂNCIA DAS CAUSAS NA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL PARA O ENTENDIMENTO DAS DIFICULDADES ESCOLARES

>> Ângela Gonçalves¹ e Andréa Carla Machado²

A Deficiência Intelectual é considerada um prejuízo na funcionalidade caracterizada por importantes limitações, tanto no funcionamento intelectual quanto no comportamento adaptativo (conceitual, social e prático). Uma deficiência é a expressão das limitações no funcionamento individual dentro de um contexto social e representa uma desvantagem substancial para o indivíduo, como está representado pela CIF – Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Limitações, adequada ao modelo social, pois sua proposta de conceituação das deficiências e incapacidades vai além da doença, tem um enfoque mais social do que médico e, por isso, mais inclusivo (OMS, 2001, CARVALHO, 2008).

Nessa perspectiva, o profissional, quando avalia um indivíduo, necessita de visão consciente na escolha do instrumento de testagem e, posteriormente, para a interpretação. O continente em que o indivíduo se encontra inserido revela dados significativos e seletivos na sua organização: portanto, cabe ao profissional observar o histórico pessoal do aluno (deficiência motora e sensoriais associadas, linguagem e bagagem sociocultural), evitando conduzir a investigação para considerações que evidenciem resultados incorretos, diante da limitação de desempenho do aluno com deficiência intelectual.

A forma com que o aluno incorpora e interage com as exigências provindas do meio, no desempenho de suas necessidades de independência pessoal, de acordo com sua faixa etária e o conteúdo cultural que lhe foi transferido, observado ou experienciado, indicam o funcionamento adaptativo. No aluno com deficiência intelectual observa-se ocorrência de prejuízos no funcionamento adaptativo como mencionado anteriormente, sendo que este pode revelar influências provindas de motivação, traços de personalidade, educação, socialização, oportunidade vocacional, transtornos mentais e problemas clínicos (WA-

1 >> Médica neuropediatra.

2 >> Mestre Doutoranda em Educação Especial na Universidade Federal de São Carlos – Ufscar. Bolsista da Fapesp.

JNSZTEJN; WAJNSZTEJN, 2007). E ainda, a qualidade e a condução dessas influências, por estarem em constante alteração, reformulação e experimentação, podem propiciar melhora com redes de apoios especializados.

Isso posto, o objetivo do presente capítulo é descrever as causas e também as situações que levam à deficiência intelectual resultante de algumas síndromes, bem como proporcionar ao profissional da educação o entendimento de variadas dificuldades escolares observadas na população de alunos acometida pelas síndromes descritas.

Mundialmente, existe uma variação muito grande em relação à incidência. Atualmente, está estabelecido que 3% da população têm alguma forma de deficiência intelectual devido às causas organo-funcionais (OMS, 2007). No entanto, é importante salientar que a detecção das causas da deficiência intelectual é muitas vezes prevenível e algumas delas podem ser tratadas, como a fenilcetonúria e o hipotireoidismo. Através do teste do pezinho é possível detectar precocemente essas doenças que irão interferir no desenvolvimento da criança.

Em geral, segundo a AAMR (2006), podem ser identificados três tipos de prevenção:

Prevenção primária: envolve ações para a prevenção da condição que do contrário resultaria em deficiência intelectual. Por exemplo, a prevenção do uso de álcool materno durante a gravidez preveniria deficiência intelectual causada pela síndrome alcoólica fetal.

Prevenção secundária: envolve ações para evitar uma condição existente de resultar em deficiência intelectual. Por exemplo, o manejo da dieta de um indivíduo nascido com fenilcetonúria (FCU) preveniria a deficiência intelectual, apesar de o indivíduo sempre ter a anormalidade genética associada.

Prevenção terciária: envolve ações para minimizar a gravidade de incapacidades funcionais associadas à etiologia ou para prevenir condições secundárias que podem ser causadas pelo diagnóstico ou se desenvolverem mais tarde na vida. Por exemplo, a cirurgia corretiva precoce para déficits cardíacos congênitos em um indivíduo com Síndrome de Down vai prevenir deficiências funcionais posteriores. Este nível de prevenção é também importante para adultos mais velhos, que podem beneficiar-se de estratégias para prevenir obesidade, diabetes, doença cardíaca e osteoporose.

Assim, a prevenção como forma de apoio baseia-se no entendimento interativo ou ecológico do que é a deficiência intelectual e do que a causa (GORLA et al., 2011). Reflete um entendimento ecológico de como a interação entre os indivíduos e seus ambientes resulta em deficiência intelectual, ou seja, como um

entendimento ecológico de como os fatores de risco de muitas categorias interagem durante a vida para resultar nos comprometimentos da deficiência intelectual.

Tratando-se da etiologia, a deficiência intelectual é um complexo conjunto de síndromes das mais variadas, cujo denominador comum é justamente o déficit intelectual, suas bases etiopatogênicas são extremamente complexas (WAJNSZTEJN; WAJNSZTEJN 2007). Num âmbito geral, essas causas são divididas tradicionalmente em:

FATORES DE RISCO PARA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL (AAMR 2006)

A. Os fatores de risco e causas **pré-natais** apresentam incidência de 55% a 75%. Esses fatores incidirão desde a concepção até o início do trabalho de parto.

Quadro 1. Causas de deficiência intelectual no período pré-natal.

Período pré-natal	Biomédicos	Sociais	Comportamentais	Educacionais
	Desordens cromossômicas	Pobreza	Uso de drogas pelos pais	Prejuízo cognitivo dos pais
	Desordens gênicas	Desnutrição materna	Uso de álcool pelos pais	Falta de preparação para paternidade/maternidade
	Síndromes	Violência doméstica	Fumo	
	Desordens motoras	Falta de cuidados pré-natais	Imaturidade parenteral	
	Disgenesia cerebral			
	Idade parenteral			

B. Os fatores de risco e causas **perinatais** apresentam incidência de 10%. São os fatores que incidirão do início do trabalho de parto até o 30º dia de vida do bebê.

Quadro 2. Causas de deficiência intelectual no período perinatal.

Período perinatal	Biomédicos	Sociais	Comportamentais	Educacionais
	Prematuridade	Falta de acesso aos cuidados do parto	Rejeição dos pais ao cuidado da criança	Falta de encaminhamento para intervenção após a alta hospitalar
	Lesão no nascimento		Abandono da criança pelos pais	
	Desordens neonatais			

C. Os fatores de risco e causas **pós-natais** apresentam incidência de 5%. São aqueles que incidirão do 30º dia de vida até o final da adolescência.

Quadro 3. Causas de deficiência intelectual no período pós-natal.

Período pós-natal	Biomédicos	Sociais	Comportamentais	Educacionais
	Lesão cerebral traumática	Pobreza familiar	Abuso e negligência da criança	Prejuízo cognitivo dos pais
	desnutrição	Cuidador da criança incapacitado	Violência doméstica	Diagnóstico retardado
	Meningite encefalite	Falta de estimulação adequada	Medidas de segurança inadequadas	Serviços de intervenção precoce inadequados
	Desordens convulsivas	Doença crônica na família	Privação social	Serviços educacionais especiais inadequados
	Distúrbios degenerativos	Institucionalização	Comportamentos infantis difíceis	Apoio familiar inadequado

A seguir descreveremos algumas das causas de deficiência intelectual, muitas delas encontradas nas mais diversas síndromes, as quais auxiliarão no entendimento das dificuldades encontradas no decorrer do processo escolar.

Síndrome de Down

A Síndrome de Down (SD) é uma alteração genética, descrita há mais de um século por John Langdon Down, sendo caracterizada pela presença de um cromossomo a mais nas células, acarretando alterações no desenvolvimento motor, físico e intelectual. É uma das causas mais frequentes de deficiência intelectual, compreendendo cerca de 18% do total de deficientes intelectuais em instituições educacionais especializadas e centros de reabilitação no Brasil.

A identificação da SD ocorre através de testes de cariótipo realizado no feto ainda nos primeiros meses de gravidez, podendo se manifestar de três modos: 95% possuem não-disjunção simples, 4%, translocação do cromossomo 21 e 1%, mosaicismos.

A não-disjunção que causa a trissomia do cromossomo 21 se origina do óvulo em 95% das vezes e em 5%, do espermatozóide. Dados epidemiológicos brasileiros revelam incidência de 1:600 nascidos vivos e o sistema de ensino regular no Brasil está incluindo crianças com deficiência (GORLA et al. 2011).

Nessa perspectiva, o conhecimento das suas alterações observadas no processo de escolarização do indivíduo com Síndrome de Down pode auxiliar os

profissionais da Educação a atuarem de forma preventiva, onde as informações podem ser úteis para toda a equipe escolar envolvida.

Bissoto (2005) levanta várias características e sugestões relevantes quanto ao desenvolvimento cognitivo e linguístico da criança com Síndrome de Down, as quais vêm ao encontro das iniciativas que devem ser tomadas no ambiente escolar:

- > O atraso no desenvolvimento da linguagem, o menor reconhecimento das regras gramaticais e sintáticas da língua, bem como as dificuldades na produção da fala apresentados por essas crianças, resultam em que apresentem um vocabulário mais reduzido, o que, frequentemente, faz com não consigam se expressar na mesma medida em que compreendem o que é falado, levando a serem subestimadas em termos de desenvolvimento cognitivo.
- > Essas alterações linguísticas também poderão afetar o desenvolvimento de outras habilidades cognitivas, pois há maior dificuldade ao usar os recursos da linguagem para pensar, raciocinar e lembrar das informações.
- > Tente-se atestado no estudo de Sás (2009) que crianças com Síndrome de Down apresentam uma capacidade de memória auditiva de curto prazo mais breve, o que dificulta o acompanhamento de instruções faladas, especialmente se elas envolvem múltiplas informações ou ordens/orientações consecutivas. Essa dificuldade pode, entretanto, ser minimizada se essas instruções forem acompanhadas por gestos ou figuras que se refiram às instruções dadas.
- > No mesmo sentido, por apresentarem habilidades de processamento e de memória visual mais desenvolvidas do que aquelas referentes às capacidades de processamento e memórias auditivas, as crianças com Síndrome de Down se beneficiarão de recursos de ensino que utilizem suporte visual pra trabalhar as informações.
- > É imprescindível que às crianças com Síndrome de Down sejam dadas oportunidades de mostrar que compreendem o que lhes foi dito/ensinado, mesmo que isso seja feito através de respostas motoras como apontar e gesticular, se ela não for capaz de fazê-lo exclusivamente de forma oralizada.

Síndrome do X Frágil

A síndrome do X-frágil – SXF é a causa hereditária mais comum de DI no sexo masculino, com uma prevalência estimada de 1:4.000 meninos e 1:6.000 meninas. O exame físico revela orelhas proeminentes e face alongada, macrocefalia relativa, articulações hiperextensíveis e, geralmente após a puberdade, macrorquidia. As manifestações também incluem hiperatividade, adejadas mãos e comportamento autista, o último ocorrendo em um quarto dos pacientes (VASCONCELOS, 2004).

As manifestações comportamentais dos indivíduos com SXF assemelham-se ao autismo, como a hiperatividade, o déficit de atenção, a dificuldade na interação social, a timidez, a ansiedade, a labilidade emocional e os movimentos estereotipados de mãos. Foi constatado que existe associação do autismo com a SXF que, entretanto, é casual e não causal. Não é raro que indivíduos com SXF tenham diagnósticos iniciais de autismo, conforme observado em vários estudos (YONAMINE; SILVA, 2002).

Segundo os mesmos autores, a habilidade em linguagem em homens jovens com SXF, com idade entre 6 e 17 anos, evolui até atingir aproximadamente a idade de 23,2 anos. Observam-se na fala de indivíduos com SXF algumas manifestações frequentes, como ecolalia e perseveração. Tais manifestações são caracterizadas como fala com repetições de expressões e/ou frases, ou ainda, ininterrupta e inapropriada sobre um mesmo assunto, a fim de aumentar o prazo para a elaboração da resposta, na tentativa de encontrar o que deveria vir a seguir, uma palavra ou uma frase, para estabelecer estrutura sintática que permitisse a sustentação do diálogo.

Ainda é frequente encontrar-se na fala de indivíduos com SXF distúrbios sintáticos e inconsistência no quadro fonético-fonológico, além de dificuldade em sequencializar movimentos; os dois últimos itens caracterizam o quadro de apraxia fonoarticulatória em indivíduos com SXF. A fala na SXF é comumente caracterizada como rápida e disfluente. O indivíduo pode também apresentar hesitação em falar e suas palavras e frases podem ser entrecortadas.

Os aspectos cognitivos encontram-se alterados nos indivíduos com SXF pois apresentam alterações perceptuais auditivas e visuais, tais como discriminação e memória imediata e de curto prazo. Essas dificuldades, somadas às alterações no desenvolvimento neurológico, linguístico e das estruturas lógicas, acabam ocasionando quadro de dificuldade no aprendizado da comunicação gráfica.

Os indivíduos com SXF apresentam não apenas déficits relacionados à

sintaxe, mas também à semântica, como dificuldade de evocação de palavras e pouca habilidade em escolher a palavra correta do léxico mental ao tentar produzir um pensamento com significado e bem estruturado (YONAMINE; SILVA, 2002).

Síndrome do Álcool Fetal

A síndrome do álcool fetal representa um conjunto de anormalidades físicas, comportamentais e cognitivas observadas em indivíduos expostos ao álcool intraútero. Foi citada como a causa mais comum da DI nos países desenvolvidos, com estimativas de que até 8% dos casos de DI seriam afetados. As características clínicas da síndrome incluem uma fâcies típica, com lábio superior fino e filtro-labial plano e alongado, fissuras palpebrais curtas, ptose, nariz arrebitado e face média achatada. As manifestações adicionais são fenda labial ou palatina, atraso do crescimento pré- e pós-natal, microcefalia, agenesia do corpo caloso, cardiopatia congênita e anormalidades do comportamento. A exposição no primeiro trimestre de gravidez afeta a organogênese e o desenvolvimento craniofacial, enquanto o desenvolvimento do sistema nervoso central é influenciado durante toda a gravidez, devido à maturação continuada dos neurônios. A fisiopatologia da síndrome é mal compreendida, mas parece envolver a formação de radicais livres com resultante lesão celular nos tecidos em formação. É importante frisar que a síndrome do álcool fetal é uma das principais causas preveníveis de DI. Assim, as mulheres que planejam engravidar e as gestantes devem abster-se totalmente do consumo de bebidas alcoólicas. Além disso, as evidências sugerem que um diagnóstico e intervenção precoces podem reduzir a ocorrência de deficiências secundárias (THACKRAY, 2001).

Síndrome Cornélia de Lange

Síndrome caracterizada por retardo do crescimento, retardo mental severo, baixa estatura, um choro tipo rosnar baixo, braquicefalia, orelhas pequenas, pescoço em cadeia, boca de carpa, ponte nasal diminuída, sobrelhas atrofiadas se encontrando no meio, hirsutismo e malformações das mãos. Esta condição pode ocorrer esporadicamente ou estar associada com um padrão de herança autossômica dominante ou duplicação do braço longo do cromossomo. Recém-nascidos pequenos, com baixo peso, apresentam uma microcefalia e características faciais particulares, que se misturam com os traços herdados da sua própria

família. Têm as sobrancelhas unidas, as pestanas longas, o nariz pequeno, a cara redonda, os lábios finos e ligeiramente invertidos. As mãos e os pés são pequenos, o quinto dedo está geralmente encurvado e, por vezes, as crianças apresentaram uma membrana interdigital entre o segundo e o terceiro dedo dos pés. A síndrome caracteriza-se também pela presença de um atraso de linguagem, deficiência mental, anomalias cardíacas, intestinais, refluxos gastresofágico, problemas visuais e auditivos e dificuldades de alimentação. As pessoas portadoras desta doença podem registrar uma falta de sensibilidade à dor ou uma sensibilidade táctil mais acentuada. Só depois do nascimento é que se pode identificar a doença. Não há um exame pré-natal que permita detectar prematuramente a síndrome e, por outro lado, mesmo sendo um bebê muito pequeno, ninguém pensa que se trata de Cornélia de Lange. (JOHNSTON, 1993).

Síndrome Prader-Willi

A síndrome de Prader-Willi, embora não seja muito frequente, não é rara. A incidência dessa síndrome varia entre 1:10.000 e 1:25.000, colocando-a entre as mais frequentes das síndromes malformativas reconhecidas; mais de 3.000 casos já foram identificados no mundo; homens e mulheres são igualmente afetados e ocorre em todos os grupos raciais, classes socioeconômicas e regiões geográficas. Essa síndrome, de ocorrência geralmente esporádica, é caracterizada por grave hipotonia neonatal na primeira infância, obesidade na infância, deficiência intelectual (o quociente de inteligência varia de 10 a 90, com alguns pacientes apresentando valores de 100), baixa estatura, mãos e pés pequenos (acromiria), hipogenitalismo/hipogonadismo, fácies característico com diâmetro bifrontal diminuído, olhos amendoados e boca triangular. A história natural da síndrome de Prader-Willi (PWS) pode ser dividida em dois períodos clinicamente distintos. O primeiro é caracterizado por vários graus de hipotonia neonatal e da primeira infância, choro fraco, hipotermia, hipogenitalismo e um reflexo de sucção fraco. A hipotonia é central, não progressiva e geralmente começa a melhorar entre 8 e 11 meses de idade. A segunda fase, que começa por volta de 1 a 2 anos de idade, é caracterizada por retardo psicomotor – o engatinhar, geralmente, ocorre por volta dos 16 meses, o andar, aos 28 meses e o falar (mais de 10 palavras), aos 39 meses – e pelo aparecimento da obesidade; outras características que podem ser reconhecidas nesse segundo estágio são: problemas de articulação na fala, hiperfagia, apetite insaciável e não seletivo, “pilhagem” de alimentos, ruminação, sono sem motivo aparente, inatividade física, sensação à dor diminuída, “cutu-

car” feridas e locais com picada de insetos, períodos prolongados de hipertermia, hipopigmentação, problemas ósseos (escoliose) e dentais (cáries/hipoplasia do esmalte). Os problemas de personalidade começam, em cerca de 50% das crianças com PWS, dos 3 aos 5 anos; acessos de fúria, depressão, teimosia e súbitos atos de violência podem ser desencadeados quando o paciente vê recusado o alimento solicitado. Cerca de 60% dos indivíduos com PWS têm QI de valor normal ou limítrofe; 30% têm deficiência intelectual moderada e só 3%, severa. Disfunções na área cognitiva estão quase sempre presentes; essas crianças podem ter dificuldades na área de aritmética e na escrita, mas na leitura e em “educação artística” apresentam bons resultados (GONZALEZ, 1991).

Síndrome de Angelman

Relatada pela primeira vez em 1965 pelo neurologista britânico Dr. Harry Angelman, é um distúrbio neurológico causando deficiência intelectual, alterações de comportamento e características físicas próprias. Por ser uma doença rara e pouco divulgada, esta doença genética compromete substancialmente o diagnóstico por parte dos profissionais da saúde infantil e mesmo da neuropsiquiatria. O diagnóstico é feito, geralmente, a partir do primeiro ano de vida por um pediatra, geneticista clínico ou neurologista, que se baseiam na história do desenvolvimento motor, desenvolvimento da fala, em relatos de movimentos atípicos incluindo tremores, flapping das mãos, andar desequilibrado com as pernas rígidas, abertas e os braços afastados do corpo na tentativa de melhorar o equilíbrio. O paciente com esta síndrome tem um comportamento alegre, caracterizado com riso fácil e frequente, comunicando-se com dificuldade em consequência da diminuição de sua capacidade de expressão oral. Não há cura para a Síndrome de Angelman, mas há alguns tratamentos para os seus sintomas. A epilepsia pode ser controlada através do uso de medicação, a fisioterapia é uma aliada importante para estimular as articulações prevenindo sua rigidez. Terapia ocupacional ajuda a melhorar a motricidade fina e controlar a conduta motoro-bucal. Terapias de comunicação e fonoaudiologia também são essenciais para se trabalhar a fala. A hidroterapia e musicoterapia também são muito utilizadas na melhoria dos sintomas desta síndrome. Modificação da conduta, tanto em casa quanto no colégio, podem permitir que a criança desenvolva, ela mesma, a capacidade de realizar a maioria das tarefas relacionadas com o comer, o vestir e realizar inclusive atividades de casa, neste caso a ajuda, compreensão e paciência dos familiares é essencial para essa conduta (VASCONCELOS, 2004) .

Esclerose Tuberosa (Doença/Síndrome de Bourneville-Pringle)

Doença rara e pouco conhecida, de difícil diagnóstico. Em muitos casos de Esclerose Tuberosa os portadores são tardiamente diagnosticados e a falta de informação dificulta o tratamento de seus sintomas. A Esclerose Tuberosa, também conhecida como Síndrome de Bourneville-Pringle ou Epiloia, é uma desordem genética e, portanto, uma doença não contagiosa, causada por anomalias nos genes TSC1 ou TSC2, dos cromossomos 9 e 16, respectivamente. Inicialmente, a Esclerose Tuberosa foi descrita no sistema nervoso central por Bourneville, em 1880. É uma doença degenerativa, causadora de tumores benignos, que pode afetar diversos órgãos, especialmente o cérebro, coração, olhos, rins, pele e pulmões. As manifestações clínicas da doença podem variar, dependendo do grau de acometimento dos órgãos afetados. Podem surgir lesões na pele, nos ossos, dentes, rins, pulmões, olhos, coração e sistema nervoso central. As lesões dermatológicas se apresentam sob forma de nódulos de cor vermelha ou cereja, geralmente na região facial. As lesões retinianas afetam as camadas superficiais da retina e as lesões cerebrais podem ser tumores e calcificações na região dos ventrículos cerebrais. É uma doença rara, de tendência evolutiva, que pode afetar ambos os sexos de todas as raças e grupos étnicos. Ao primeiro sinal de depressão, os pais devem acolher a criança e encaminhá-la a um profissional o mais rápido possível. Na maioria das vezes, o apoio da família e a psicoterapia são suficientes. Somente a partir dos 6 anos de idade é necessário, em alguns casos, intervir com medicamentos. A depressão infantil desencadeia várias outras doenças, tais como: anorexia, bulimia, etc. (VASCONCELOS, 2004).

Síndrome de Rubinstein-Taybi

Segundo Vasconcelos (2004), a anomalia pode ocorrer em meninos e meninas das raças branca e amarela. Esta doença não é possível ser diagnosticada durante a gestação, já que o diagnóstico, geralmente, só pode ser feito a partir dos 15 meses de idade. Entre 0 e 2 anos, a criança costuma engasgar muito com líquidos, tem vômitos constantes, fica resfriada frequentemente e tem paradas repetidas e temporárias da respiração durante o sono. O desenvolvimento de cada criança com esta síndrome será peculiar a cada uma e, embora elas apresentem semelhanças nas características físicas, comportamentais e de personalidade, cada uma terá o seu tempo de desenvolver seu potencial. A criança portadora da síndrome tem normalmente um caráter amigável e alegre, são muito felizes

e bastante socializadas. Costumam ter um sorriso como se estivesse fazendo careta, mas, na realidade, é um sorriso irradiando amor, carinho e aceitação que estas crianças têm por todos ao seu redor. Têm o costume de tocar qualquer coisa e gostam de manipular instrumentos e eletrônicos. Gostam de livros, água, pessoas e são muito sensíveis a qualquer forma de música. Como a deficiência intelectual está presente nesta síndrome a sua extensão varia em cada paciente. A intensidade de comprometimento dependerá de cada um, uns mais afetados que os outros. A criança com esta síndrome deve ser estimulada e, para isso, um diagnóstico e tratamento precoces ajudariam muito em seu desenvolvimento. Sendo a fala a área de desenvolvimento mais lento da criança afetada por esta síndrome, indica-se o tratamento através da fonaudiologia para que se tivesse uma abordagem de comunicação total e começando o mais cedo possível. A fisioterapia e terapia ocupacional também são grandes aliadas no tratamento destas crianças, levando-as a alcançar altos níveis do desenvolvimento motor. É necessária educação especial para a maioria das crianças com Síndrome de Rubinstein-Taybi. As crianças com Síndrome de Rubinstein-Taybi costumam se adaptar bem à rotina, não gostam de atividades em grupos com agitação e barulho.

Síndrome de Klinefelter

As anormalidades cromossômicas podem ser numéricas ou estruturais e envolver um ou mais cromossomos autossômicos, sexuais ou ambos. Sem dúvida, o tipo mais comum de alterações cromossômicas clinicamente significativas é aneuploidia, caracterizada por um número anormal de cromossomos devido à presença ou ausência de um exemplar e por estar sempre associada a mau desenvolvimento físico, mental ou ambos. Sabe-se que aneuploidias sexuais, como a Síndrome de Klinefelter, são clinicamente menos exuberantes que as autossômicas, visto que os cromossomos sexuais X extra dessa patologia apresentam zonas inativas, seguindo a hipótese de Lyon. A Síndrome de Klinefelter é uma anormalidade cromossômica numérica altamente prevalente em indivíduos do sexo masculino. Incide em cerca de 1 entre cada 500 a 1.000 nativos masculinos e em 1 entre cada 300 abortos espontâneos, sendo que somente 40% dos conceitos afetados sobrevivem ao período fetal. A prevalência é 5 a 20 vezes maior em pessoas com deficiência intelectual. Não há preferência por grupos étnicos específicos. O desenvolvimento na infância processa-se normalmente, pois as manifestações iniciais tornam-se aparentes durante a puberdade, fase em que a diferenciação sexual secundária não ocorre adequadamente. Muitos diagnósticos

são obtidos quando um paciente realiza exames para a investigação de esterilidade, uma vez que a Síndrome de Klinefelter é a doença genética que mais ocasiona infertilidade masculina na nossa espécie, sendo responsável por 3% de todos os casos. O diagnóstico da Síndrome de Klinefelter é feito através da análise do cariótipo, que revela a presença de um ou mais cromossomos X, sendo a forma mais frequente 47XXY (BATTAGLIA, 2003).

Hipomelanose de Ito

De acordo com Battaglia (2003), desde que a incontidência pigmentar acromiante foi descrita por Ito no Japão, em 1952, os achados dermatológicos, genéticos e neurológicos têm sido objeto de detalhados relatos. Esta designação foi escolhida porque as lesões cutâneas lembravam, embora em uma imagem em negativo, aquelas da incontidência pigmentar de Bloch-Sulzberger. Em 1973 propuseram (ALMEIDA et al., 2001) a designação eponímica de hipomelanose de Ito, como é mais conhecida atualmente. A hipomelanose de Ito (HI), incontidência pigmentar acromiante ou nevo acrômico sistematizado é uma síndrome neurocutânea rara, de provável herança autossômica dominante, mais frequente no sexo feminino, caracterizada por hipocromia linear em ondas e comumente associada com anormalidades neurológicas. Usualmente está presente ao nascimento e, eventualmente, pode repigmentar com o passar dos anos. Ainda, a descrevem como uma desordem neuroectodérmica não específica causada por mosaicismo genético. É uma desordem de migração no cérebro e um defeito em células da crista neural na vida embrionária justificariam a hipopigmentação cutânea e as heterotipias da substância cinzenta encontradas em autópsia nesses pacientes. As alterações neurológicas incluem convulsões, atraso do desenvolvimento psicomotor, alterações no tônus e distúrbios de marcha, entre outras. Destas, deficiência intelectual e convulsões são as mais comuns, estando presentes em mais de 50% dos casos. Em torno de 10% dos pacientes com HI mostram convulsões durante o primeiro ano de vida, e outros 10% têm comportamento autista.

Síndrome de Apert

A Síndrome de Apert é uma doença genética de herança autossômica dominante, que tem como principais características: a acrocefalia devido à sinostose da sutura coronária e o sindactilismo, na maioria das vezes simétrico, envolvendo as quatro extremidades. Na maioria dos casos, a desordem resulta de uma mu-

tação paternal e mostra uma prevalência no nascimento de 1/65.000, com alta incidência em asiáticos. É comum a deficiência intelectual. A literatura determina que esta síndrome é causada por uma de duas mutações do gene de fator de crescimento receptor 2 (FGFR2), envolvendo dois aminoácidos adjacentes. O tratamento destes pacientes é feito por ordem multidisciplinar. O planejamento cirúrgico deve ser feito em etapas, onde a craniotomia com objetivo de decompressão cerebral deve ser realizada na infância; o avanço do terço médio, melhora o fluxo aéreo nasal, pode ser feita na puberdade, e finalmente a cirurgia ortognática, que melhoraria a oclusão e estética, pode ser planejada para a adolescência (CARNEIRO et al., 2008).

Síndrome de Sturge Weber

Para Bale (1992), a Síndrome de Sturge-Weber (SSW) ou angiomatose encefalotrigeminal, ou, ainda, angiomatose craniofacial é caracteristicamente uma rara condição de desenvolvimento, congênita, não hereditária, ainda que haja na literatura relatos de casos herdados de forma autossômica recessiva e dominante, notadamente de etiologia desconhecida, marcada por angiomas envolvendo as leptomeninges e a pele da face, preferencialmente no trajeto da primeira e segunda divisão do trigêmeo: os ramos oftálmico e maxilar, respectivamente, sendo, portanto, uma associação no qual predominam os hemangiomas cerebral, cutâneo e ocular. Esta enfermidade apesar de rara é a mais frequente entre as síndromes neurocutâneas – especialmente com predomínio vascular –, estando na proporção de 1/50.000 nascimentos. Clinicamente, o achado mais característico da SSW é a presença, já no nascimento, do nervo flamíneo, também conhecido como mancha vinho do porto; além desta, podem estar presentes outras manifestações clínicas, principalmente relacionadas a alterações do sistema nervoso central, tais como crises convulsivas e deficiência intelectual, decorrentes do angioma leptomeníngeo. Devido ao amplo espectro da sintomatologia, o tratamento da SSW primariamente depende de suas características clínicas, mas basicamente está relacionado ao controle das crises convulsivas, variando desde uma possível terapêutica medicamentosa a uma intervenção cirúrgica.

Fenilcetonúria

Segundo Vasconcelos (2004), a fenilcetonúria é uma doença genética, na qual alguns alimentos podem intoxicar o cérebro e causar retardo mental irre-

versível. As crianças que nascem com esta doença têm um problema digestivo em que um aminoácido presente na proteína dos alimentos, a fenilalanina, seja “venenoso para o cérebro”. A ausência da enzima responsável pela digestão e eliminação da fenilalanina não é eficiente e, assim, faz com que ela se acumule no organismo, tornando-se tóxica. A doença afeta principalmente o cérebro e tem efeitos irreversíveis, como retardo mental permanente. O diagnóstico da fenilcetonúria pode ser feito no recém-nascido por meio de triagem neonatal muito simples, conhecida como Teste do Pezinho, geralmente ainda na maternidade. O diagnóstico precoce da fenilcetonúria permite que os cuidados necessários com a alimentação sejam tomados desde o princípio, evitando uma série de efeitos indesejados, que se apresentam logo no primeiro ano de vida do bebê, mas que podem ser todos evitados embora nunca possam ser revertidos.

Hipotireoidismo congênito

O hipotireoidismo congênito representa uma das causas mais frequentes de retardo mental, que pode ser prevenida com o diagnóstico precoce e tratamento adequado. Resulta de uma produção inadequada de hormônio tireoidiano decorrente de diversas causas:

- Deficiência em iodo (cretinismo endêmico): considerada a causa mais frequente, quando se analisam as diferentes populações, e que pode ser erradicada com a suplementação de iodo.
- Disgenesia tireoidiana (agenesia, ectopia, hipoplasia). Causa mais prevalente, em áreas suficientes em iodo, representando 85% dos casos.
- Disormonogênese. São defeitos herdados por herança autossômica recessiva e representam 10% a 15% dos casos. Vários são os defeitos de síntese: defeitos na bomba de iodeto (proteína NISna); organificação do iodeto por deficiência de peroxidase; ou na geração de H_2O_2 ; defeitos qualitativos ou quantitativos da tireoglobulina; deficiência da deiodinase.
- Distúrbios hipotálamo-hipofisários: resistência ao hormônio estimulante de TSH (TRH); deficiência isolada de hormônio estimulante da tireóide (TSH).

A prevalência é de aproximadamente 1:3.500, valor bem menor quando comparado às causas de origem central (1:100.000). De maneira geral, a razão entre os sexos é de um afetado do sexo masculino para 2,3 do sexo feminino (VASCONCELOS, 2004).

Toxoplasmose congênita

Para Wajnsztein e Wajnsztein (2007), “a toxoplasmose congênita é uma infecção que se produz durante a gravidez causada pelo parasita *Toxoplasma gondii*, que passa da mãe ao feto”. O organismo *Toxoplasma gondii* existe em todo o mundo e infecta aproximadamente entre um e oito recém-nascidos de cada mil. Aproximadamente metade das mulheres infectadas durante a gravidez têm um filho com toxoplasmose congênita. O risco de o feto se infectar é maior se a mulher contrair a infecção no final da gravidez, mas a doença é geralmente mais grave se o feto se infectar no começo da gestação. O *Toxoplasma* infecta os gatos e os ovos do parasita passam para os dejetos destes animais. Os ovos têm capacidade de infectar durante muitos meses. As mulheres podem infectar-se ao manusear os recipientes onde os gatos defecam ou outro material contaminado com fezes deste animal. Comer alimentos mal-cozidos também pode provocar a infecção. Em regra, as mulheres grávidas e os recém-nascidos que estão infectados por toxoplasmose não apresentam sintomas. No entanto, o feto pode crescer no útero de forma muito lenta e nascer prematuramente. O bebê pode ter a cabeça pequena, icterícia, o fígado e o baço aumentados, inflamação do coração, dos pulmões, ou dos olhos, erupções, uma pressão do líquido cefalorraquidiano elevada devido a um aumento de sua quantidade que rodeia o cérebro ou à presença de depósitos de cálcio no cérebro e convulsões. Alguns bebês que apresentam estes sintomas adoecem gravemente e morrem pouco depois. Outros apresentam lesões permanentes, incluindo inflamação do interior do olho, deficiência intelectual, surdez e convulsões. Estas anomalias podem aparecer anos mais tarde nas crianças que pareciam saudáveis ao nascer. Para diagnosticar a toxoplasmose realizam-se análises de sangue tanto na mãe como no bebê. Nos bebês realizam-se radiografias da cabeça, análises do líquido cefalorraquidiano e uma completa revisão ocular. No momento do nascimento o médico pode examinar a placenta para comprovar se está infectada. Os alimentos devem ser cozidos completamente para destruir os possíveis parasitas e é necessário lavar as mãos depois de manipular carne crua ou alimentos que não tenham sido lavados.

SOBRE AVALIAÇÃO

Uma palavra de cautela é necessária a respeito dos testes neuropsicológicos. Embora sejam fundamentais, a interpretação dos resultados deve levar em conta o contexto étnico e cultural, o nível educacional, a motivação, a cooperação e as deficiências associadas do paciente. Um exemplo é a interferência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade nos resultados do teste do QI. Uma criança com este transtorno pode ter um desempenho artificialmente baixo em alguns subitens, reduzindo falsamente o escore do QI. Uma revisão dos subitens à procura de discrepâncias significativas entre os escores parciais ajuda a esclarecer essa interferência.

Quadro 4. Investigação da deficiência intelectual em etapas.

ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4	ETAPA 5
Anamnese. Exames físico e neurológico, com perímetro cefálico e pesquisa de características dismórficas. Heredograma abrangendo três gerações. Revisão dos resultados do teste do pezinho.	Avaliação para autismo. Hemograma completo, níveis séricos de eletrólitos, ferro, cálcio, magnésio, fósforo e fosfatase alcalina. Triagem das deficiências auditiva e visual.	Exame de neuroimagem (tomografia computadorizada e/ou ressonância magnética com espectroscopia de prótons). Níveis séricos de homocisteína e amônia. Exames endócrinos (por exemplo, provas de função tireóidea). Testes para TORCH, se pertinentes. Cariótipo. Pesquisa do X frágil, se pertinente. Parecer oftalmológico. Testes neuropsicológicos, incluindo o QI.	Gasometria arterial. Aprofundar pesquisa metabólica (por exemplo, aminoácidos e ácidos orgânicos urinários, lactato e piruvato no soro e no líquido cefalorraquidiano). Nível sanguíneo de chumbo. Nível sérico de creatinoquinase. Pareceres da genética e neuropediatria. Eletroencefalograma, se houver epilepsia.	Biópsias e exame histopatológico de órgãos acometidos. Técnica FISH para microdeleções específicas. Estudos cromossômicos subteloméricos. Nível sérico materno de fenilalanina, se a criança tiver microcefalia. Sondas de DNA para mutações específicas (por exemplo, MECP2). Espectroscopia por ressonância magnética, se ainda não realizada.
<i>Fonte:</i> Sugestões baseadas, em parte, em Bataglia; Carey (2003); Shevell et al. (2003).				

COMO ORIENTAR

A grande maioria das causas de deficiência intelectual não tem cura disponível, porém a definição da causa frequentemente ajuda a família a compreender o prognóstico e a estimar o risco de recorrência. A este respeito, um diagnóstico preciso é inestimável para o aconselhamento genético do paciente e da sua família, pois às vezes é possível antecipar futuros problemas médicos. Por exemplo, 21% das mulheres portadoras da pré-mutação da síndrome do X-frágil apresentarão insuficiência ovariana prematura.

De acordo com Vasconcelos (2004) o fato de uma determinada etiologia da DI não ter cura não impede os profissionais de fazer um grande trabalho, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida das crianças acometidas, indicando programas de estimulação precoce, tratando os distúrbios associados e atuando como defensor dos direitos dos pacientes na comunidade. Por exemplo, quando o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade está associado a DI, o uso de metilfenidato pode melhorar a atenção e o comportamento das crianças, embora não melhore o aprendizado.

Outro distúrbio comumente associado a DI é a epilepsia, e aqui deve-se dar atenção especial aos efeitos adversos cognitivos e comportamentais em potencial na escolha das drogas antiepilépticas. Os cuidadores também devem ter em mente que as crianças e os adolescentes com DI constituem um grupo de alto risco para maus-tratos infantis.

É mister salientarmos que a deficiência intelectual descreve um estado particular de funcionamento em contexto específico do tempo e do espaço que resulta nas interações mencionadas anteriormente na descrição das síndromes. Dessa forma, podem ser desenvolvidos esforços de prevenção que lidem com cada um desses fatores etiológicos de risco e fatores contextuais que resultam em um funcionamento prejudicado, pois esses esforços podem interromper ou reverter potencialmente o processo de incapacitação.

Na perspectiva de proporcionar ao profissional da Educação o entendimento das dificuldades observadas em algumas síndromes, tornam-se importantes não somente informações, mas esse profissional também deve estar disposto a mudar paradigmas e considerar as diferenças individuais de cada aluno. Para tanto, o professor deve receber orientação e apoio quanto às formas adequadas de intervir (do ponto de vista pedagógico e social). Essas condições favorecerão sua flexibilidade de atuação e terão grande importância para a adequação de procedimentos de ensino às necessidades individuais de seus alunos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAMR. American Association on Mental Retardation. *Retardo mental: definição, classificação e sistemas de apoio*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- ALMEIDA, S. A.; CECHIM, W. E.; FERRAZ, J.; RODRIGUES, R.; MORO, A.; JORGE, R.; ROSA, L. C. Hipomelanose de Ito: relato de um caso. *Journal de Pediatria* - Vol. 77, n. 1, 2001.
- BALE, JF.; MURPH, JR. Congenital infections and the nervous system. *Pediatr Clin North Am.* V. 39, n. 4, p. 669-90, 1992.
- BATTAGLIA, A.; CAREY, J.C. Diagnostic evaluation of developmental delay/ mental retardation: an overview. *American Journal Medicine Genetic.* V. 117, n. 3, p. 71-82, 2003.
- BISSOTO, M. L. O desenvolvimento cognitivo e o processo de aprendizagem do portador de Síndrome de Down: revendo concepções e perspectivas educacionais. *Ciência e Cognição.* V. 4, p. 80-88, 2005.
- CARNEIRO, G. V. S.; FARIAS, J. G.; SANTOS, F. A. P.; LAMBERTI, P. L. Síndrome de Apert: revisão de literatura e relato de um caso clínico. *Rev Bras Otorrinolaringol.* V. 74, nº 4, p. 640, 2008.
- CARVALHO, R.E. *Escola inclusiva: a reorganização do trabalho pedagógico*. Porto Alegre: Mediação, 2008.
- GORLA, J. I.; DUARTE, E.; COSTA, L. T.; FREIRE, F. Crescimento de crianças e adolescentes com Síndrome de Down: uma breve revisão de literatura. *Revista Brasileira Cineantropom Desempenho Humano.* V. 13, n. 3, p. 230-7, 2011.
- GONZALES, C. H. *Síndrome de Prader-Willi*. Instituto da Criança. São Paulo: 1991.
- JOHNSTON, M. V. Brain plasticity in paediatric neurology. *Eur J Pediatr Neurol.* V. 7, p. 105-13, 2003.
- OMS – Organização Mundial da Saúde. *Promoção e educação da saúde escolar, uma perspectiva integral: marco conceitual e operativo*. Washington: 2001 e 2007.
- SÁS, R. M. *Consciência fonológica em crianças com Síndrome de Down*. [Dissertação] Programa de Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

SHEVELL, M.; ASHWAL, S.; DONLEY, D.; FLINT, J.; GINGOLD, M.; HIRTZ D. Practice parameter: evaluation of the child with global developmental delay. *Neurology*. V. 60, p. 367-80, 2003.

THACKRAY, H. M.; TIFFT, C. Fetal alcohol syndrome. *Ped Rev*. V. 22, n. 2, p. 47-54, 2001.

VASCONCELOS, M. M. Retardo mental. *Jornal de Pediatria*. V. 80, n. 2 (supl.), 2004.

YONAMINE, S. M.; SILVA, A. A. Características da comunicação em indivíduos com a Síndrome do X Frágil. *Arquivos de neuropsiquiatria*. V. 60, n. 4, p. 981-5, 2002.

WAJNSZTEJN, A. C.; WAJNSZTEJN, R. *Dificuldades escolares: um desafio superável*. São Paulo: Artemis , 2007.



>> Ozias dos Santos, 18 anos. EE Professora Maria Célia Falcão Rodrigues.

AVALIAÇÃO PEDAGÓGICA: UM RECURSO PARA A TOMADA DE DECISÕES

>> Wania Aparecida Boer

INTRODUÇÃO

Este capítulo trata a importância do professor especializado na área da Deficiência Intelectual em reconhecer e entender quem de fato é o aluno com deficiência intelectual, quais são suas habilidades, potencialidades, especificidades para elaborar, em conjunto com o professor da sala regular, ações interventivas eficazes para o processo de ensino e aprendizagem.

Segundo Luckesi (1990), a avaliação pedagógica requer decisões sobre a aprendizagem e o desenvolvimento dos educandos. Como atender a essas decisões se, enquanto professor especializado nesta área, não entende ou não conhece os educandos com deficiência? Por que esse educando deve frequentar a Sala de Recursos de Deficiência Intelectual (SR-DI)? Por quanto tempo? Como utilizar um recurso avaliativo que norteie o reconhecimento dessas especificidades e potencialidades? Como desenvolver um planejamento que atenda às especificidades de cada um, partindo daquilo que o educando já possui?

Para responder às indagações acima, procuraremos, em primeiro lugar, legitimar a avaliação pedagógica, baseando-nos nos Parâmetros Curriculares Nacionais – Adaptações Curriculares (BRASIL, 1999, p. 57): “O processo avaliativo é de suma importância em todos os âmbitos do processo educacional para nortear as decisões pedagógicas e retroalimentá-las, exercendo um papel essencial nas adaptações curriculares”.

Outra fonte de legalidade é o Parecer CNE/CEB nº 17/2001, que cita:

No decorrer do processo educativo, deverá ser realizada uma avaliação pedagógica dos alunos que apresentam necessidades educacionais especiais, objetivando identificar barreiras que estejam impedindo ou dificultando o processo educativo em suas múltiplas dimensões.

No artigo 6º da Resolução CNE/CEB nº 2/2001, que institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, lê-se:

Para a identificação das necessidades educacionais especiais dos alunos e a tomada de decisões quanto ao atendimento necessário, a escola deve realizar, com assessoramento técnico, avaliação do aluno no processo de ensino e aprendizagem, contando, para tal, com:

I - a experiência de seu corpo docente, seus diretores, coordenadores, orientadores e supervisores educacionais;

II - o setor responsável pela educação especial do respectivo sistema;

III - a colaboração da família [...]

O documento oficial *Saberes e práticas da inclusão: avaliação para identificação de necessidades educacionais especiais* (BRASIL, 2006, p. 10), informa que:

A fundamentação teórica da avaliação baseia-se na concepção interativa e contextual do desenvolvimento e do processo de ensino e aprendizagem. É importante que os resultados da avaliação com base, apenas, em determinados dados coletados não sejam tomados de *per se*, fragmentados, pois as análises devem relacioná-los integralmente.

O objetivo do documento é subsidiar os sistemas de ensino quanto às práticas avaliativas. Tais práticas, além de servirem para a identificação das necessidades educacionais especiais, devem oferecer subsídios para a indicação dos apoios e recursos pedagógicos que contribuam para a remoção das barreiras para a aprendizagem e para a participação de todos os alunos.

No artigo 2º/§ 1º da Resolução SE 11/2008, alterada pela Resolução 31/2008, que dispõe sobre a educação escolar dos alunos com necessidades educacionais especiais nas escolas da rede estadual de ensino, é referendado que:

O encaminhamento dos alunos de que trata o caput deste artigo para serviços de apoio pedagógico especializado em salas de recursos far-se-á somente após avaliação pedagógica realizada em conformidade com o disposto na presente resolução.

O artigo 3º da mesma resolução indica:

O atendimento escolar a ser oferecido ao aluno com necessidades educacionais especiais deverá ser orientado por avaliação pedagógica realizada pela equipe da escola, formada pelo Diretor, Professor Coordenador e Professor da sala comum, podendo, ainda, contar, com relação aos aspectos físicos, motores, visuais, auditivos e psicossociais, com o apoio de professor especializado da Diretoria de Ensino e de profissionais da área da saúde.

Além da parte legal que embasa a avaliação pedagógica, faz-se necessário repensar os paradigmas de avaliação e de atendimentos às pessoas com deficiência intelectual ao longo da história da educação especial.

CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

Para Fernandes (2010), os procedimentos clínicos e pedagógicos para as pessoas com deficiência intelectual sempre estiveram juntos nas práticas sociais dos atendimentos oferecidos a este grupo. Portanto, na construção de um recurso avaliativo na perspectiva multidimensional¹ com enfoque nas potencialidades deste educando, o professor especializado deverá rever seus conceitos em relação à deficiência, ao deficiente e à prática de intervenção.

Neste contexto, Omote (2008, p. 19) afirma que:

A maneira como a deficiência é concebida e tratada se constitui em uma importante condição para a compreensão do próprio fenômeno das deficiências. Uma limitação ou dificuldade, que pode não ser intrinsecamente determinada pelas características inerentes a uma pessoa, pode ser tratada como uma deficiência ou não, dependendo da concepção adotada. Portanto, no estudo das deficiências, é necessário que se tenham em vista a concepção que orienta a pesquisa e as práticas de intervenção, a produção de conhecimento e a sua aplicação.

Segundo Ferreira (2002), precisamos pensar na concepção do ato de avaliar enquanto prática pedagógica, pois ela norteia a ação do professor dentro do processo de ensino e aprendizagem. Faz-se necessário entender que a avaliação não é um processo à parte, e sim permeia a relação de ensino num contínuo. Para tanto, é fundamental que o professor especializado compreenda essa concepção.

1 >> A American Association on Mental Retardation (AAMR, 2002) oferece um modelo de avaliação que valoriza os espaços, ambientes, apoios, capacidades/habilidades adaptativas e oportunidades à pessoa com deficiência intelectual.

Vejamos então algumas definições sobre avaliação para embasarmos posteriormente a construção de um roteiro de avaliação pedagógica na área da Deficiência Intelectual.

De acordo com Veiga (1996, p. 161), “a avaliação é um meio investigativo da aprendizagem para redimensionar o processo tendo em vista garantir a qualidade do ensino para todos”. Nesta perspectiva a avaliação deverá investigar as potencialidades dos educandos para se romper as barreiras de aprendizagem e construir respostas educativas eficazes ao processo de cada um.

Bloom (1983, p. 143), ao ponderar que “a maneira mais eficiente de usar a avaliação formativa seja no estabelecimento do ritmo de aprendizagem próprio de cada aluno”, vem nos lembrar do ritmo e do estilo de aprendizagem próprios de cada educando e de que cabe a nós, educadores, respeitá-los no momento da avaliação.

Alertando-nos para um dado importante na avaliação, a respeito de se observar quais habilidades o educando já tem desenvolvidas, quais ainda precisa desenvolver e como o professor especializado poderá construir intervenções para facilitar o aprendizado, Lüdke (1994, p. 123) considera a escola uma instituição que:

permita ao aluno caminhar dentro de seu estágio e sem retrocessos, construindo seu conhecimento dentro de suas características pessoais e a avaliação tendo a função fundamental de informar e dar consciência ao professor de como os alunos estão caminhando nesse processo, para poder reorientá-lo e tomar as decisões mais cabíveis.

Hoffmann (1994, p. 56), em seus estudos sobre a avaliação, nos oferece um olhar para o processo e não para o produto quando nos diz:

A avaliação, enquanto relação dialógica, vai conceber o conhecimento como apropriação do saber pelo aluno e também pelo professor, como ação-reflexão-ação que se passa na sala de aula em direção a um saber aprimorado, enriquecido, carregado de significados, de compreensão. Dessa forma, a avaliação passa a exigir do professor uma relação epistemológica com o aluno – uma conexão entendida como reflexão aprofundada a respeito das formas como se dá a compreensão do educando sobre o objeto do conhecimento.

Portanto, para entendermos as formas pelas quais os educandos compreendem o objeto de conhecimento, a avaliação pedagógica necessita de objetivos claros e concisos para ser realizada, como citam Oliveira e Leite (2000, p. 17):

Determinar a necessidade educacional do aluno, tomar decisões sobre a escolarização, elaborar propostas de adaptações curriculares, propor adaptações significativas (se necessárias), determinar recursos e apoios à sua necessidade, e também determinar tanto o seu estilo de aprendizagem quanto o estilo de ensino do professor.

Isso nos mostra a relevância do papel do professor especializado em realizar uma avaliação pedagógica eficaz e a todo o momento a ação-reflexão-ação da sua prática na construção de um saber docente real às condições de funcionalidade, autonomia e respeito ao educando com deficiência intelectual, para não estigmatizá-lo no contexto escolar.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Caminhos para a construção de um roteiro de avaliação pedagógica

Quando iniciei meu trabalho na rede estadual de ensino, como professora de uma classe especial na área da Deficiência Intelectual, por volta dos anos 1980, uma pergunta me intrigava: *Como avaliar pedagogicamente um educando para inseri-lo nesta classe?* Pois, nessa época, a visão da deficiência era a do modelo clínico, por meio de laudo e com ênfase no déficit cognitivo. Muitos alunos que chegaram até esta classe não possuíam um déficit no funcionamento intelectual, mas sim dificuldades de aprendizagem ou problemas comportamentais e emocionais. A avaliação pedagógica era construída apenas considerando-se as habilidades da comunicação oral, leitura, escrita e do raciocínio matemático. Então, recebi um educando, encaminhado judicialmente, com o laudo de “deficiente mental educável”. Logo nos primeiros dias de aula observei que ele possuía muitas habilidades, mas se recusava em demonstrá-las, principalmente quando estavam relacionadas à leitura ou à escrita. Perguntei a ele o que mais gostava de fazer no dia a dia e respondeu-me que era construir um robô. Pensei, então, que se ele consegue construir um robô com sucata e um programa de computador para esboçá-lo, onde está o déficit intelectual desse menino? Resolvi estudar mais sobre habilidades, inteligência e estilos de aprendizagem. Foi quando conheci a Teoria das Inteligências Múltiplas de Howard Gardner (1983), que fez uma di-

ferença enorme no meu olhar para as potencialidades dos educandos e me levou a descobrir *como* eles eram inteligentes.

Em meados de 2002, a classe especial foi transformada em sala de recursos em decorrência de uma mudança de paradigma, de integração para inclusão. O aluno com deficiência intelectual passa a frequentar a sala regular e no contraturno recebe atendimento do professor especializado na Sala de Recursos – DI, numa concepção de complementaridade e suplementaridade do ensino.

Essa mudança de paradigma estava atrelada aos meus questionamentos, anseios e necessidades, pois a segregação conduzia o educando a uma “limitação educacional e social”. As possibilidades de suporte pedagógico especializado aos educandos tornaram-se mais eficazes, pois agora lidava-se também com os professores das salas regulares, apoiando-os no entendimento de quem eram esses educandos e na melhoria da prática pedagógica para efetivar o aprendizado deles.

Por volta de 2003, fui convidada por uma dirigente de ensino a ocupar o cargo de Assistente Técnico Pedagógico (ATP) na área de Educação Especial com o objetivo de implantar o processo de inclusão escolar em 54 escolas sob a jurisdição da Diretoria de Ensino da Região de Araraquara. Hoje utilizamos o termo Professor Coordenador da Oficina Pedagógica (PCOP). Quando iniciei o trabalho, principalmente, com os professores especializados de seis salas de recursos na área da Deficiência Intelectual, observei alguns entraves, como: o papel de ser professor da classe especial era algo que dificultava o olhar investigativo para as habilidades, potencialidades e especificidades dos educandos, portanto, estar na sala de recursos era desempenhar o mesmo papel, ou seja, trabalhar apenas com os conteúdos; a falta de clareza e de entendimento sobre a deficiência intelectual gerava um acúmulo de indicações de educandos para avaliação na sala de recursos e não havia registro de um plano de ensino individual que demonstrasse eficiência, pois as intervenções propostas reduziam-se ao “fazer pelo fazer”, sem uma reflexão do por quê, como, quando, para que e com quem.

Foi então que resolvi procurar profissionais voluntários – psicólogos, psicopedagogos e fonoaudiólogos – para trabalhar colaborativamente e juntos estudarmos os termos da definição da Deficiência Intelectual (AAMR, 2002), com vistas a principalmente entender o significado de habilidades intelectuais e habilidades do funcionamento adaptativo. Pudemos perceber que o conhecimento da Teoria das Inteligências Múltiplas favoreceu a compreensão da deficiência intelectual com foco no espectro de habilidades de cada inteligência do educando.

Depois desse estudo, algumas perguntas surgiram no grupo de professores especializados: *Como avaliar os educandos para descoberta e análise de suas habili-*

dades, potencialidades e especificidades? Como podemos dizer aos diretores, professores coordenadores e professores da sala regular que alguns educandos não possuíam características de deficiência intelectual e, portanto, não poderiam ser inscritos nas Salas de Recursos – DI?

Demos início à construção de um roteiro de avaliação pedagógica baseado nas habilidades intelectuais e nas habilidades conceituais, práticas e sociais que constituem o funcionamento adaptativo. Estudamos termo a termo cada habilidade para facilitar o olhar e a compreensão durante o processo de avaliação pedagógica. Todo o processo de construção do roteiro partiu da experiência da prática docente e passou por um estudo de revisão teórica do assunto até ser concluído. A metodologia de pesquisa utilizada foi da pesquisa-ação que, segundo Thiollent (2002, p. 14), é:

Um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Com a cooperação e envolvimento do grupo de professores especializados, o produto final foi o roteiro de avaliação pedagógica² para levantamento de dados sobre o desenvolvimento do educando, sem finalidade classificatória e sim de cunho qualitativo.

A Tabela 1 demonstra a estrutura do roteiro de avaliação pedagógica quanto às habilidades que devem ser investigadas (1ª coluna); o que avaliar em cada habilidade (2ª coluna), ou seja, o que realmente o professor especializado precisa “olhar/pesquisar” durante a realização da avaliação com o educando; quais recursos são utilizados para facilitar o que avaliar nessas habilidades (3ª coluna) e quais procedimentos ou como fazer para avaliar adequadamente cada uma delas (4ª coluna). Lembrando que os procedimentos são atividades descritas passo a passo. A 5ª coluna (*O que foi observado?*) só será preenchida durante o processo de avaliação. Nessa coluna iremos registrar o que mais nos chamou a atenção ou observações que ainda não tínhamos notado no educando.

2 >> Coautores (Professores Especializados – Grupo de Estudos/SAPE): Aline C. Maurício; Cleonice Soler, Disleine D. P. N. Resende, Estela M. Paschoal, Geslaine T. Pereira, Adriana J. Cabral, Maria Cristina G. Rinaldi, Renata B. de Matheus, Thaís A. B. Zucco. Colaboradora Maria Isabel Rodrigues Orso (In memoriam).

TABELA – 1: Estrutura do Roteiro de Avaliação Pedagógica

Habilidades	O que avaliar?	Que recursos utilizar?	Como fazer? (Procedimentos)	O que foi observado?
Comunicação Oral Leitura Comunicação Escrita Comportamento Socioafetivo Atenção e Concentração Sensorial: Percepção Auditiva Sensorial: Percepção Visual Sensorial: Percepção Gustativa Sensorial: Percepção Olfativa Sensorial: Percepção Tátil Perceptivo Motora Motora: Prensão Apreensão Memória Visual Memória Auditiva Raciocínio Lógico-Matemático Expressão Criativa Orientação Especial Orientação Temporal Atividade de Vida Autônoma Social				

O roteiro de avaliação pedagógica baseia-se na abordagem sociointeracionista (VYGOTSKY, 1998) que enfatiza a relação professor-aluno-contexto e valoriza o aspecto sociocultural no desenvolvimento cognitivo do indivíduo. A psicologia cognitivista, por meio dos estudos de Howard Gardner (1983), contribui com uma visão multifatorial da inteligência, pois todo indivíduo nasce com um espectro de inteligências e potencialidades que se desenvolvem conforme o meio no qual ele vive. Os estudos da neurociência, segundo Relvas (2009), propiciam aos educadores

o conhecimento das estruturas cerebrais como “interfaces” da aprendizagem para a ininterrupta do desenvolvimento também biológico. E, para isto, os estudos da neurobiologia vêm contribuindo para as práticas em sala de aula, na compreensão das dimensões cognitivas, motoras, afetivas e sociais, no redimensionamento do sujeito aprendente e nas suas formas de interferir nos ambientes pelos quais perpassa.

No ano de 2007, o roteiro de avaliação pedagógica passou a ser utilizado como uma ferramenta nas salas de recursos com o objetivo de levantar dados sobre as potencialidades e necessidades específicas dos educandos, para dar respostas à demanda da escola em relação à definição de Deficiência Intelectual e à construção de um plano de ensino individual. Como também, desenvolver um trabalho colaborativo com o professor da sala regular, na construção de adequações curriculares que atendam às especificidades de cada um e à finalidade maior da educação, que é o aprendizado.

Em 2009, os professores coordenadores da Oficina Pedagógica (PCOP) na área da Deficiência Intelectual, das 91 Diretorias de Ensino, estiveram presentes no Centro de Apoio Pedagógico Especializado – CAPE, órgão vinculado à Secretaria Estadual da Educação e à Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas – CENP para uma orientação técnica de formação nessa área. Surgiram várias dúvidas e questionamentos sobre a avaliação pedagógica, como fazer, quem são os responsáveis, que critérios seguir, etc. Nas avaliações finais do dia, solicitaram uma formação continuada para os professores especializados da área.

Em decorrência dos questionamentos das Diretorias de Ensino em nível de Estado e pela experiência já realizada na Diretoria de Ensino da Região de Araraquara, surgiu a necessidade de socializar os conhecimentos obtidos desse grupo de educadores. Para possibilitar essa socialização, em agosto de 2010 deu-se início, sob minha responsabilidade, à orientação técnica *Flexibilização Curricular: uma construção a partir da avaliação pedagógica*, por meio da formação continuada, tendo como público-alvo os supervisores de ensino, professores coordenadores da Oficina Pedagógica (PCOP) e professores especializados na área da Deficiência Intelectual das 91 Diretorias de Ensino da rede pública estadual. O término das orientações técnicas se deu em agosto de 2011, com aproximadamente 1.200 pessoas envolvidas nesse processo de formação.

A orientação técnica foi convocada em três dias consecutivos, no final de cada mês, dos quais participavam entre sete e oito Diretorias de Ensino por dia, com carga horária de oito horas diárias de trabalho de formação. A dinâmica do trabalho constituiu-se dos seguintes tópicos:

- > Apresentação dos objetivos da orientação técnica aos participantes:
 - > entender conceitualmente a deficiência intelectual como base norteadora para o processo de avaliação pedagógica;
 - > compreender a importância da avaliação pedagógica para o reconhecimento de habilidades/potencialidades do educando;

- > construir um roteiro de avaliação pedagógica para o reconhecimento de habilidades/competências do educando com a finalidade de nortear a intervenção por meio de uma adequação curricular de qualidade.
- > Apresentação e análise dos três termos apresentados nos documentos oficiais: Flexibilização, Adequação e Adaptação Curricular.
- > Levantamento de conhecimento prévio por meio de três perguntas ao grupo: O que você entende por Deficiência Intelectual? Que características são observadas na Deficiência Intelectual? Qual a concepção que fundamenta a sua conceituação de Deficiência Intelectual?
- > Reflexão de um trecho do filme *Um sonho possível* para analisarmos as concepções de indivíduo, ensino e aprendizagem dos personagens e os resultados da prática.
- > Apresentação da cronologia da Deficiência Intelectual (evolução do conceito)
- > Discussão do conceito de Deficiência Intelectual (AAMR, 2002) e Sistemas de Apoios.
- > Reflexão de um trecho do filme *Meu nome é Rádio* para elencarmos as habilidades intelectuais, conceituais, sociais e práticas do personagem principal.
- > Apresentação dos aspectos legais, objetivo e fundamentação teórica da avaliação pedagógica.
- > Apresentação de instrumentos que norteiam o encaminhamento de educandos para a avaliação pedagógica.
- > Discussão e construção coletiva do Roteiro de Avaliação Pedagógica.

A equipe de Educação Especial de cada Diretoria de Ensino levou como tarefa o estudo de alguns textos, análise de trechos de filmes para elencar habilidades intelectuais, práticas, conceituais e sociais, como também o término da construção do Roteiro de Avaliação Pedagógica. Cada equipe teve prazo de um mês, após a orientação técnica, para a devolução do roteiro. Cada roteiro foi analisado/estudado por mim e reenviado às Diretorias com sugestões, ressalvas e questionamentos. Portanto, a equipe teve que se reunir novamente para discutir e reescrever os roteiros. No apêndice 1 há um Roteiro de Avaliação Pedagógica para exemplificar o trabalho desenvolvido pela equipe de Educação Especial na Diretoria de Ensino.

A próxima tarefa foi a aplicação do Roteiro de Avaliação Pedagógica e o registro dos dados coletados por meio do Registro Descritivo do Aluno (Anexo I fundamentado na Resolução SE 11/2008) com o intuito de desmistificar, escla-

recer e dar ciência aos professores especializados **quem de fato**³ são os educandos para as Salas de Recursos – DI e desencadear o estudo na perspectiva de elaboração de um plano de ensino individual que atenda às potencialidades, habilidades a serem desenvolvidas e possa subsidiar o trabalho colaborativo junto ao professor da sala regular na implementação de adequações curriculares que vão ao encontro das especificidades dos educandos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar de avaliação pedagógica na área da Deficiência Intelectual é um desafio. Mas também é um componente essencial na formação e na prática diária dos professores especializados da área, pois há uma busca constante em ferramentas, instrumentos ou procedimentos que os ajudem no atendimento pedagógico especializado para melhorar as respostas educativas e alavancar o processo de ensino e aprendizagem desse grupo de educandos.

A avaliação pedagógica é a base do processo de ensino e aprendizagem. Portanto, o Roteiro de Avaliação Pedagógica facilita o levantamento de dados qualitativos quanto às habilidades desenvolvidas pelo educando e indica aquelas que precisam ser trabalhadas para melhoria de todo o processo. Também norteia a ação do professor porque fornece caminhos a serem percorridos; diminui o número de encaminhamentos de educandos para as salas de recursos; oferece consciência, reflexão e conhecimento do educando para o professor especializado; fornece dados para a construção de um plano de ensino individual de qualidade e exerce um papel fundamental nas adequações curriculares.

Ainda temos muito que estudar e aprender para nos tornarmos “avaliadores de fato”, sem juízo de valores, sem preconceitos, sem julgamentos, sem estigmatizar ou sem rotular, mas sim valorizando e sabendo olhar realmente as potencialidades de cada um.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAMR – American Association on Mental Retardation. **Retardo mental:** definição, classificação e sistemas de apoio. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRASIL, **Parâmetros Curriculares Nacionais.** Adaptações curriculares. Estratégias para educação de alunos com necessidades educacionais especiais. Brasília: MEC/SEESP, 1999.

_____. Ministério da Educação. **Saberes e práticas da inclusão:** avaliação para identificação das necessidades educacionais especiais. 2.ed. Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC/SEESP, 2006.

BLOOM, B. S.; ENGELHART, M. D.; FURST, E. J.; HILL, W. H.; KRATHWOHL, D. R. **Taxonomia de objetivos educacionais:** domínio cognitivo. Porto Alegre: Globo, 1983.

FERNANDES, E. M. Da deficiência à funcionalidade: novos paradigmas de avaliação e acompanhamento de pessoas com deficiência mental/intelectual. In: MENDES, E. G.; ALMEIDA, M. A. (Orgs.). **Das margens ao centro:** perspectivas para as políticas e práticas educacionais no contexto da educação especial inclusiva. Araraquara (SP): Junqueira&Marin, 2010.

FERREIRA, L. O contexto da prática avaliativa no cotidiano escolar. In: _____. **Retratos da avaliação:** conflitos, desvirtuamentos e caminhos para a superação. Porto Alegre: Mediação, 2002.

GARDNER, H. **Frames of mind:** the theory of multiple intelligences. Nova York: Basic Books, 1983.

HOFFMANN, J. M. L. Avaliação mediadora: uma relação dialógica na construção do conhecimento. In: **Avaliação do rendimento escolar.** São Paulo: FDE, 1994, p.51-9. Série Ideias, 22.

LUCKESI, C. C. Verificação ou avaliação: o que pratica a escola? A construção do professor de ensino e a avaliação. In: **A construção do projeto de ensino e a avaliação.** São Paulo: FDE, 1990, p.71-80. Série Ideias, 8.

LÜDCKE, M.; MEDIANO, Z. D. (Coord.). **Avaliação na escola de 1º grau.** Campinas: Papyrus, 1994.

OLIVEIRA, A. A. S.; LEITE, L. P. Educação inclusiva e as necessidades educativas especiais. In: MANZINI, E. J. **Educação especial: temas atuais**. Marília: UNESP, 2000, p. 11-20.

OMOTE, S. Diversidade, educação e sociedade inclusiva. In: OLIVEIRA, A. A. S.; OMOTE, S.; GIROTO, C.R.M (Orgs.). **Inclusão escolar: as contribuições da educação especial**. São Paulo: Cultura Acadêmica, Marília: Fundepe, 2008, p. 14-32.

RELVAS, M. P. **Fundamentos biológicos da educação: despertando inteligências e afetividade no processo de aprendizagem**. 4. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2009.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2002.

VEIGA, L. P. A. (Org.). **Didática: o ensino e suas relações**. Campinas: Papyrus, 1996.

VYGOTSKY, L. S. **A formação da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.



>> Ingrid Micaelly Rodrigues, 11 anos. EE Professora Maria de Lourdes Bordini.

CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM ENSINO-APRENDIZAGEM COLABORATIVO

>> Generosa Monteiro Ferraz

Nenhum de nós pode fazer as coisas mais importantes sozinho. A parceria e a colaboração são os caminhos para enfrentar todos os desafios (autor desconhecido).

É possível incorporarmos à nossa prática educacional princípios que promovam um ensino-aprendizagem colaborativo?

Iniciamos a nossa reflexão respondendo afirmativamente, que é possível, sim, o sucesso de um ensino-aprendizagem colaborativo na nossa realidade escolar, depende de todos nós, educadores.

Para tanto, nesse novo tempo, precisamos compreender como nós poderemos assumir também o compromisso na defesa de igualdade de oportunidades para todos os alunos.

No Brasil, segundo o princípio da inclusão, as escolas do sistema regular de ensino têm por compromisso acomodar todas as crianças, independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras. Tais condições geram diferentes desafios aos sistemas educacionais (UNESCO, 1994).

O que nos cabe, enquanto atores, a nós, professores do ensino regular, professores dos serviços de apoio pedagógico especializado, professores coordenadores das escolas, gestores escolares, equipe de educação especial das Diretorias Regionais de Ensino e demais agentes educacionais envolvidos no sistema educacional, atuando cada qual em parte do processo educacional dos alunos com deficiência?

Cabe o entendimento de que, ao atribuirmos profundo significado pedagógico e democrático à convivência de alunos com e sem deficiência nas mesmas escolas e salas, estaremos possibilitando que aprendam a partir das suas diferenças e ajudem-se mutuamente a desenvolver suas potencialidades.

Nessa tendência de reconhecimento de direitos educacionais sociais, todos os educadores devem receber uma orientação positiva sobre as deficiências (UNESCO, 1994). Conforme Tessaro (2005), acredita-se que as limitações

maiores na deficiência intelectual não estão relacionadas com a deficiência em si, mas com a credibilidade e as oportunidades que são oferecidas às pessoas. Para essa autora, a vida de uma pessoa com deficiência passa a girar em torno de sua limitação ou incapacidade, quando as suas potencialidades e aptidões não são levadas em conta.

De acordo com Omote (1994), estudos e pesquisas acadêmicas demonstram que as dificuldades enfrentadas pelos alunos com deficiência dizem respeito mais às limitações e deficiências da sociedade e do meio do que dos próprios alunos. Desde que a escola promova a participação desses alunos em atividades curriculares e extracurriculares, e respeite suas características, oferecendo alternativas pedagógicas que atendam às suas necessidades comuns e específicas, esses alunos conseguem aprender, dando respostas efetivas ao processo de ensino-aprendizagem.

Em vez de centrar a atenção na noção de defeito ou lesão que impede ou limita o desenvolvimento deve-se compreender de que modo o ambiente social e cultural pode mediar as relações entre as pessoas com deficiência e o seu meio, de modo que elas tenham acesso aos objetos de conhecimento e à cultura (SMOLKA; LAPLANE, 2005). A condição de deficiência intelectual não pode nunca predeterminar qual será o limite de desenvolvimento do indivíduo (OLIVEIRA, 2007).

A prevalência por muito tempo, e ainda presente nos dias de hoje, de uma cultura marcada por uma educação competitiva, sob influência de uma educação verticalizada, com ênfase no processo de seleção e exclusão de alunos, historicamente reconhecida pelo domínio das propostas curriculares, pôde criar resistências à inclusão de pessoas com deficiência, sendo essas pessoas encaradas como menos capazes para um bom desempenho escolar em razão da proposição de atividades para esses alunos na base da cultura competitiva (UNESCO/MEC, 2005).

O processo de inclusão escolar de alunos com deficiência, embora previsto e amparado legalmente, enfrentou resistência em escolas e na sociedade decorrente de barreiras atitudinais, físicas e culturais, sendo observadas práticas educacionais extremamente conservadoras e excludentes (MARQUEZINI, 2006).

Até os anos 1970, a educação vertical representava um modelo de educação em que o desempenho escolar era mais importante, os alunos deviam seguir o mesmo método pedagógico, avançar no mesmo ritmo e ser avaliados da mesma forma. Os alunos que não conseguiam enquadrar-se nos padrões considerados aceitáveis eram encaminhados para classes ou escolas especiais. Desprezavam-se muitas vezes os aspectos sociais, cognitivos e afetivos implícitos na prática da

educação. Nesse contexto, não se tinha por objetivo e meta a participação de todos os alunos (OLIVEIRA, 2002).

Então, como transformar o olhar negativo a respeito da inclusão para um olhar positivo de possibilidades?

A partir da Conferência Mundial sobre Educação para Todos em Jomtien, Tailândia, em 1990, um novo cenário educacional é proposto com vistas à construção de novos caminhos rumo a uma educação horizontal, onde se concebiam e se respeitavam, no processo de ensino-aprendizagem, as diferenças humanas singulares manifestas no campo das ideias, ideais, condições, potencialidades, bem como valores culturais, sociais significativos.

Lidar com a diferença exige uma mudança de atitude dos professores e de toda a comunidade escolar para que a construção de conhecimentos faça-se numa perspectiva mais integradora e humana (CARVALHO, 1999).

Falar em educação inclusiva na perspectiva de um ensino-aprendizagem colaborativo pressupõe um movimento dentro e fora da escola que a desafie a ser mais representativa da diferença que existe na sociedade, tornando-a, assim, mais democrática e justa (MEC, 2005).

A escola possui um papel de fundamental importância frente ao desenvolvimento dos alunos com deficiência intelectual. Somos desafiados a criar situações colaborativas de aprendizagem que valorizem os processos de mediação e possibilitem uma intervenção direta nas condições pedagógicas em atenção a esses alunos.

E o que é colaboração? Colaboração é entendida como uma estratégia de trabalho pedagógico (MEC, 2010). A colaboração é uma das pedras angulares da educação escolar inclusiva. Ela precisa estar presente em todos os níveis. Refere-se aos alunos dentro da sala de aula, à equipe de docentes, à equipe escolar, familiares e comunidade em geral. A educação escolar inclusiva não é uma questão particular de uma sala de aula, mas parte de um projeto político pedagógico, portanto, a importância de se desenvolver a cultura da colaboração no interior e exterior da escola (PACHECO et al., 2007). De acordo com esse autor, a colaboração tem várias dimensões, formas e propósitos. Como acontece com muitos aspectos do ensino-aprendizagem, é importante que nós, educadores, reconheçamos que colaboração precisa ser praticada de forma ampla e frequente.

A prática escolar tradicional caracteriza-se, entre outras coisas, pelo isolamento dos professores. Estes são designados para turmas ou disciplinas e são deixados mais ou menos sozinhos. As mudanças que se espera de uma escola tradicional para uma escola com práticas inclusivas são complexas.

SOBRE O ENSINO COLABORATIVO

De acordo com Capellini (2004), o ensino colaborativo tem sido utilizado para favorecer a inclusão escolar, envolvendo a parceria direta entre professores da educação comum e especial. O ensino colaborativo é uma estratégia didática inclusiva em que o professor da classe comum e o professor ou especialista planejam, de forma colaborativa, procedimentos de ensino para ajudar no atendimento a estudantes com deficiência, em classes comuns, mediante um ajuste por parte dos professores.

Ainda segundo Capellini (2004), nesse modelo, dois professores, possuindo habilidades de trabalho distintas, juntam-se de forma coativa e coordenada, ou seja, em um trabalho sistematizado, com funções previamente definidas para ensinar grupos heterogêneos, em cenários inclusivos. Ambos compartilham a responsabilidade de planejar e implementar o ensino e a disciplina da sala de aula. Cada profissional envolvido pode aprender e beneficiar-se dos saberes dos demais e, com isso, o beneficiário maior será sempre o aluno.

Para esse autor a amizade não é considerada condição prévia para o ensino colaborativo efetivo. Talvez o desafio maior para os professores desenvolverem práticas inclusivas seja saber compartilhar, por meio de confiança mútua e respeitosa, equidade e profissionalismo, um papel que foi tradicionalmente individual.

Será preciso, portanto, compartilhar as metas, as decisões, as instruções de sala de aula, a responsabilidade pelos estudantes, a avaliação da aprendizagem, as resoluções dos problemas. Assim, os professores precisam começar a pensar como “nossa” classe e não como “minha” classe (MEC, 2010).

Na rede pública estadual de São Paulo, trabalha-se na perspectiva de compartilhar saberes planejando-se de forma colaborativa procedimentos de ensino, no que implica a participação do professor da sala regular, demais professores da escola envolvidos, o professor especializado da sala de recursos ou do serviço itinerante, o professor coordenador da escola, o gestor escolar, a equipe de educação especial da Diretoria de Ensino de cada região.

Particularmente, no campo do ensino, a interação entre o professor da sala de recursos e o professor da sala regular, em razão da troca de experiências educacionais, possibilita a incorporação e articulação de novos conhecimentos e diferentes saberes.

Além disso, a interação entre esses professores evidencia o domínio de cada um em determinado assunto, bem como reconhece o domínio do outro, fortalecendo dessa forma o ensino colaborativo e conferindo ao professor do

ensino regular o desenvolvimento de habilidades para intervir por meio de metodologia e estratégias de ensino que, sem dúvida, interferem na melhoria dos aspectos educacionais e sociais no processo de ensino-aprendizagem não somente do aluno com deficiência intelectual, mas de todos os alunos.

Segundo Machado e Almeida (2010), a contribuição do ensino colaborativo caminha rumo ao pensamento pedagógico da inclusão escolar, pois permeia questões do cotidiano, do desempenho do professor regular e resgata atitudes que permitem a parceria e a colaboração conjunta. Dessa forma, a proposta de tal ensino é um caminho viável e gratificante, tornando todos os envolvidos construtores do seu próprio processo de ensino e aprendizagem.

SOBRE A APRENDIZAGEM COLABORATIVA

Podemos inferir que um ambiente colaborativo é bom para todos os alunos, e não só para os alunos com deficiência intelectual. Compete ao professor, articulador e mediador de todo o processo de ensino-aprendizagem colaborativo, observar e acompanhar o desenvolvimento dos trabalhos nos grupos, bem como intervir para a criação de condições organizacionais e curriculares que possibilitem permanentemente um ambiente afetivo e atencioso que consista em apoio mútuo em que o aluno descubra a importância de ensinar e aprender com o outro.



>> Josiele Aparecida Domingues dos Santos, 9 anos. EE Professora Maria de Lourdes Bordini.

A aprendizagem colaborativa é um meio de minorar as dificuldades que derivam da competitividade e do trabalho individualizado. A escola deveria ser o lugar onde os alunos, além de “aprender coisas”, aprendessem também sobre si mesmos como educandos, ou seja, tomando consciência do seu próprio processo de aprendizagem (MEC, 2006).

Os alunos constituem, em si mesmos, recurso humano de vital importância na construção coletiva de conhecimentos que se dá nas trocas constantes de informações, de pontos de vista, de questionamentos, de resoluções de questões e de avaliações. Quando mobilizadas suas capacidades pessoais em momentos de interação, participação e colaboração, os alunos tendem a obter maior proveito da educação em razão de se perceberem parte integrante do processo de aprendizagem. Além disso, para promover maiores níveis de aprendizagem em todos os alunos, os alunos que desenvolvem os conteúdos escolares com maior competência podem colaborar com os demais colegas, contribuindo, dessa forma, para o desenvolvimento e ampliação de valores e atitudes de solidariedade e humanização, desejáveis e necessários na convivência com as diferenças humanas (STAINBACK; STAINBACK, 1999).

Informações e experiências sintetizadas dão conta de que o desenvolvimento de algumas estratégias pode ser decisivo para criar um ambiente de colaboração considerando que cada professor tem o seu jeito de dar aulas, assim, ao recebermos um aluno com deficiência, somos estimulados a rever nossa prática e a buscar outras formas para ensinar. Nesse sentido, algumas alternativas podem ser úteis na aprendizagem colaborativa entre alunos. Inicialmente, o professor os coloca em grupos de trabalho, juntando alunos com deficiência em determinada área com alunos mais habilidosos no assunto. Na aprendizagem colaborativa, os alunos trabalham juntos para atingir determinados objetivos. A descoberta de interesses mútuos permite a eles explorar assuntos junto com colegas que têm interesses comuns. As estratégias de aprendizagem colaborativa melhoram as atitudes diante das dificuldades de colegas com ou sem deficiência e, simultaneamente, elevam a autoestima de todos (GIL, 2005).

Estratégias de aprendizagem aluno a aluno oferecem a oportunidade de compreender melhor as pessoas que, por qualquer motivo, são diferentes (maneira de vestir, crenças, língua, deficiências, raça, capacidades). Quando os alunos compreendem que todo aluno é diferente, deixam de fazer brincadeiras cruéis e podem se tornar amigos. O ensino por colegas baseia-se na noção de que os alunos podem efetivamente ensinar os seus colegas (GIL, 2005). O papel de aluno ou de professor pode ser atribuído a qualquer aluno, com deficiência ou

não, alternando-se, conforme as matérias em estudo ou atividades a desenvolver.

Alunos que representam o papel de professor podem, às vezes, ser mais eficazes que o próprio professor para ajudar a desenvolver a leitura ou ensinar conceitos de matemática. Pode ser que isto aconteça porque eles têm mais familiaridade com a matéria que está sendo ensinada, por compreenderem melhor a frustração dos colegas ou por usarem vocabulário e exemplos mais adequados à sua idade. Além disso, a aprendizagem por intermédio dos colegas pode ser, também, positiva para as crianças que ensinam, melhorando seu desenvolvimento acadêmico e social (GIL, 2005).

Estudo relatado por Machado e Almeida (2010), no qual foram observados 22 alunos do 4º ano, numa classe regular, um dos quais apresentava deficiência, possibilitou verificar que a estratégia escolhida pela professora – roda de leitura – demonstrou que os efeitos de uma prática de leitura com base no ensino colaborativo foram relevantes, por possibilitar exposições linguísticas e o desenvolvimento da esfera cognitiva, tanto do aluno com deficiência, como de todos os demais alunos.

Para Gil (2005), o apoio entre amigos da escola é uma forma específica de aprendizagem na qual o envolvimento acontece principalmente em assuntos extracurriculares. Por exemplo, um amigo pode ajudar um aluno com deficiência intelectual acompanhando-o antes e depois das aulas. Já a formação do círculo de amigos caracteriza-se em estratégia para que os alunos de uma turma recebam um novo colega com deficiência e aprendam a conhecê-lo e ajudá-lo a participar de atividades dentro e fora da escola. Inicialmente, organiza-se uma espécie de “comitê de boas-vindas”, formado por alunos que, diariamente, poderão fazer visitas para o novo colega e saber das suas experiências no novo ambiente escolar. O professor funciona como facilitador para criar o círculo de amigos, podendo dar apoio, orientação e conselhos à medida que os outros alunos da classe vão sendo agregados ao círculo inicial.

É importante deixar claro que esse grupo de amigos não é um “projeto para amigos especiais”, para alunos “coitadinhos”, nem tem a finalidade de “praticar boas ações”. Pretende, isto sim, criar verdadeiros laços de amizade que resultem num apoio real (GIL, 2005).

É possível e desejável que a composição do grupo mude, mas é comum os alunos criarem vínculos e laços prolongados de amizade. Assim, os alunos com e sem deficiência têm a oportunidade de se beneficiar desta experiência, visto que um dos objetivos é enriquecer a vida escolar de todos os alunos. Sem dúvida é enorme a capacidade dos alunos para se ajudarem uns aos outros na escola, mas

para que esta capacidade se exerça é necessário que os professores liderem o processo, encorajando-os (GIL, 2005).

O ambiente de uma classe inclusiva precisa ser rico para todos os alunos, dando-lhes a oportunidade de experimentar diferentes tipos de métodos de aprendizagem, de forma que a interação entre os alunos aconteça formal ou informalmente. Para evitar uma atitude passiva e a falta de iniciativa de alguns alunos, os professores necessitam intervir na construção de estratégias que melhorem o crescimento social positivo de cada aluno.

A experiência de aprendizagem colaborativa é vista como um elemento-chave no processo de inclusão de alunos com deficiência, porém, nas interações formais, as necessidades específicas do aluno decidirão a extensão da necessidade de colaboração. As interações informais ou interações sociais, mais comumente frequentes nas salas de aula, a estas se atribui grande importância no processo de inclusão escolar do aluno “ser aceito na comunidade social da escola” por meio de interações com os colegas e participação nas atividades regulares da escola (PACHECO et al., 2007).

Pensar e mediar estratégias pedagógicas na disponibilização do ambiente da sala de aula, propondo a organização dos grupos de alunos, incentiva a descoberta de novos colegas, fortalece laços de amizade, possibilita que os alunos convivam, que convivam com as diferenças, aprendam no grupo, possam ensinar, apoiar, ser ajudados e aprender, desenvolvendo valores e atitudes de respeito e solidariedade humana (ALMEIDA, 2011).



OS AMIGOS SÃO PARA BRINCAR E
AJUDAR

TROCANDO O ENSINO-APRENDIZAGEM COLABORATIVO EM MIÚDOS

O princípio do respeito à diversidade firmou o movimento da inclusão social. Neste enfoque, não se propõe a negação das diferenças, mas, sim, o respeito a elas. Não se propõe a igualdade massificada, mas a equidade. Não se trata de preparar para incluir, mas de incluir e transformar. Esta linha de mão dupla exige a informação e formação de todos a respeito de todos, como se dissessemos: posso conhecê-lo, preciso de você. Precisamos dialogar. (NARDI, 2007).

As evidências crescentes da importância de educar os alunos com deficiência intelectual nas escolas regulares reafirmam a necessidade de reflexão cuidadosa sobre o ensino-aprendizagem colaborativo no ambiente escolar que considere a aprendizagem um processo de construção de conhecimentos, habilidades e valores em interação com a realidade e com os demais indivíduos, no qual são colocados em uso capacidades pessoais.

A chegada à escola de um aluno com deficiência intelectual requer a atenção, a colaboração e o envolvimento de todos os segmentos de educadores no acolhimento deste aluno e da família, incluindo aqui os alunos da classe, os alunos da escola e os pais dos demais alunos da escola.

Esse aluno que chega à escola, tal como os demais alunos da escola, traz uma história de vida construída de forma singular. Conhecer aspectos peculiares e significativos da história de vida do aluno subsidia a equipe escolar no sentido de avaliar e definir objetivos e estratégias pedagógicas a serem tomadas a partir do conhecimento dos interesses dos alunos, das suas experiências anteriores, das suas aquisições, das suas dificuldades, das expectativas que a família tem em relação ao aprendizado do aluno, das expectativas da família em relação à escola.

O conhecimento do aluno, aliado à observação e registro sistemático e contínuo, permite aos professores estabelecer no ambiente de aprendizagem colaborativo a organização dos alunos em grupos, de forma que se possa intervir sob diferentes estratégias que tornem o ambiente rico, diverso, acolhedor, seguro e agradável.

O ensino-aprendizagem colaborativo possibilita perceber no outro o que ele tem de valor e perceber em si o seu valor também. Perceber que as dificuldades se apresentam para o outro e as dificuldades podem se apresentar para todos sob diferentes aspectos. Perceber que há soluções e respostas para grande parte das dificuldades, e, mais que tudo, perceber que somos parte de um todo que se completa na soma das diferenças.

Há grandes expectativas sobre como as escolas podem conseguir avançar por meio do ensino-aprendizagem colaborativo entendido como o coletivo de ações no ambiente escolar mediadas por professores reflexivos e flexíveis, responsáveis por incentivar e manter relações positivas uns com os outros.

“Quem ensina também aprende” (FREIRE, 1996). Pensamos um professor que se volta para investigar e aprender junto com seus pares e a eles aprende a apoiar e a oferecer apoio, questionando e refletindo a partir de uma posição crítica fundamentada na realidade escolar quando da elaboração do projeto pedagógico da escola com vistas à operacionalização flexível de um plano de ensino, tendo clareza de: Quais objetivos se pretende alcançar? Por quais caminhos percorrer? A partir do conhecimento do aluno o que se pretende para ele? O que a equipe docente pensa a respeito? Como a equipe escolar pode participar? Quais intervenções tornam-se necessárias a partir da discussão com os pares e com os gestores?

O ensino-aprendizagem colaborativo está relacionado com a maneira de tratar novas ideias, de implementar mudanças, com os sentimentos de integração, de solidariedade e posturas de autoavaliação, autocrítica e de competências reflexivas coletivas (MACHADO; ALMEIDA, 2010).

Na atualidade, há referencial teórico de pesquisadores (MACHADO et al.) que trazem evidências fundamentadas em experiências bem-sucedidas no modelo de consultoria colaborativa entendida por um serviço educacional especial prestado por profissionais que auxiliam o professor do ensino regular e dividem a responsabilidade para planejar, distribuir e avaliar instruções para alunos com ou sem deficiência.

Quando se trata da inclusão de alunos com deficiência, a consultoria colaborativa é vista como um processo de auxílio aos professores no sentido de ajudá-los a criar estratégias que proporcionem melhores condições de aprendizagem para os alunos com deficiência.

Para tanto (MACHADO et al.), algumas habilidades apontadas por Bradley (1994) são importantes no consultor colaborativo: comunicação, capacidade de resolução de problemas, desenvolvimento do planejamento, programas para avaliação, efetividade interpessoal, condução de entrevistas e discussões, observação, registros, serviços coordenados, interpretação dos registros, aceitação, acordo, exposição das ideias, prescrição, teoria e princípios.

O propósito da consultoria colaborativa na escola é compartilhar com a equipe escolar elementos da prática docente e da prática pedagógica fundamentadas na teorização do contexto e do programa a ser avaliado, fazendo uso de instrumentos que analisem os efeitos da intervenção a partir de alguns indicado-

res: definição e clarificação das questões, análise das várias facetas das questões, criação de estratégias alternativas, avaliação e escolha de estratégias, definição da responsabilidade do consultor colaborativo e de cada profissional envolvido, implementação de estratégias prioritárias, avaliação da efetividade das ações e, se necessário, modificação e retomada. Na operacionalização da consultoria colaborativa leva-se em conta o motivo do encaminhamento de questões, a história dos alunos envolvidos, o plano educacional de consultoria estabelecido junto aos professores (MACHADO et al.).

Os resultados que se evidenciam no trabalho compartilhado de consultoria colaborativa dão conta de que muitos dos professores se mostram disponíveis ao trabalho conjunto, mostrando-se flexíveis às sugestões, abertos ao diálogo, autorrefletindo sobre suas atitudes, procedimentos e estratégias e reconhecendo a importância de relatar os acontecimentos e reflexões por meio de registro (MACHADO et al.).

O modelo de consultoria colaborativa é praticado na rede pública estadual por meio de intervenções temáticas em atenção aos diferentes contextos das regiões do Estado de São Paulo e em atenção às diferentes dimensões da demanda de alunos. Frente a essa realidade, as consultorias colaborativas a serviço da Secretaria da Educação atuam principalmente com os líderes gestores dos diferentes segmentos educacionais, sendo estes, em efeito contínuo, os multiplicadores por meio de apoio e acompanhamento para garantir a sustentabilidade de programas e ações. No âmbito das escolas estaduais o ensino colaborativo se vê presente na atuação compartilhada do professor especializado e do professor da classe regular com intermediação do professor coordenador das escolas e com apoio e acompanhamento da equipe de educação especial regional.

Escolas da nossa rede pública estadual vêm trabalhando pressupostos do ensino-aprendizagem colaborativo podendo-se observar sensíveis efeitos de mudança de concepção revelada nas práticas educacionais diante de um fazer compartilhado, mediado por uma fundamentação teórico/prática que possibilita o desdobramento flexível e sistemático de ações que avançam gradativamente em etapas.

O discurso dos professores não é mais o da resistência e tampouco da ignorância. Os professores estão envolvidos na questão de como melhor trabalhar o seu aluno e, portanto, junto aos seus pares, passam a buscar informações que possibilitem maior compreensão das condições e necessidades educacionais específicas dos seus alunos. Há a compreensão dos professores enquanto mediadores do processo de ensino-aprendizagem colaborativo.

A atividade principal no trabalho de toda a equipe escolar se funda no ato de educar, sendo assim, o ato de ensinar e aprender deve estar presente também na relação que se estabelece com os pais na escola, de forma que estes se sintam acolhidos e importantes na escola, presente na orientação, conscientização e envolvimento dos pais na escola. Neste movimento aprendemos sobre os alunos e os pais aprendem com a comunidade escolar.

Na escola nas diversas dimensões do contexto escolar, considera-se relevante que a gestão escolar envolva de forma partilhada as lideranças de cada segmento da comunidade escolar na tomada de decisões, bem como na definição de prioridades com relação aos recursos, subsídios, apoios e adequações em atenção aos alunos com deficiência intelectual.

O trabalho colaborativo pode diminuir distinções de papéis existentes entre os profissionais envolvidos, a fim de que cada um possa fazer o melhor uso possível de seus saberes. O desafio reside, somente em definir um bom funcionamento da equipe, e melhor utilizar todos os conhecimentos existentes (MACHADO; ALMEIDA, 2010).

Numa organização escolar cuidadosa, elementos da estrutura administrativa, técnica e pedagógica lentamente vão tecendo resultando em ações operadas de forma conjunta.

Torna-se, então, necessária a definição clara de papéis entre todos os envolvidos, ou seja, uma definição clara da responsabilidade de cada um para a execução das ações propostas no Projeto Político Pedagógico da escola. Exemplificando: adequações curriculares no projeto curricular da escola devem ser planejadas por toda a equipe escolar, levando em consideração que o aluno com deficiência intelectual a cada ano estará envolvido com diferentes professores e diferentes alunos (MEC, 1998).

Então, como minimizar resistências, manejar conflitos, predispor-se para estar aberto a promover a colaboração entre todos os alunos, tenham eles ou não alguma deficiência?

Na interação, na relação entre a equipe escolar, controvérsias, concordâncias, resistências são passíveis de surgir, mas a cumplicidade, o desejo por um novo saber, o desejo por um novo fazer, o desejo de acolher os alunos com deficiência intelectual em suas aulas com competência, o estabelecimento conjunto de critérios para realizar o que é necessário, o planejamento conjunto traz para o coletivo o pensar junto na busca de soluções e respostas para a participação de todos os alunos.

Como focalizar o aluno enquanto pessoa, não o reduzindo única e exclusi-

vamente à deficiência? Como olhar além da deficiência para pensar em vantagens e possibilidades de desenvolvimento? Como sustentar o desafio de promover autonomia, independência e aceitação social de todos os alunos? (GIL, 2005).

À medida que se propaga, a educação inclusiva tem evidenciado suas vantagens pedagógicas e sociais. É uma forma muito mais efetiva de garantir o direito de crianças e jovens com deficiência a uma educação de qualidade e a uma vida autônoma e feliz. Contribui igualmente para a educação dos demais alunos, desfazendo os preconceitos, incentivando o convívio com as diferenças individuais e estimulando o aprendizado mútuo. Transforma também pais e professores, muitas vezes relutantes e apreensivos. E, por esses vários veios, ajuda a construir uma sociedade mais democrática e menos excludente (ALQUÉRES, 2005).

Olhar além da deficiência focalizando o aluno como pessoa implica reconhecer as múltiplas dimensões do sujeito e compreender que a cada aluno se deva oferecer condições para que satisfaçam suas necessidades básicas de aprendizagem, compreendidas tanto por instrumentos essenciais para a aprendizagem (como a leitura e a escrita, a expressão, o cálculo, a solução de problemas) quanto por conteúdos básicos da aprendizagem (como conhecimentos, habilidades, valores e atitudes), necessários para que os seres humanos desenvolvam plenamente suas potencialidades, vivam e trabalhem com dignidade, melhorem a qualidade de vida, tomem decisões e continuem aprendendo.

Assim, nós, educadores, ao traçarmos um caminho na perspectiva de um ensino-aprendizagem colaborativo, estaremos indo na direção de uma cultura afeta ao desenvolvimento de ações compartilhadas no âmbito de toda a escola, e fora dela também, buscando não só o valor educacional, mas o poder de restabelecer ou estabelecer oportunidades e possibilidades de interação, descobertas e desenvolvimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. Desvendando a deficiência intelectual. Entrevista a Tatiana Serra. **Revista Educação Pública**, 7 jun. 2011. ISSN 1984-6290. Rio de Janeiro: Fundação Cecierj, 2011. Disponível em: <http://www.educacaopublica.rj.gov.br/jornal/materias/0450.html>. Acesso em: 27 out. 2011.
- ALQUÉRES, H. O desafio da inclusão. In: GIL, M. (Coord.). **Educação inclusiva: o que o professor tem a ver com isso?** Rede Saci. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; Ashoka Brasil, 2005. Disponível em: http://www.imprensaoficial.com.br/PortalIO/download/pdf/projetossociais/educacao_inclusiva.pdf. Acesso em: 27 out. 2011.
- CAPELLINI, V. L. M. Avaliação das possibilidades de ensino colaborativo no processo de inclusão escolar do aluno com deficiência mental. 2004. Tese (Doutorado em Educação Especial) Universidade Federal de São Carlos. 2004.
- CARVALHO, R. E. **Educação inclusiva**. 2. ed. Porto Alegre: 1999.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- GIL, M. (Coord.). **Educação inclusiva: o que o professor tem a ver com isso?** Rede Saci. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; Ashoka Brasil, 2005.
- MACHADO, A. C; ALMEIDA, M. A. Parceria no contexto escolar: uma experiência de ensino colaborativo para educação inclusiva. **Rev. Psicopedagogia**, 2010; 27(84): 344-51.
- MACHADO, A. C; BELLO, S. F; ALMEIDA, M. A; OLIVEIRA, S. F. A influência do contexto no alcance das metas em uma proposta de consultoria colaborativa. **Rev. Educação em Questão**. Natal, v. 39, n. 25, p.131-62, set/dez.2010.
- MARQUEZINE, M. C. **Formação de profissionais professores de educação especial deficiência mental e curso de pós-graduação lato sensu: um estudo de caso**. 2006. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho, Marília, 2006.
- MEC. SEESP. **Ensaio pedagógicos: construindo escolas inclusivas**. Brasília: 2005.

_____. _____. **Educar na diversidade:** material de formação docente. 3. ed. Brasília: 2006.

_____. _____. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** adaptações curriculares/estratégias para a educação de alunos com necessidades educacionais especiais. Brasília: 1998.

_____. _____. **Saberes e práticas da inclusão.** Brasília: 2006.

MEC; UNESP. **Práticas pedagógicas inclusivas:** da criatividade à valorização das diferenças. Bauru, SP: Unesp, 2010.

NARDI, R. G. **Ressignificando a educação especial a partir da complexidade e do pensamento eco-sistêmico.** 2007. Tese (Doutorado em Educação: Currículo) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, A. A. S. **Representações sociais sobre educação especial e deficiência: o ponto de vista de alunos deficientes e professores especializados.** Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista. Marília, 2002.

_____. Estratégias para o ensino inclusivo na área da deficiência intelectual: alguns apontamentos. IV Congresso Brasileiro Multidisciplinar em Educação Especial. Londrina, 29 a 31 de outubro de 2007 (no prelo).

OMOTE, S. A integração do deficiente: um pseudoproblema? **Anais.** XXIV Reunião Anual da Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto/SP, 1994.

PACHECO, J. **Caminhos para a inclusão:** um guia para o aprimoramento da equipe escolar. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SMOLKA, A. L. B.; LAPLANE, A. L. F. Processos de cultura e internalização. **Rev. Viver Mente & Cérebro.** São Paulo: Segmento/Duetto, 2005, nº. 2. Coleção Memórias da Pedagogia: Lev Semenovich Vygotsky: uma educação dialética, p. 76-83.

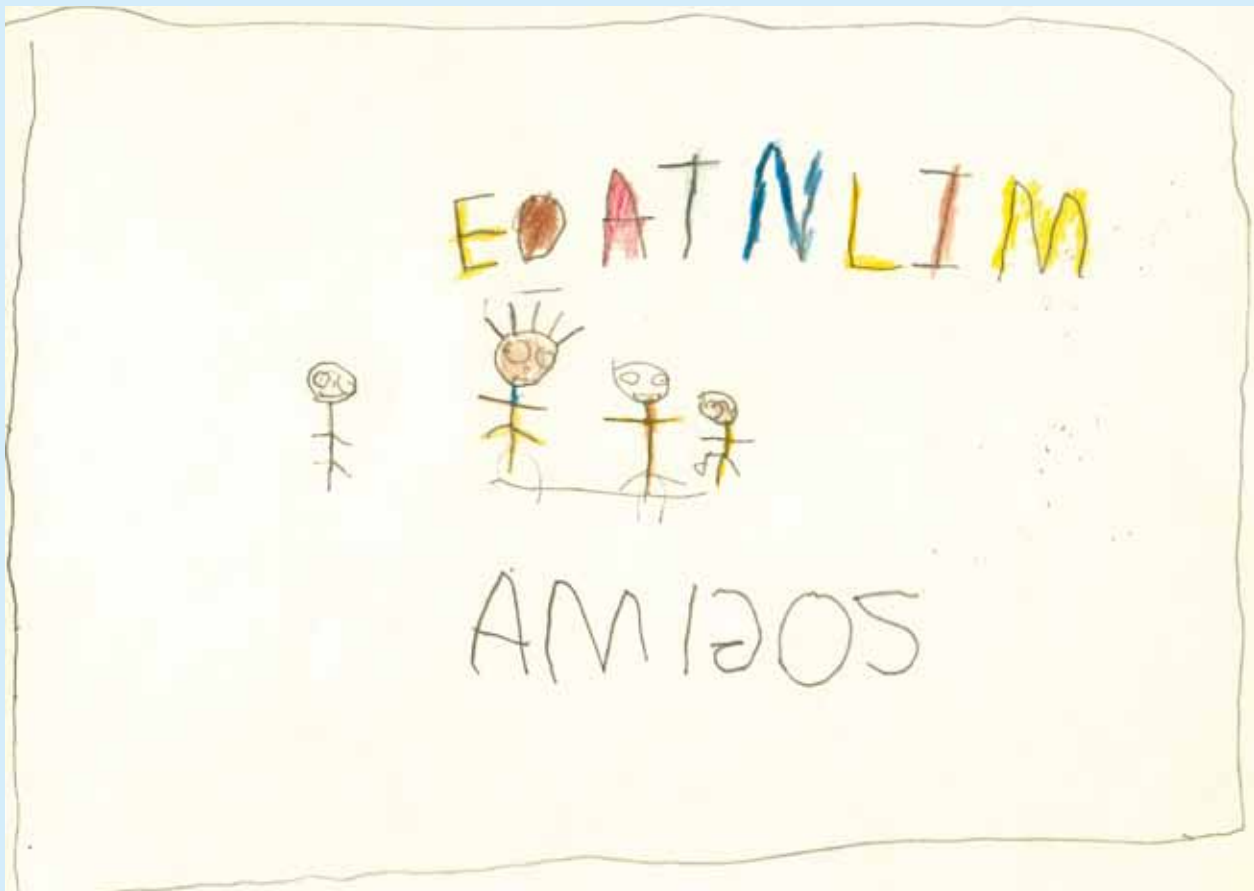
STAIMBACK, S.; STAIMBACK, W. **Um guia para educadores.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

TESSARO, N. S. **Inclusão escolar:** concepções de professores e alunos da educação regular e especial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

UNESCO. MEC. SECAD. **Educação como exercício de diversidade.** Brasília: 2005.

UNESCO. **Declaração de Salamanca.** Documento adaptado pela Confederação Mundial da Unesco sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade. Salamanca, 7 a 10 de junho de 1994. Lisboa: Ministério da Educação.

WCEFA. Conferência Mundial de Educação Para Todos. **Declaração mundial sobre educação para todos e Plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem.** Jomtien, Tailândia: março de 1990.



>> Elison Fernandes Lisboa, 15 anos. EE Carlos Estevam Aldo Martins.

OS TRANSTORNOS FUNCIONAIS ESPECÍFICOS RELACIONAM-SE COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL?

>> Denise Cintra Villas Boas e Mariângela Carvalho Dezotti

Os descompassos existentes entre o que propõe o plano escolar e a aprendizagem são apontados e nomeados, na rede regular de ensino, como “atraso escolar” ou “dificuldade de aprendizagem” ou, ainda, “transtorno de aprendizagem”. Estas manifestações não estão associadas à deficiência intelectual.

Expressões, como aspectos relacionados ao funcionamento adaptativo, às dificuldades de comunicação e aptidões escolares e limitações acentuadas no processo de desenvolvimento, encontradas na definição da deficiência intelectual, são erroneamente utilizadas para se referirem aos alunos com transtornos funcionais específicos, classificando-os com deficiência.

De acordo com a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008), entre os transtornos funcionais específicos estão: dislexia, disortografia, disgrafia, discalculia, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), sendo que este último não será abordado neste texto.

Nos contextos de ensino e aprendizagem, alguns alunos podem apresentar rendimento abaixo do esperado. Vale ressaltar que não é por meio de atribuição de rótulos que se consegue desenvolver práticas educacionais que os atendam na classe comum. É preciso compreender o que se passa na relação desses alunos com o ensino e a aprendizagem para desenvolver metodologias que possibilitem à escola esse atendimento.

O objetivo deste texto é realizar uma breve explanação sobre definições em relação à conceituação, nomenclatura, prevalência e algumas abordagens relacionadas à aprendizagem, por meio de diferentes linhas teóricas.

Vários autores versam sobre uma divisão entre os fatores envolvidos nas dificuldades de aprendizagem e problemas de aprendizagem, que resultam no mau desempenho escolar, e procuram definir e esclarecer pontos divergentes a respeito do tema, de acordo com seus enfoques, que variam do clínico ao pedagógico, e alguns destes foram selecionados.

Do ponto de vista etimológico, para Moysés e Collares (1992):

[...] a palavra distúrbio compõe-se do radical *turbare* e do prefixo *dis*. O radical *turbare* significa “alteração violenta na ordem natural” e pode ser identificado também nas palavras turvo, turbilhão, perturbar, conturbar, etc. O prefixo *dis*, por seu significado “alteração com sentido anormal, patológico”, possui, intrinsecamente, valor negativo. É exatamente por este significado que é um prefixo muito usado em terminologia médica. Assim, retomando a palavra distúrbio, pode-se *traduzi-la* por “anormalidade patológica por alteração violenta na ordem natural” (MOYSÉS; COLLARES, 1992, p. 31).

Pode-se diferenciar “distúrbios”/“transtornos” de “dificuldade”, em artigos referentes ao baixo rendimento, diante das expectativas de aprendizagem, como em Capellini (2004):

[...] sinais como redução de léxico, sintaxe desestruturada, dificuldade para processar sons nas palavras, dificuldade para lembrar sentenças ou histórias, entre outros, podem ocorrer tanto em distúrbios como em dificuldades de aprendizagem, sendo fator diferenciador a não contribuição do histórico familiar negativo somente nas crianças com distúrbios de aprendizagem.

Neste sentido, o termo dificuldade estaria mais relacionado àquelas manifestações escolares decorrentes de uma situação problemática mais geral, como, por exemplo, inadaptação escolar, proposta pedagógica e desenvolvimento emocional. A criança manifestaria, também, na escola, comportamentos sugestivos de alguma dificuldade, que não seria específica de aprendizagem (CAPELLINI, 2004, p. 6).

O *National Joint Committee for Learning Disabilities* define distúrbio de aprendizagem como:

[...] um termo geral que se refere a um grupo heterogêneo de desordens manifestadas por dificuldades significativas na aquisição e uso de audição, fala, leitura, escrita, raciocínio ou habilidades matemáticas. Estes distúrbios são intrínsecos ao indivíduo, presumivelmente devido à disfunção do sistema nervoso central, e podem ocorrer em todo o ciclo de vida. Proble-

mas na autorregulação de comportamentos, percepção social e interação social podem existir com dificuldades de aprendizagem, mas não só por se constituir uma dificuldade de aprendizagem. Apesar das dificuldades de aprendizagem poderem ocorrer concomitantemente com outras condições incapacitantes (por exemplo, deficiência sensorial, retardo mental, distúrbio emocional grave) ou com influências extrínsecas (como diferenças culturais, instrução insuficiente ou inapropriada), elas não são o resultado dessas condições ou influências (NJCLD, 1990, p. 1).

As autoras Smith e Strick (2001, p. 15) fazem referência às crianças com distúrbios de aprendizagem que parecem não apresentar problema algum, têm inteligência na faixa dos seus colegas e alcançam bons resultados em algumas áreas, mesmo que de forma excepcional. Relatam que a característica comum é o “baixo desempenho inesperado”.

Na visão de Moojen (1999), são utilizados, aleatoriamente, com o mesmo significado, os termos distúrbios, transtornos, dificuldades e problemas de aprendizagem para quadros diagnósticos diferenciados.

No que consta na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 1992), são transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares:

Transtornos nos quais as modalidades habituais de aprendizado estão alteradas desde as primeiras etapas do desenvolvimento. O comprometimento não é somente a consequência da falta de oportunidade de aprendizagem ou de um retardo mental, e ele não é devido a um traumatismo ou doenças cerebrais.

Em uma vertente psicopedagógica, de base psicanalítica, autores consideram a ausência de deficiência intelectual como fator discriminante para a classificação dos transtornos, como apontado por Paín (1980, apud FERNÁNDEZ, 2001 p. 144): “[...] O transtorno de aprendizagem é uma falha no processo de aquisição de certos conhecimentos e não dos conhecimentos em geral [...]”.

Para Fernández et al. (2010, p. 3):

[...] os transtornos da escrita são decorrentes de condições determinadas genética e neurologicamente, como os transtornos de aprendizagem específico (dislexia do desenvolvimento) e global (distúrbio de aprendizagem).

Vílchez (2007, p. 162) apresenta transtornos de linguagem *como alguns transtornos específicos dentre aqueles que afetam a comunicação humana* e os classifica como transtornos da fala, da linguagem oral e distúrbio específico de leitura e escrita. Os transtornos da fala “são alterações e/ou dificuldades que o sujeito apresenta na hora de emitir sons articulados com conteúdo significativo [...] as causas podem ser orgânicas, psíquicas, funcionais, etc.”. O autor aponta quatro subdivisões, apresentadas, aqui, de forma sucinta: *disartria* (transtorno na articulação, relacionado ao sistema nervoso e lesões que afetam a fala); *disfonia* (transtorno na emissão da voz); *dislalia* (transtorno na articulação que leva a trocas fonêmicas, ou relacionado à audição incorreta) e *disfemia* (interrupções ou repetições da fala).

Em relação aos transtornos da linguagem oral, Vílchez (2007, p. 163) conceitua a afasia, que pode ser também denominada disfasia, sob três variantes: (a) *afasia expressiva do desenvolvimento*, situação em que crianças afetadas por este transtorno esquecem palavras já aprendidas enquanto aprendem outras novas, apresentam dificuldade na organização de frases, na fonação e articulação da linguagem; (b) *afasia repetitiva do desenvolvimento*, que afeta a compreensão e o indivíduo não chega a adquirir nenhuma linguagem; (c) *afasia infantil adquirida* quando ocorre perda total ou parcial da linguagem, que já havia sido adquirida.

A definição do manual CID 10 (1992) aborda três tipos de transtornos: de leitura (dislexia), de escrita (disgrafia e disortografia) e das habilidades matemáticas (discalculia). Em qualquer dos casos, deve haver os requisitos de ausência de comprometimento intelectual, neurológico evidente ou sensorial, adequadas condições de escolarização e início situado, obrigatoriamente, na primeira ou segunda infância, para o diagnóstico do transtorno.

Segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 1992), os transtornos específicos do desenvolvimento das habilidades escolares são:

Transtornos nos quais as modalidades habituais de aprendizado estão alteradas desde as primeiras etapas do desenvolvimento. O comprometimento não é somente a consequência da falta de oportunidade de aprendizagem ou de um retardo mental, e ele não é devido a um traumatismo ou doenças cerebrais.

Para Hindson et al. (2005 apud FADINI; CAPELLINI, 2011):

Os sinais da dislexia podem ser evidenciados durante o período escolar e estes sinais se referem à: fala ininteligível; imaturidade fonológica; redução de léxico; dificuldade em aprender o nome das letras ou os sons do alfabeto; dificuldade para entender instruções, compreender a fala ou material lido; dificuldade para lembrar números e palavras em sequência; dificuldade para lembrar sentenças ou histórias; ao atraso de fala; confusão direita-esquerda, embaixo, em cima, frente-atrás (palavras-conceitos); dificuldade em processar sons das palavras e história familiar positiva de problemas de fala, linguagem e desenvolvimento da leitura (HINDSON et al., 2005 apud FADINI e CAPELLINI, 2011, p. 856).

Em termos cognitivos, um distúrbio de leitura, como a dislexia, pode ser justificado pela limitação dos mapeamentos que são estabelecidos entre a ortografia e a fonologia durante a aquisição da linguagem. Da mesma forma, os problemas de leitura em crianças com distúrbio de aprendizagem com comprometimentos mais amplos da linguagem, que se estendem além da fonologia, podem ser simulados pela redução do conhecimento semântico ao qual elas podem recorrer.

Isto posto, Shaywitz (2006) conclui que a dificuldade central da dislexia está no sistema de linguagem, mais particularmente no componente fonológico, responsável por acessar as estruturas sonoras subjacentes às palavras. Mas, também apresentam habilidades, que devem ser contempladas nas atividades de uma intervenção.

Segundo a mesma autora, a dislexia do desenvolvimento é hereditária, sendo que geneticistas demonstraram que há mais de 50% de probabilidade de um menino ser disléxico se o pai também o for, enquanto essa porcentagem cai para 40% se a mãe for disléxica.

Assim, o histórico familiar constitui-se em um dos mais importantes fatores na identificação da dislexia, pois 23 a 65% das crianças com pais disléxicos apresentaram dificuldades em leitura, evidenciando que a identificação pode ser realizada precocemente. Os genes ligados à dislexia estão localizados nos cromossomos 2, 3, 6, 15 e 18, indicando uma herança poligênica, deixando ainda incertas as diferentes manifestações cognitivas pelo fenótipo ou os subtipos de dislexia (SHAYWITZ; SHAYWITZ, 2005).

De acordo com Snowling (1998), a prevalência de ocorrência da dislexia nas primeiras séries é de 5,6%, na terceira, 7%, e na quinta é de 5,4%, sendo que ocorre maior prevalência em meninos que em meninas (4 para 1).

Por outro lado, Vílchez (2007, p. 164), ao abordar a dislexia, a descreve como um tema ambíguo, de utilização exagerada e ampla, que engloba os problemas de leitura e escrita ou problemas de aprendizagem e apresenta como sintomas característicos frequentes a omissão de letras, sílabas ou palavras; união ou separação incorreta de letras, sílabas ou palavras; confusões espaciais e auditivas; adulterações; dissociações; inversão espacial de letras; acréscimos; ritmos acelerados ao ler, compreensão leitora deficiente; grafia incorreta e/ou desordenada.

O mesmo autor conceitua a dislexia como “dificuldade na aprendizagem da leitura e escrita em sujeitos não afetados por déficits sensoriais ou mentais e com idade suficiente para a conquista dessas aprendizagens” (VÍLCHEZ, 2007, p. 164).

Para Lyon, Shaywitz e Shaywitz (2003 apud GALABURDA et al., 2006):

O sintoma que define a dislexia do desenvolvimento é uma dificuldade severa e específica durante a aquisição da leitura, que é inesperada em relação a outras habilidades cognitivas do sujeito e suas circunstâncias educacionais.

Snowling (2000) salienta que:

[...] a grande maioria das crianças disléxicas sofre no nível cognitivo do que comumente se denomina de “déficit fonológico”, ou seja, um déficit em algum aspecto da representação e processamento dos sons da linguagem.

O Transtorno Específico da Escrita, também conhecido como disortografia, é uma alteração na planificação da linguagem escrita que causa transtornos na aprendizagem da ortografia, gramática e redação, apesar de o potencial intelectual e a escolaridade do indivíduo estarem adequados para a idade (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1995).

Para reflexão do exposto, volta-se à análise dos objetivos do encaminhamento médico e da educação, frente à não aprendizagem.

O encaminhamento médico pode identificar clinicamente os distúrbios que interferem, mas é necessário que a educação trabalhe com processos de desenvolvimento histórico e social.

Ao ensinar, é necessário considerar o sujeito como referência, com seu percurso histórico, a partir das relações produzidas em casa e na escola, e no que ele tem de mais particular.

No prefácio de *Psicologia e currículo* (COLL, 1996), Lino Macedo aponta:

[...] coordenar o material possível com o estruturalmente possível. Supõe ver o “pequeno” (a realidade ou o dia a dia da sala de aula) no “grande” (o projeto curricular) [...] As referências são, uma, o estar atento às vicissitudes do próprio desenvolvimento da criança ou de seu grupo (tanto em termos psicológicos quanto epistemológicos) [...] (MACEDO, 1996, p. 20).

Em uma visão voltada à Psicologia da Educação, pode-se dizer que a interação do ser humano com o seu meio perpassa pela cultura, desde o momento do nascimento. O desenvolvimento da linguagem inicia-se logo nos primeiros contatos com a família e uma comunicação é estabelecida, por meio das interações. O conhecimento é construído e será ampliado por meio das vivências futuras, tanto em seu ambiente familiar quanto escolar:

Em se tratando de educação, trabalhar sobre o desenvolvimento potencial é o grande desafio, na medida em que atuar sobre o que o sujeito já domina é estar aquém de suas possibilidades de desenvolvimento. [...] A tarefa dos professores está em conseguir vislumbrar áreas de desenvolvimento potencial para o grupo de alunos, o que significa segui-los atentamente, observando, registrando e refletindo sistematicamente sobre as respostas que produzem, tendo em vista as solicitações advindas do ensino (CAMARGO, 2003, p. 19).

No ambiente escolar, a criança depara-se com situações diversas. Convive com uma organização de conteúdos, historicamente acumulados e culturalmente organizados, supondo-se que o ensino obrigatório adquira plena significação.

Para Ferreiro (1985) o aluno que está no processo de alfabetização pensa sobre o objeto do conhecimento, realiza a construção de hipóteses¹, no que diz respeito à leitura e escrita, e avança na construção do conhecimento, mesmo que não saiba ler e escrever, convencionalmente.

O domínio oral da criança não garante que ela identifique os aspectos fonológicos relacionados ao momento da leitura e da escrita (FERNANDÉZ et al., 2010). Estas situações didáticas envolvem o conhecimento que os alunos possuem previamente e os reorganizam em formatos educacionais planejados, definidos.

A partir de uma visão cognitiva da leitura e escrita, Mousinho (2010) relata:

A leitura é fundamental para o desenvolvimento humano. Para que transcorra tranquilamente, necessita de alguns requisitos. Pelo menos nos primeiros anos, a compreensão depende da fluência (com uma velocidade

1 >> Segundo Ferreiro (1989, p. 24): “Utilizamos o termo *hipótese* em sentido amplo, para se referir a ideias ou sistemas de ideias elaborados por crianças a fim de explicar a natureza e o modo de funcionamento de um determinado objeto desconhecido. Naturalmente, crianças pequenas não utilizam estas ideias como hipóteses no sentido exato do termo”.

que não favoreça muitas segmentações), assim como da qualidade da leitura em termos de exatidão (precisão, ler as palavras corretamente, sem adivinhações ou trocas). Mas não é só: para compreender é importante extrair significado, correlacionar ao conhecimento de mundo, realizar interferências, habilidades que devem estar presentes também na língua oral (MOUSINHO, 2010, p. 10-1).

E é na escola, em decorrência da estimulação, do domínio do código linguístico e dos programas de ensino, que surgem os “problemas de aprendizagem”, as indagações sobre o potencial intelectual do aluno.

A este respeito, Chabanne (2006) afirma:

[...] quando nos propomos a abordar as *dificuldades escolares*, entramos num campo que inclui vários tipos de dificuldades: aquelas que são específicas do aluno, aquelas que ele pode ter ao perceber que está com dificuldades e também as que a escola cria, e até mesmo organiza enquanto sistema (CHABANNE, 2006, p. 14-5).

O que se observa é que as dificuldades frente à aprendizagem podem fazer parte do processo de aquisição e desenvolvimento de linguagem, sem que necessariamente precisem ser apontadas como distúrbios ou deficiências.

Nos relatos de pais e professores, a dificuldade em relação à aprendizagem é apontada com frequência na relação do aluno com as atividades escolares. As manifestações de dificuldades no aprendizado da leitura e da escrita surgem na relação com os conteúdos curriculares, no processo de alfabetização, e são percebidas e relatadas, muitas vezes, pelo próprio professor. Durante o processo de alfabetização, o aluno desenvolve formas para mediação de significados e ajustes entre os erros e acertos e “[...] diante desse desafio o alfabetizando estabelece hipóteses de escritas, as quais vão sendo superadas paulatinamente, à medida que ele reflete sobre o sistema de escrita” (FERREIRO, 1999).

Quando, no registro da escrita, as dificuldades são tomadas como erro, quando a demora para a realização das atividades de leitura e escrita fogem ao padrão de parâmetro do grupo, inicia-se um processo de busca das possíveis causas do mau desempenho.

A área médica pode apontar o que ocorre com o aluno clinicamente, mas os caminhos de reflexão sobre as formas de aprendizagem devem ser um percurso repensado pela escola. Segundo Guarido e Voltolini (2009):

Os profissionais das escolas parecem também esperar que um diagnóstico proferido por um especialista permita encontrar a metodologia de ensino correta para, enfim, fazer sair da ignorância e da inadequação as crianças e jovens que têm diante de si.

O trabalho deve apoiar o aluno desenvolvendo reflexão sobre os processos de leitura e escrita. Segundo Zorzi (1998), os distúrbios podem estar associados a processos frágeis de práticas pedagógicas e metodologias de alfabetização que não proporcionam reflexão sobre o sistema de escrita e utilizam procedimentos de correção e ensino eficazes da escrita, estas acabam por manter os alunos em situação de desconhecimento da ortografia.

A escola deve potencializar mecanismos para desenvolver estratégias e conteúdos e alavancar as aprendizagens de alunos que apresentam transtornos funcionais específicos. Há a importância da ressignificação dos seus valores e propostas, reestruturação e adequação da organização e da avaliação e oferecer condições adequadas para o atendimento desse alunado.

As orientações para o trabalho conjunto podem reforçar as ações voltadas ao desenvolvimento da atenção, organização espacial, jogos e atividades verbais e motoras, entre outras.

García (1998, p. 141-2), ao abordar o currículo, apresenta o Programa Curricular Básico Espanhol, que desenvolve um roteiro para estratégias de adaptações curriculares, realizadas em cinco perguntas, para apoio de tomada de decisões e em relação aos elementos básicos do currículo (adaptado de MEC, 1992):

1. O que é exatamente que o aluno não consegue fazer? – *Que ensinar* (objetivos).
2. Qual é o ponto de partida para ajuda? – Avaliação inicial (Competência curricular. Estilo de Aprendizagem).
3. Qual é o primeiro passo, na sequência das aprendizagens, que conduz à consecução do objetivo? – *Quando ensinar* (sequência das aprendizagens).
4. Quais são as decisões metodológicas mais adequadas para o aluno? – *Como ensinar* (Opções metodológicas. Programa de atividades de aprendizagem).
5. A ajuda dada ao aluno permitiu-lhe alcançar o objetivo? Sim: Volta ao 3. Não: Revisa decisões. – *Avaliação somatória* (grau de aprendizagem) (MEC, 1992, p. 25-7).

Sobre a avaliação das dificuldades de aprendizagem, Dockrell e McShane (2000) apontam que:

[...] tradicionalmente este processo está centrado na criança e que o mesmo envolve quatro possíveis fatores contribuintes para problemas de leitura e os níveis potenciais de investigação do problema: verificar a adequação do material de leitura (professor e aula), verificar questões ligadas à equipe de ensino (organização da escola), dificuldade de codificar letra para sons (criança), falta de experiência com a leitura (relação casa e escola). (DOCKRELL; MCSHANE, 2000, p. 35)

O processo de avaliação, em geral, engloba a observação das habilidades cognitivas da criança e de suas aquisições acadêmicas. “[...] Na situação clínica ou educacional, a avaliação cumpre mais duas funções: fornece o embasamento empírico para o diagnóstico diferencial e destaca as áreas para intervenção” (DOCKRELL e MCSHANE, 2000, p. 36).

Para os casos de transtornos funcionais específicos, dislexia, disortografia, disgrafia, discalculia, são previstas entrevistas com pais e observação pedagógica do professor, com o foco principal nos procedimentos de leitura e escrita, aquisição da língua oral e escrita, produção, cálculos, entre outros, e a avaliação de equipe multidisciplinar.

Nas perspectivas das linhas teóricas, destaca-se que, em nenhuma das apresentadas, a deficiência intelectual aparece como discriminante e que não há associação direta entre transtornos funcionais específicos e deficiência intelectual. Neste capítulo, as definições e conceituações de deficiência intelectual não são abordadas, pois foram apresentadas nos capítulos anteriores.

Os processos de avaliação, assim como as dificuldades na aprendizagem, podem se refletir na família e gerar grandes expectativas em relação ao desempenho escolar dos filhos.

Assim, atitudes desenvolvidas em parceria, entre família e escola, devem potencializar situações de apoio ao aluno, para que ele possa ser compreendido e atendido por meio de atividades de reforço positivo diante dos acertos e das aprendizagens (GONZÁLEZ, 2007).

O diagnóstico médico/clínico não é papel da Educação e, apesar de relevante, o professor deve focar sua atenção pedagógica no processo ensino-aprendizagem do aluno.

O papel do professor, como mediador, desencadeará discussões conceitu-

ais e implicações na prática pedagógica. A partir do referencial teórico, poderá identificar analisar, discutir e executar as ações pedagógicas de forma adequada e efetiva.

Em vista do apresentado, as dificuldades e os problemas de aprendizagem, além dos problemas sociais, não devem ser associados ou confundidos com deficiência intelectual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1995.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva**. 2008. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2011.

CAMARGO, F. A psicologia de Lev S. Vygotsky: uma visão pedagógica. In: FREIRE, M.; DAVINI J.; CAMARGO F.; MARTINS M. C. (org.). **Grupo – indivíduo, saber e parceria: malhas do conhecimento**. São Paulo: Espaço Pedagógico, 2003.

CAPELLINI, S. A. **Problemas de aprendizagem relacionados às alterações da linguagem**. 2004. Disponível em: <fsmorente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/lisboa/capellini/capellini.htm>. Acesso em: 14 abr. 2011.

CHABANNE, J-L. **Dificuldades de aprendizagem**. Um enfoque inovador do ensino escolar. São Paulo: Ática, 2006, 160 p.

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 1992. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>. Acesso em: 20 maio 2011.

COLL, C. **Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar**. São Paulo: Ática, 1996.

DOCKRELL, J.; McSHANE, J. Avaliação das dificuldades de aprendizagem. In: _____. **Crianças com dificuldades de aprendizagem: uma abordagem cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

FADINI, C. C.; CAPELLINI, S. A. Eficácia do treinamento de habilidades fonológicas em crianças de risco para dislexia. **Rev. CEFAC**, 2011, set. - out.; 13(5):856-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011005000025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 nov. 2011.

FERNÁNDEZ, A. Y. et al. Avaliação e intervenção da disortografia baseada na semiologia dos erros: revisão da literatura. **Rev. CEFAC** [online]. 2010, vol. 12, n. 3, p. 499-504. Epub June 11, 2010.

FERREIRO, E. **Alfabetização em processo**. Trad. Marisa do Nascimento Paro e Sara Cunha Lima. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. **Reflexões sobre alfabetização**. São Paulo: Cortez/Autores Associados, 1985.

_____. **Psicogênese da língua escrita**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

GARCÍA, J. N. **Manual de dificuldades de aprendizagem**: linguagem, leitura, escrita e matemática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GONZÁLEZ, E. **Necessidades educacionais específicas**. Porto Alegre: Art-med, 2007.

GUARIDO, R.; VOLTOLINI, R. O que não tem remédio, remediado está? **Educ. Rev.** [online]. 2009, vol. 25, n. 1, p. 239-63.

HINDSON, B.; BYRNE B.; FIELDING-BARNSLEY, R.F.; NEWMAN C.; HINE, D.W. Assessment and early instruction or preschool children at risk for reading disability. *J.Educ.Psyc.* 2005; 97(4):687-704. In: FADINI, C. C.; CAPPELLINI, S. A. Eficácia do treinamento de habilidades fonológicas em crianças de risco para dislexia. **Rev. CEFAC** [online]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/93-10.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2011.

LYON, G.R.; SHAYWITZ, S.E.; SHAYWITZ, B.A. A definition of dyslexia. *Annals of dyslexia*. 2003. In: GALABURDA, A. M. et al. La dislexia del desarrollo: gen, cerebro y cognición. **Psykhé**, Santiago, v. 15, n. 2, nov. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000200001&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2011.

MACEDO, L. Prefácio. In: Coll C. **Psicologia e currículo**: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar. São Paulo: Ática, 1996.

MEC – Ministerio de Educación. Educación Infantil y Primaria. Madrid. 1992. In: GARCIA, J. N. **Manual de dificuldades de aprendizagem**: linguagem, leitura, escrita e matemática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

MOOJEN, S. Dificuldades ou transtornos de aprendizagem? In: RUBISTEIN, E. (Org.). **Psicopedagogia**: uma prática, diferentes estilos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

MOUSINHO, R. Aprendizagem escolar e suas dificuldades. In: _____. O desafio de educar: lidando com os problemas na aprendizagem e no comportamento. Rio de Janeiro. **Revista Sinpro**, 2010; 5:10-1.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. **Cadernos CEDES**, n. 28, Campinas: Papirus, 1992, p. 31-47.

NJCLD – National Joint Committee for Learning Disabilities. 1990. Disponível em: <<http://www.ldonline.org/about/partners/njclld/archives>>. Acesso em: 18 maio 2011.

PAÍN S. Seminário Jornadas de E.Psi.B.A. Buenos Aires, 1980. In: FERNÁNDEZ A. Y. **Os idiomas do aprendente**: análise das modalidades ensinantes com famílias, escolas e meios de comunicação. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SHAYWITZ, B. A., SHAYWITZ, S. E. Dyslexia (Specific Reading Disability). **Biol Psychiatry**, n. 57, p. 1301-9, 2005.

SHAYWITZ, S. **Entendendo a dislexia**: um novo e completo programa para todos os níveis de problemas de leitura. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SMITH, C.; STRICK, L. O que são dificuldades de aprendizagem? In: _____. **Dificuldades de aprendizagem de A a Z**. Um guia completo para pais e educadores. Porto Alegre: Artmed, 2001.

SNOWLING, M. J. Dyslexia as a phonological deficit: evidence and implications. **Child Psychology & Psychiatry Review**, v. 3, n. 1, 1998.

_____. **Dyslexia**. Oxford: Blackwell, 2000.

VÍLCHEZ, L. F. Transtornos do pensamento e da linguagem: tratamento educacional. In: GONZÁLEZ, E. **Necessidades educacionais específicas**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

ZORZI, J. L. **Aprender a escrever**: a apropriação do sistema ortográfico. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ESCOLA



PAULO

>> Paulo Ricardo Horas Lima, 13 anos. EE Dona Rosaria Isolina de Moraes.

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL: DA FAMÍLIA À ESCOLA

>> Denise Rocha Belfort Arantes e Danilo Namó

A espera pela chegada de um bebê é um momento marcante na vida de todo ser humano. Durante a gravidez, a mãe desenvolve uma imagem ideal para seu futuro bebê (KLAUS; KENNEL, 1993), constrói sonhos e fantasias em torno desse filho, projetando um pouco de si e criando expectativas sobre o lugar que ele irá ocupar no seio dessa família (PANIAGUA, 2004).

No entanto, se esse bebê nasce com alguma doença congênita ou deficiência, a adaptação e a constituição do vínculo por parte dos pais torna-se muito difícil, pois esse filho é encarado como uma “deformação” da criança sonhada, fazendo-os se questionarem sobre sua competência para gerar um filho saudável.

Esse acontecimento pode criar um sentimento de culpa na família, pois alguns podem sentir isso como um castigo (KLAUS; KENNEL, 1993 E PANIAGUA, 2004). A partir de então a família passará a se preocupar com o presente e o futuro desse filho e essa preocupação varia de acordo com o desenvolvimento da criança, as condições ambientais e os recursos disponíveis (PANIAGUA, 2004).

Os pais precisam elaborar a perda do filho ideal para estabelecerem o vínculo afetivo com o real. Diante desse bebê, que é um agente de frustração, o luto do filho idealizado será mais difícil e, algumas vezes, impossível. Esse nascimento desencadeia uma crise familiar, sendo necessária uma adaptação a essa situação, que pode não ocorrer de maneira plena. A família é afetada de forma material, emocional e nas suas relações sociais (FAVARATO, 1990).

Esse processo de aceitação assemelha-se aos estágios do luto descritos por Elisabeth Kübler-Ross (1991), a partir de uma pesquisa realizada com pacientes terminais. Na situação do nascimento de um filho com alguma deficiência, houve uma perda real: a do filho tão sonhado.

Segundo a autora, a perda do ente amado gera sentimentos que podem ser divididos em cinco estágios (estágios do luto), que serão descritos a seguir. Vale

ressaltar que alguns desses estágios podem ocorrer de forma simultânea e que se considera saudável que a pessoa possa viver cada estágio em sua completude, tendo tempo e apoio para lidar com cada um deles.

1. Negação e isolamento: O primeiro deles constitui-se por uma negação inicial, completa ou parcial, a uma notícia catastrófica, podendo vir acompanhada de certo isolamento e “funciona como um para-choque [...] deixando que a pessoa se recupere com o tempo, mobilizando outras medidas menos radicais” (KÜBLER-ROSS, 1991, p. 50). Frase: “Não, não é verdade, isso não pode acontecer comigo!” (KÜBLER-ROSS, 1991, p. 61).

2. A raiva: Quando não há mais como manter o estágio da negação e a pessoa consegue falar sobre aquele evento traumático, ela passa a nutrir sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento. Estes sentimentos podem ser direcionados a qualquer pessoa ou situação e sem uma razão específica, tornando muito difícil a todos os envolvidos lidarem com a situação. A pessoa se revolta contra Deus e as pessoas que a cercam. Frase: “Por que eu?” (KÜBLER-ROSS, 1991, p. 61).

3. Barganha: Nesse estágio a pessoa se dá conta de que sua raiva não evitou o desfecho previsto e, com isso, ela tenta negociar, fazendo uso de um bom comportamento. Frase: “Se Deus decidiu levar-me desse mundo e não atendeu a meus apelos cheios de ira, talvez seja mais condescendente se eu apelar com calma” (KÜBLER-ROSS, 1991, p. 91).

4. Depressão: Esse estágio decorre das inúmeras perdas físicas e materiais às quais a pessoa está sujeita devido ao evento catastrófico cujo desfecho se aproxima e pode ser caracterizado como preparatório. É considerado um estágio benéfico, por ser o primeiro passo para a aceitação.

5. Aceitação: Nesse estágio “é como se a dor tivesse esvanecido” (KÜBLER-ROSS, 1991, p. 120) e a pessoa, após ter lidado com sentimentos de negação e raiva, conseguirá encontrar a paz e a aceitação diante da notícia inicial. Nesse período, a família precisará de apoio e compreensão, pois, após passar pelos estágios do luto diante da notícia da deficiência de seu filho, poderá enfrentar os desafios que a esperam para que ele possa, de fato, ser incluído na sociedade e tenha seus direitos garantidos.

Essa compreensão sobre o luto diante da perda do filho idealizado se faz necessária, pois a família constitui o primeiro universo de relações sociais da criança e a forma com que lida com a presença desse filho, que demandará, em

muitos casos, maiores cuidados por toda a vida, marcará profundamente suas possibilidades de desenvolvimento.

Muitas famílias conseguem atingir um bom nível de adaptação e os pais passam a valorizar sua experiência em ter um filho com deficiência como algo positivo, acompanhando todas as atividades realizadas e valorizando cada conquista desse filho (PANIAGUA, 2004, p. 331).

Em outros casos, a família não consegue assumir seu papel diante dessa criança, muitas acabam se desestruturando com o abandono, em alguns casos, do lar, por parte do pai, e a escola acaba transformando-se nesse primeiro universo estruturado de relações sociais, assumindo um papel que vai muito além de aspectos educacionais. O professor, então, se depara, constantemente, com essa situação em sala de aula.

De certa forma, a escola também vivencia um luto diante da perda do aluno idealizado ao receber uma criança com deficiência e precisa superar a negação, a raiva e os diversos sentimentos mobilizados no momento em que essa criança adentra a escola para poder oferecer a ela condições de igualdade no acesso a um ambiente estimulante e de aprendizagem.

Essa garantia de acesso requer o rompimento das barreiras arquitetônicas e atitudinais, só assim esse aluno terá garantido seu direito a uma educação de qualidade. Nesse sentido, cabe ressaltar que esse aluno não deve estar na escola apenas para a socialização, pois, segundo Mantoan e Prieto (2006, p. 60), “escola é espaço de aprendizagem para todos”, sendo necessário vencer essa ideia errônea de que uns vão para aprender e outros, para se socializar.

Segundo a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, elaborada pelo MEC em 2008,

A educação inclusiva constitui um paradigma educacional fundamentado na concepção de direitos humanos, que conjuga igualdade e diferença como valores indissociáveis, e que avança em relação à ideia de equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, o projeto político pedagógico da escola deve abranger a realidade do local onde está inserida e precisa contemplar essas necessidades anteriormente citadas. Sendo assim, é fundamental que se consiga determinar de maneira precisa os alunos que são, de fato, público-alvo da educação especial e precisam do apoio de um professor especializado no contraturno por meio dos

Serviços de Apoio Pedagógico Especializados (SAPes) na área da deficiência intelectual, para que não se incorra no erro de matricular alunos sem deficiência em salas de recursos ou classes regidas por professor especializado devido a questões sociais ou de falta de um ambiente estimulador em suas famílias.

Problemas sociais e de aprendizagem enfrentados por alguns alunos não podem ser confundidos com deficiência intelectual para que não haja encaminhamento inadequado para o atendimento especializado nos SAPes, uma vez que esses alunos devem receber complementação de estudos por meio de programas de recuperação e reforço, que não são finalidade do atendimento educacional especializado. Esse assunto é melhor abordado no capítulo 5.

Na rede estadual de ensino de São Paulo cabe ao professor especializado em deficiência intelectual realizar a avaliação pedagógica dos alunos e esses são indicados pelo professor de classe comum. Para essa indicação de avaliação, o professor do ensino comum pode observar sinais que o auxiliarão a identificar se esse aluno possui características de deficiência intelectual sendo, portanto, candidato a frequentar uma sala de recursos:

- > Dificuldade de compreensão, análise e síntese e retenção das informações
- > Dificuldade de explorações espontâneas
- > Dificuldade em aprender (essa constatação deve ser feita somente quando o professor esgotar todos os recursos e estratégias e o aluno não aprendeu)
- > Dificuldade para utilizar e relacionar informações
- > Dificuldade de resolução de problemas (solução própria da faixa etária)
- > Dificuldade de compreensão de comandos
- > Dificuldade em expressar de maneira lógica ideias e pensamentos.

É relevante ressaltar que, pedagogicamente, as características acima listadas não devem ser consideradas de forma isolada, sendo preciso que haja uma combinação de algumas delas, por isso, para que um aluno seja caracterizado como tendo deficiência intelectual, é preciso que haja um processo de observação rigoroso, com registros periódicos e o auxílio do professor especializado nessa avaliação pedagógica (conforme capítulo 7).

O contato com a família desse aluno é, também, muito importante para que se conheça a realidade na qual ele está inserido nos momentos em que não está na escola.

Após a conclusão da avaliação pedagógica desse aluno (que é norteadada pelo Anexo I da Resolução SE nº 11/08, alterada pela Resolução SE nº 31/2008), é necessário considerar que a escola não se constitui apenas em um espaço de

socialização para ele, mas fundamentalmente precisa atuar no desenvolvimento de suas habilidades e competências, estimulando suas potencialidades. A escola é lugar de aprender, não sendo diferente para esses alunos.

O professor não pode perder de vista que sua função não é somente reproduzir conhecimentos elementares lançando mão de receitas prontas. Ele precisa assumir uma posição de “cientista”, buscando criativamente alternativas que dizem respeito aos objetivos educacionais que se pretende alcançar com cada aluno. Para isso, ele deve levar em consideração o objetivo da proposta pedagógica construída para cada aluno, como alcançá-lo e “conhecer suficientemente as leis do desenvolvimento mental para encontrar os métodos mais adequados ao tipo de formação educativa desejada” (PIAGET, 1985, p. 19).

Sobre o desenvolvimento mental, Jean Piaget (1985) descreveu quatro períodos que ele considerou como fundamentais, sendo eles:

- > **Sensório-motor** (sensório-motriz): primeiro período do desenvolvimento, em que a criança utiliza como instrumentos somente as percepções e os movimentos corporais, sem ser capaz de produzir qualquer representação ou pensamento. É uma inteligência inteiramente prática (p. 37).
- > **Pré-operatório**: ocorre aproximadamente a partir dos 2 anos de vida da criança e dura até aproximadamente os 7 ou 8 anos. É marcado pela formação da função simbólica ou semiótica. Permite representar os objetos ou acontecimentos atualmente não perceptíveis, invocando-os por meio de símbolos ou de sinais diferenciados: jogo simbólico, imitação diferenciada, imagem mental, desenho e, principalmente, a linguagem (p. 40).
- > **Operações concretas**. Essa fase inicia-se aos 7 ou 8 anos e dura até, aproximadamente, os 10 ou 11 anos de idade. As interiorizações, coordenações e descentralizações crescentes conduzem a uma forma geral de equilíbrio, constituindo a reversibilidade operatória (inversões e reciprocidades). Há, dessa forma, a formação das operações: reuniões e dissociações de classes, fontes da classificação; encadeamento de relações, fontes da seriação; correspondências; sínteses das inclusões de classes e ordem serial. No entanto, essas múltiplas operações nascentes incidem sobre os objetos e não pelas hipóteses anunciadas verbalmente sob a forma de proposições (ensino concreto); além disso, procedem por aproximação, em oposição às futuras operações combinatórias e proporcionais (p. 40).

- > **Operações formais:** ocorre a partir dos 11 ou 12 anos e é a última das fases descritas por Piaget. É a conquista de um novo caráter de raciocínio que não incide somente sobre os objetos e as realidades diretamente representáveis, mas, também, sobre as hipóteses. Isto é, sobre as proposições de que é possível tirar as necessárias consequências sem decidir sobre sua verdade ou falsidade antes de se ter examinado o resultado dessas implicações.

Quando se trata de alunos com algum tipo de necessidade educacional especial, pode haver alguma diferença no desenvolvimento dos períodos descritos acima. No entanto, eles ocorrem e podem ser plenamente explorados para o desenvolvimento de um processo de ensino-aprendizagem efetivo para esse público. Essa é uma prerrogativa da escola que pretende ensinar a todos o que cada um tem de melhor a oferecer e a aprender.

Segundo Fierro (2004), o déficit da pessoa com deficiência intelectual parece se relacionar com dificuldades de generalização e transposição de conhecimentos de uma situação para outra. Sendo assim, é possível afirmar que uma criança com deficiência intelectual terá dificuldades em ultrapassar a fase das operações concretas descrita por Piaget.

“É certo que trocas deficitárias entre o sujeito e o meio, desde os primeiros tempos de vida, retardam e mesmo impossibilitam os deficientes de atingirem as formas mais complexas de pensamento” (MANTOAN, 1992, p. 108). No entanto, não podemos negar-lhes todas as condições para que desenvolvam plenamente suas habilidades e competências.

A concepção atual de escola deve ser inclusiva e escola inclusiva é aquela em que todos estão conscientes das necessidades dos alunos nela matriculados e que possui um projeto político pedagógico que contemple essa diversidade.

É muito importante que os professores tenham orientações claras e precisas sobre como lidar com uma criança com deficiência, sendo fundamental que não sintam receio em estar com elas em suas classes comuns. O primeiro passo para que ocorra uma inclusão efetiva é a aceitação do outro como diferente.

A sociedade contemporânea supervaloriza a capacidade de aprendizagem e, dessa forma, aquele que tem dificuldades e não responde ao “considerado normal” corre o risco de ficar à margem. No entanto, quando são dadas as oportunidades adequadas, as pessoas com deficiência intelectual demonstram plena capacidade de expressar seus sentimentos, acumular conhecimentos formais e informais, refletir sobre sua vida e verbalizar seus desejos, motivações, anseios e planos para o futuro.

Um dos aspectos que possivelmente contribua para a insegurança e consequente afastamento do professor “não-especializado” do contato com o aluno com deficiência intelectual é “[...] a visão simplista de que os comportamentos inapropriados ou imaturos que estas pessoas exibem são resultado direto de sua deficiência cognitiva ou neurológica” (GLAT, 1999).

Smith (2008, p. 29) reforça essa ideia ao mencionar que “a maneira como as pessoas são tratadas pode limitar sua independência e suas oportunidades”.

Sendo assim, os comportamentos inapropriados muitas vezes apontados pelos pais e professores podem não decorrer da deficiência em si, mas do contexto familiar e social desse indivíduo.

Cabe ressaltar que esses alunos precisam participar da escola e da sociedade, sendo respeitados em suas diferenças, não podendo ser vistos somente como pessoas dependentes e incapazes. Eles necessitam de uma proposta educacional adequada às suas necessidades e que leve em conta suas potencialidades e, na medida em que o professor oferece estratégias que promovam seu crescimento interno, sua autonomia e sua independência, esse educando passa a ter condições de conviver igualmente na sociedade, exercendo seu direito de cidadão.



>> Thainá de Lima Lessa, 16 anos. EE Batuíra.

Muitas vezes, a imaturidade presente na vida dessas pessoas decorre não só de seu nível intelectual, “mas da infantilização e da superproteção com que elas costumam ser tratadas durante toda a vida” (GLAT, 1999). É muito comum ouvirmos professores e familiares se referirem a esses alunos, mesmo adolescentes ou adultos, como crianças e tomando decisões e fazendo escolhas por eles, acreditando que não serão capazes de vivenciar as experiências inerentes à sua faixa etária. Essas atitudes superprotetoras tiram da pessoa com deficiência intelectual a possibilidade de desenvolverem ao máximo sua autonomia e independência.

É muito comum observarmos no discurso de pais, educadores e profissionais a ideia errônea de que “os comportamentos sexuais na pessoa com deficiência mental são aberrantes e decorrem do quadro orgânico da deficiência mental” (MAIA, 2006, p. 91). Há uma negação da sexualidade dessas pessoas por estar presente no senso comum uma ideia forte de que elas serão eternas crianças, esquecendo-se de que seu desenvolvimento biológico e maturacional ocorrerá como em qualquer outro jovem e adulto.

Hoje sabe-se que

as possíveis limitações e comportamentos inadequados resultam principalmente dos processos de educação e socialização diferenciados, que não ensinam nem preparam a pessoa deficiente para adequar suas manifestações sexuais e para entender sua própria sexualidade nas relações sociais existentes (MAIA, 2006, p. 91-2).

Sendo assim, a escola passa a ser um ambiente em que tais questões podem e devem ser tratadas de forma clara e objetiva com todos os alunos e isso não pode excluir os que possuem deficiência intelectual.

O trabalho com o aluno com deficiência intelectual pode ser estressante, pois impele o professor a romper com a ideia de uma escola “tradicional” que objetiva a transmissão vertical de conhecimentos por meio de receitas prontas. Assim, ele se vê diante do desafio constante de reconstruir sua prática pedagógica e isso pode gerar certa frustração, pois os resultados alcançados nem sempre são os esperados, levando-o a modificar seus objetivos e estratégias de ensino.

Essa frustração pode ser gerada pela definição de objetivos irrealistas e do sentimento dos professores de onipotência profissional frente a seus alunos.

Por isso, diria até que o trabalho com o deficiente tem um efeito terapêutico-educacional, pois nos obriga, por um lado, a tomar consciência de

nossos limites, e, por outro, nos impele a ter que constantemente romper com estes limites e ampliar nossa habilidade e conhecimento profissional (GLAT, 1999).

É importante que haja algumas estratégias que auxiliem o professor não-especializado na construção de uma rotina de desenvolvimento pedagógico e social de seus alunos que possuam alguma necessidade educacional especial. Essa rotina proporcionará um sentimento de segurança e de pertencimento propícios para seu processo de aprendizagem.

Algumas dessas estratégias para o professor seguem abaixo:

- > Tratar o aluno de maneira natural, não adotando atitudes superprotetoras, infantilizadas ou de rejeição;
- > Respeitar sua idade cronológica, oferecendo atividades compatíveis relacionadas ao que está sendo ensinado aos demais alunos;
- > Incentivar a autonomia na realização das atividades;
- > Estabelecer objetivos, conteúdos, metodologia, avaliação e temporalidade de acordo com a necessidade do aluno;
- > Dividir as instruções em etapas, olhando nos olhos do aluno;
- > Respeitar o ritmo de aprendizagem, oferecendo desafios constantes;
- > Repetir as instruções/atividades em situações variadas, de forma diversificada;
- > Estabelecer uma rotina na sala de aula, dizendo o que e como vai acontecer;
- > Estabelecer regras junto com o grupo de alunos, procurando ressaltar as qualidades de cada;
- > Reforçar os comportamentos adequados;
- > Apresentar os espaços físicos construindo referências que os tornem mais familiares.

O professor não deve perder de vista que ele é o referencial da classe e que possui o *status* de autoridade máxima perante seus alunos. Essa autoridade se dá pelo fato de ser o professor e por ser um adulto diante de crianças. No entanto, tal autoridade e referência se constrói no dia a dia da sala de aula, quando os alunos irão respeitá-lo à medida que são respeitados por ele.

Quando se estabelece um vínculo de respeito recíproco entre professores e alunos cria-se um ambiente propício para a formação de pessoas capazes de refletir sobre a realidade onde vivem e, portanto, modificá-la.

A escola inclusiva almeja a constituição de cidadãos autônomos, tendo eles deficiências ou não; dessa forma, esse objetivo se estende às pessoas com deficiência intelectual, que merecem fazer parte do contexto social, tendo garantidos todos os direitos de acesso e participação ativa na escola e em todos os espaços sociais sendo respeitados em suas possibilidades.

Sabe-se que a construção dessa sociedade não está pronta (e talvez nunca esteja), mas largos passos têm sido dados nesse sentido, já que há enormes esforços e resultados positivos no sentido de respeitar e valorizar as diferenças. Isso fica claro no preâmbulo da “Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência”, promulgada pela ONU em 2006 e ratificada no Brasil em 2008:

n. Reconhecendo a importância, para as pessoas com deficiência, de sua autonomia e independência individuais, inclusive da liberdade para fazer as próprias escolhas.

Dessa forma, reconhece-se, para as pessoas com deficiência, a importância do incentivo à sua autonomia e independência, que lhe permitam a liberdade para fazer as próprias escolhas, resultando, assim, na construção contínua de uma sociedade que possa acolher a todos sem distinção e sendo, de fato, inclusiva. A família, a escola e a sociedade, de forma geral, exercem um papel fundamental na construção dessa sociedade que queremos.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Educação e da Cultura. *Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva*. Brasília: MEC/SEESP, 2008.

CASTRO, E. K. & PICCININI, C. A. Implicações da doença orgânica crônica na infância para as relações familiares: algumas questões teóricas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3), 625-35, 2002.

FAVARATO, M. E. C. S. Aspectos psicológicos da criança portadora de cardiopatia congênita: problemas ligados à hospitalização. In ROMANO, B. W. *Psicologia aplicada à cardiologia*, p. 79-85. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1990.

FIERRO, A. Os alunos com deficiência mental. In: COLL, MARCHESI e PALACIOS (Orgs.). *Desenvolvimento psicológico e educação*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

GLAT, R. Refletindo sobre o papel do psicólogo no atendimento ao deficiente mental: além do diagnóstico. *Revista da Universidade Estadual de Londrina*, v. I, n.1, jan. 1999.

KLAUS, M.; KENNEL, J. H. P. *Pais e bebê: a formação do apego*. São Paulo: Artmed, 1993.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

MAIA, A. C. B. *Sexualidade e deficiências*. São Paulo: Unesp, 2006.

MANTOAN, M. T. E. A construção da inteligência nos deficientes mentais: um desafio, uma proposta. *Revista Brasileira de Educação Especial*. Santa Maria: v. 1, n. 1, p. 107-114, 1992. Trabalho apresentado à XIV Reunião da Anped, set. 1991.

MANTOAN, M. T. E.; PRIETO, R. G. *Inclusão escolar: pontos e contrapontos*. São Paulo: Sumus, 2006.

ONU. *Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência*. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12716:legislacao-especifica-documentos-internacionais&catid=192:seesp-esducao-especial&Itemid=863. Acesso em: 6 jul. 2011.

PANIAGUA, G. As famílias de crianças com necessidades educativas especiais. In: COLL, MARCHESI; PALACIOS. (Orgs.). *Desenvolvimento psicológico e educação*. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PIAGET, J. *Psicologia e pedagogia*. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1985.

SMITH, D. D. *Introdução à educação especial: ensinar em tempos de inclusão*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.



>> Victor Hugo Lemes Barbosa das Chagas, 10 anos. EE Pasquale Peccicacco.



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

Secretaria da Educação

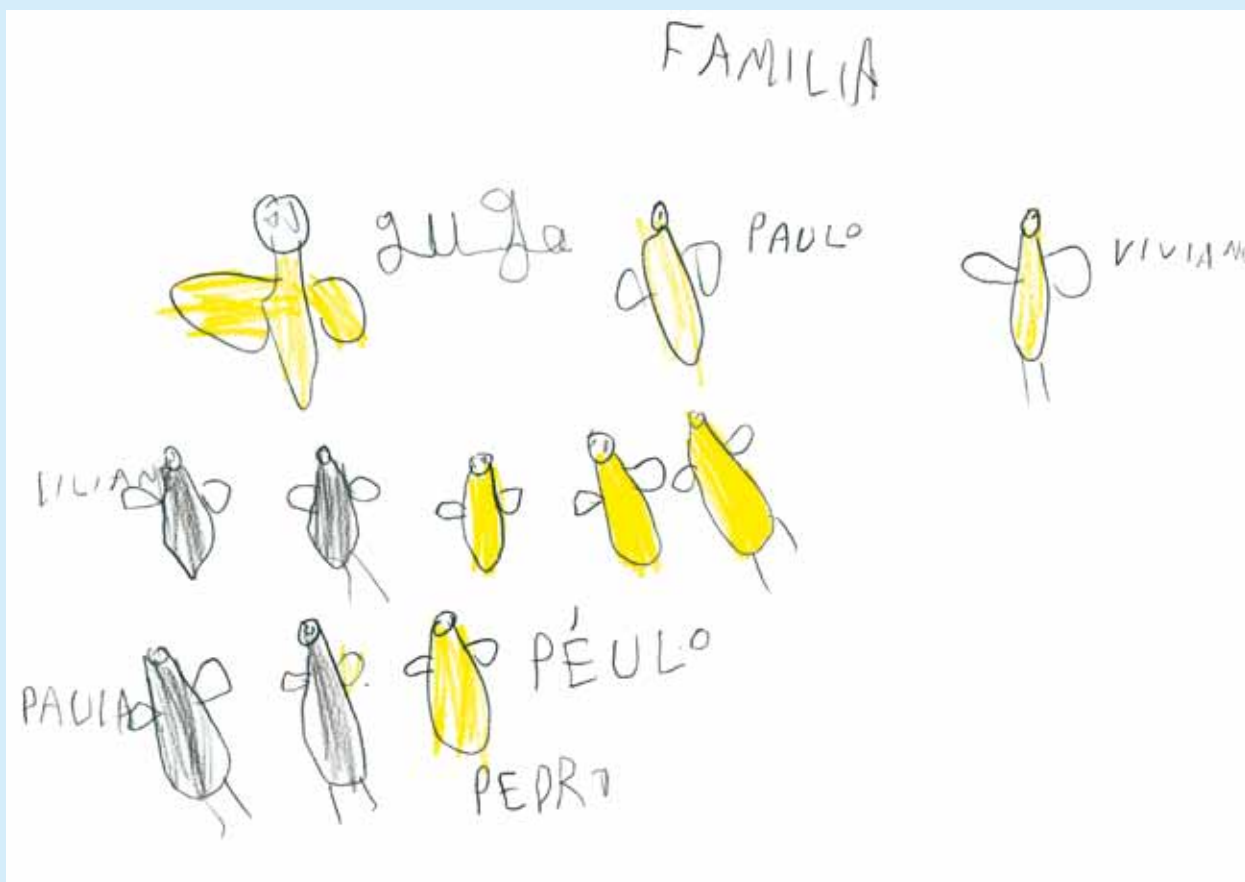
Em atendimento à legislação eleitoral (Lei nº9.504/1997), esta imagem ficará indisponível de 07 de julho de 2018 até o final da eleição estadual em São Paulo.



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

Secretaria da Educação

Em atendimento à legislação eleitoral (Lei nº9.504/1997), esta imagem ficará indisponível de 07 de julho de 2018 até o final da eleição estadual em São Paulo.



>> Paulo Ricardo Horas Lima, 13 anos. EE Dona Rosaria Isolina de Moraes.

A



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**
Secretaria da Educação

Em atendimento à legislação eleitoral (Lei nº9.504/1997), esta imagem ficará indisponível de 07 de julho de 2018 até o final da eleição estadual em São Paulo.



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

Secretaria da Educação

Em atendimento à legislação eleitoral (Lei nº9.504/1997), esta imagem ficará indisponível de 07 de julho de 2018 até o final da eleição estadual em São Paulo.



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

Secretaria da Educação

Em atendimento à legislação eleitoral (Lei nº9.504/1997), esta imagem ficará indisponível de 07 de julho de 2018 até o final da eleição estadual em São Paulo.



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

Secretaria da Educação

Em atendimento à legislação eleitoral (Lei nº9.504/1997), esta imagem ficará indisponível de 07 de julho de 2018 até o final da eleição estadual em São Paulo.



**GOVERNO DO ESTADO
DE SÃO PAULO**

Secretaria da Educação

Em atendimento à legislação eleitoral (Lei nº9.504/1997), esta imagem ficará indisponível de 07 de julho de 2018 até o final da eleição estadual em São Paulo.

ISBN 978-85-7849-522-0



9 788578 495220

