

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL
PROGRAMA DE FORMAÇÃO CONTINUADA
DE PROFESSORES NA EDUCAÇÃO ESPECIAL
UNESP - UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA
FILHO
FACULDADE DE CIÊNCIAS/BAURU
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO**



**EDUCAÇÃO ESPECIAL: HISTÓRIA, ETIOLOGIA,
CONCEITOS E LEGISLAÇÃO VIGENTE**

BAURU/2008

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Vice- Presidente
José Alencar Gomes da Silva

Ministro de Estado da Educação
Fernando Haddad

Secretária da Educação Especial
Claudia Pereira Dutra

Reitor da Universidade Estadual Paulista – “Júlio De Mesquita Filho”
Marcos Macari

Vice-reitor
Herman Jacobus Cornelis Voorwald

Diretor da Faculdade de Ciências
Henrique Luiz Monteiro

Vice- Diretor
João Pedro Albino

Coordenadora do Curso: “**Práticas em Educação Especial e Inclusiva na área da Deficiência Mental**”.
Vera Lúcia Messias Fialho Capellini

DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO
UNESP – Campus de Bauru

371.9 R614e	Rodrigues, Olga Maria Piazzentin Rolim. Educação especial: história, etiologia, conceitos e legislação vigente / Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues, Elisandra André Maranhão In: Práticas em educação especial e inclusiva na área da deficiência mental / Vera Lúcia Messias Fialho Capellini (org.). – Bauru : MEC/FC/SEE, 2008. 12 v. : il. ISBN 1. Educação inclusiva. 2. Educação especial. 3. Deficiência mental I. Rodrigues, Olga Maria Piazzentin Rolim. II. Maranhão, Elisandra André. III. Capellini, Vera Lúcia Messias Fialho. IV. Título.
----------------	---

Prezado professor ou profissional das áreas afins

Este caderno é parte do material didático, produzido por uma equipe de especialistas em Educação Especial, para subsidiar o desenvolvimento do curso de aperfeiçoamento em “**Práticas em Educação Especial e Inclusiva na área da Deficiência Mental**”. Esse material objetiva a veiculação de informações sobre a educação da pessoa com deficiência mental e seus desdobramentos para a inclusão social desta população.

Os cadernos que compõem o material didático são:

1. Educação a distância: desafios atuais.
2. Educação especial: história, etiologia, conceitos e legislação vigente.
3. Desenvolvimento humano e educação: diversidade e inclusão.
4. Ética profissional: (re) pensando conceitos e práticas.
5. Informática aplicada à educação especial.
6. Família-escola: discutindo finalidades, rupturas e desafios no processo educativo.
7. Sexualidade infantil e orientação sexual na escola.
8. Repensando a avaliação.
9. Práticas educativas: ensino colaborativo.
10. Práticas educativas: adaptações curriculares.
11. Práticas educativas: manejo comportamental e comportamentos pró-sociais.
12. Práticas educativas: criatividade, ludicidade e jogos.

No curso, serão trabalhados temas gerais visando a possibilitar o acesso às informações sobre as causas da deficiência mental, aspectos conceituais, históricos e legais da educação especial, além de conteúdos específicos para auxiliar a sua prática pedagógica voltada para a diversidade, de maneira que, se necessário, você utilize adequações curriculares para garantir o aprendizado de todos os alunos.

Esperamos que este material possa contribuir a todos os profissionais que participam da construção de uma sociedade mais justa, mais solidária e mais igualitária para todos.

Bom trabalho!

Vera Lúcia Messias Fialho Capellini

Coordenadora do Curso

Sumário

Apresentação	3
Unidade I – História do Atendimento à Pessoa com Deficiência	5
Unidade II – Conceito de Deficiência Mental	22
Unidade III – Etiologia da Deficiência Mental	26
Unidade IV – Legislação Vigente	32
Referências	33

Apresentação

Quando pensamos no mundo que nos rodeia, vemos-nos às voltas com mudanças que nos assombram, às vezes nos desafiam, nos encantam, nos desanimam...

A tecnologia tem nos proporcionado um rol de equipamentos que não sonhávamos há vinte anos. Falar com alguém por telefone, significava procurar um “pretinho” básico que estava invariavelmente no mesmo lugar. Hoje, o telefone anda conosco e, para fazer uso dele, basta sacá-lo da bolsa ou do bolso...

O computador tem facilitado a tarefa de escrever. Nunca foi tão fácil corrigir. Os erros até são menores, uma vez que ele já avisa que a palavra está escrita errada. Às vezes, ele mesmo corrige... Porém, quando ele entra em pane, nós entramos em pânico. Quantas vezes perdemos tudo, porque a máquina estragou, acabou a energia ou qualquer coisa muito banal...

Não são só coisas materiais que mudam. Conceitos, crenças, modo de ver as pessoas e o mundo... Isso implica em mudanças nas relações que estabelecemos com pessoas e com o próprio mundo. Por exemplo, a visão que se tem da mulher...

Há 50 anos, havia uma expectativa de que a mulher deveria cuidar dos filhos, da casa, do marido... Parecia depender do homem até para pensar. As que se aventuravam em trabalhar fora ou exercer profissões pouco apropriadas à vida feminina, eram vistas como pioneiras ou malucas... Elas ainda não têm igualdade de situação com o homem, mas cada vez mais mulheres se aventuram na vida profissional, independentemente da profissão que escolhem... Dobram jornada, mas estão indo à luta... E, muito importante, estão fazendo a diferença... Estão conseguindo mostrar que são capazes...

A questão da deficiência também tem sofrido mudanças através dos tempos. Mudanças em todos os sentidos: na tecnologia disponível para minimizar seus efeitos (haja vista, o avanço na área de oftalmologia: quem é míope, hipermetrópe ou, aquele que, com o avançar da idade, vai perdendo a visão de perto – a famosa presbiopia – já imaginou se não fosse a tal da tecnologia?); na visão que se tem hoje das pessoas que têm qualquer deficiência (todo um cuidado para não ter comportamentos que sugiram preconceito...), porque são pessoas...

Esta disciplina inicia o tema “Deficiência Mental”. É aqui que tomaremos contato com a história da Educação Especial, dos conceitos de deficiência, da etiologia da deficiência mental e da legislação atual que diz respeito à pessoa com deficiência.

E onde tais assuntos se cruzam?

A história da Educação Especial mostrará a trajetória da lida da sociedade com as pessoas com deficiência ao longo do tempo. Uma história que é dinâmica. Crenças e valores do século passado já não determinam formas de se comportar diante da deficiência. Estamos construindo uma nova história, em que a diferença é a tônica e o respeito a ela deve existir na relação entre os homens. Conhecer as causas da deficiência mental é importante, principalmente em termos de prevenção. Não há causa que por si só determine formas de comportamento das pessoas. Pessoas com Síndrome de Down são antes de tudo, pessoas diferentes entre si. Além de características físicas que as tornam

parecidas, cada uma tem formas próprias de responder para o seu ambiente, construídas na sua relação com ele e com as pessoas que as cercam. O avançar da história culmina, também, na construção de um corpo de leis que determinam formas que a sociedade deve obedecer no convívio com pessoas com deficiência. Considerando o público-alvo do curso, focalizaremos as questões legais referentes à escola, tanto as que regem o aluno com deficiência, quanto as que têm relação com seu prestador de serviços, o professor. Vamos, então, iniciar nossa caminhada.

Tenha um bom trabalho!!!

Olga e Elisandra

Unidade I: História do Atendimento à Pessoa com Deficiência



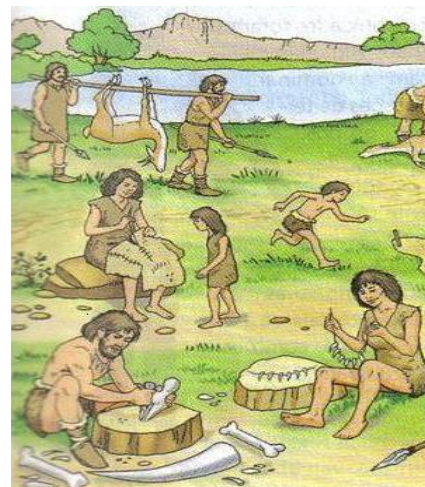
Olá, professor! Eu sou o **Sr. Era**.

Estarei com você durante todas as leituras deste caderno. Nesta unidade, você vai conhecer um pouco da história do atendimento à pessoa com deficiência mental. Vai poder conhecer e refletir sobre os principais fatos que marcaram sua trajetória histórica no Mundo e no Brasil. Vamos nos aventurar?!!!

História Geral do Atendimento à Pessoa com Deficiência

Pré-História

Nas sociedades de cultura primitiva, os povos eram nômades, sobrevivendo da caça e da pesca. Estavam sujeitos às intempéries e aos animais selvagens. Tudo isto dificultava a aceitação de pessoas que fugiam à rotina da tribo, pois, incapazes de ir à busca da caça e de sobreviver por si mesmos à agressividade da vida, essas pessoas mostravam-se dependentes da tribo. Por este motivo, eram abandonadas em ambientes agrestes e perigosos, o que inevitavelmente contribuía para sua morte. Embora, não se tenham registros declarados da existência de pessoas com deficiência nesta época, estes dados levantam a hipótese de tal ocorrência.



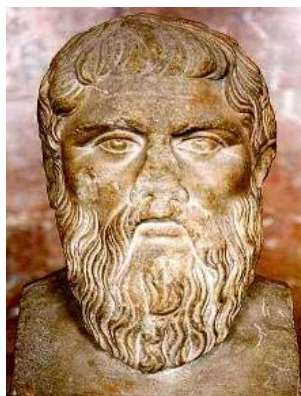
Antigüidade

O contexto educacional que a sociedade atual oferece àqueles que apresentam alguma deficiência para se adaptar à expectativa da comunidade em que vivem é fruto de um processo histórico social que remonta à Idade Antiga.

Em Esparta e Atenas crianças com deficiências física, sensorial e mental eram consideradas subumanas, o que legitimava sua eliminação e abandono. Tal prática era coerente com os ideais atléticos, de beleza e classistas que serviam de base à organização sócio-cultural desses dois locais. Em Esparta eram lançados do alto dos rochedos e em Atenas eram rejeitados e abandonados nas praças públicas ou nos campos.

Assista ao filme “300”, que mostra a eliminação de crianças em Esparta.

Aristóteles e Platão admitiam essa prática, coerente com a visão de equilíbrio demográfico, aristocrático e elitista, principalmente quando a pessoa com deficiência fosse dependente economicamente.



“Quanto aos corpos de constituição doentia, não lhes prolongava a vida e os sofrimentos com tratamentos e purgações regradas, que poriam em condições de se reproduzirem em outros seres fadados, certamente a serem iguais progenitores.

[...] também que não deveria curar os que, por frágeis de complexão não podem chegar ao limite natural da vida, porque isso nem lhes é vantajoso a eles nem ao Estado”

Platão (429-347 a.C.)

Idade Média

Na Europa, em geral, a atitude para com as pessoas com deficiência era a mesma, até a difusão do cristianismo. Entre os milagres de Cristo, aparece em grande número a cura de deficiências física, auditiva e visual. Um exemplo de influência dos ideais cristãos é a figura de **Nicolau**, Bispo de Myra, que nos anos 300 d.C. acolhia crianças e pessoas com deficiência abandonadas.

Com o cristianismo estas pessoas ganharam alma e, eliminá-las ou abandoná-las significava atentar contra os desígnios da divindade. Assim, ao longo da idade média são consideradas “filhos de Deus” (anjos retratados em pinturas da época possuíam características de síndrome de Down). Todavia, a igualdade de status moral ou teológico não correspondia à igualdade civil e de direitos. A pessoa com deficiência mental passa a ser acolhida caritativamente em conventos ou igrejas, ou, quando a deficiência não era acentuada, sobrevivia na família, escapando à exposição (prática do abandono à inanição ou servindo como palhaços ou atrações em circos).

Nicolau: na Europa, dia 06 de dezembro, seu dia, é comemorado, como se fosse o Papai Noel. Em alguma época foi considerado o Patrono das Crianças com Perturbações do Desenvolvimento.

Sugerimos que leia o livro ou assista ao filme “O Corcunda de Notre Dame”. O personagem principal vivia isolado na torre da Catedral de Paris. Tanto o livro quanto o filme retratam a influência da igreja no destino das pessoas com deficiência da época. Vale à pena!!!

Na época, Martinho Lutero defendia que pessoas com deficiência mental eram seres diabólicos que mereciam castigos para serem purificados.

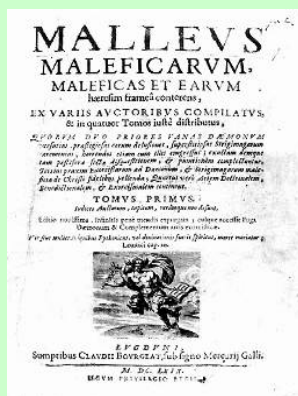


Martinho Lutero

Lutero conheceu um menino de 12 anos, na cidade de Dessau que se empanturrava de comida, babava e gritava quando as pessoas se aproximavam. Sugeriu ao príncipe da cidade que o afogasse no rio.

No século XIII, surge a primeira instituição para pessoas com deficiência, precursora de atendimento sistemático. Era uma colônia agrícola, na Bélgica, que propunha o tratamento com base na alimentação, exercícios e ar puro para minimizar os efeitos da deficiência.

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



A Inquisição católica, na Idade Média, foi responsável pelo sacrifício de pessoas com deficiência mental entre loucos, adivinhos e hereges. O “Diretorium” de Emérico de Aragão prescrevia a tortura, a fogueira e o confisco de bens para qualquer conduta herética ou obscena, além da recusa em responder ou dar respostas sem nexo quando interrogados. Durante a Inquisição, foi criado o “Malleus Maleficarum” (1482), manual de semiologia, capaz de “diagnosticar” bruxas e feiticeiros; considerava sinais de malformação física ou mental como ligação com o demônio, o que levou muitas das pessoas com estas deficiências a fogueira da inquisição.

Os filmes “O nome da Rosa” e “As bruxas de Salém” retratam as práticas da Inquisição e a filosofia da Igreja Católica da época.

Idade Moderna

No século XVI, surgiram dois intelectuais: Paracelso, médico e, Cardano, filósofo. Paracelso, no seu livro “Sobre as doenças que privam o homem da razão”, foi o primeiro a considerar a deficiência mental um problema médico, digno de tratamento e complacência. Cardano, além de concordar que a

deficiência era um problema médico, se preocupava com a educação das pessoas que apresentavam a deficiência.



Paracelso



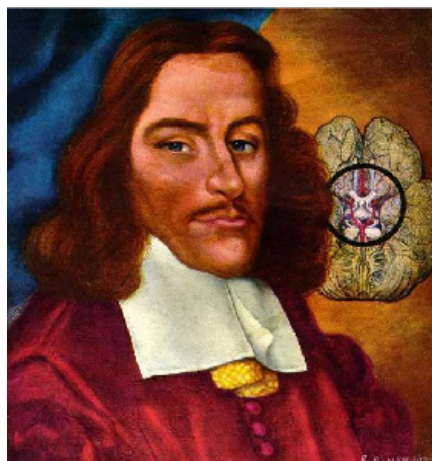
Cardano

Ainda neste século, novas leis definem a loucura e a idiotia como enfermidade ou produto de infortúnios naturais, com o objetivo de disciplinar a administração de bens e heranças dessas pessoas.

Em Londres, em “*Cerebri Anatome*”, Thomas Willis apresenta uma postura organicista da deficiência mental, argumentando, cientificamente, como um produto de estrutura e eventos neurais. Essas explicações, contudo, não mudam de imediato a visão que a sociedade tem das pessoas com deficiência. Ainda prevalecem as atitudes religiosas.

“A idiotia e a estupidez dependem de uma falta de julgamento e de inteligência, que não corresponde ao pensamento racional real; o cérebro é a sede da enfermidade, que consiste numa ausência de imaginação localizada no corpo caloso ou substância branca; e a memória, na substância cortical. Assim, se a imbecilidade e a estupidez aparecem, a causa reside na região envolvida ou nos espíritos animais, ou ambos.”

Thomas Willis



No século XVII, John Locke revoluciona as doutrinas vigentes sobre a mente humana e suas funções. Ele definiu o recém-nascido e o idiota como “*tabula rasa*” (o comportamento como produto do ambiente, que possibilita as experiências) e via, então, a deficiência como a carência de experiências. Advogava que o ensino deveria suprir essa carência.

Locke influenciou Condillac que deu uma formulação psicológica à teoria de seu mestre. A estátua de Condillac simbolizava a teoria da “*tabula rasa*” e como o conhecimento é adquirido, premissa esta que embasaria sua teoria de aquisição de idéias. A partir daí, sugere-se como aparecem os eventuais atrasos no desenvolvimento.

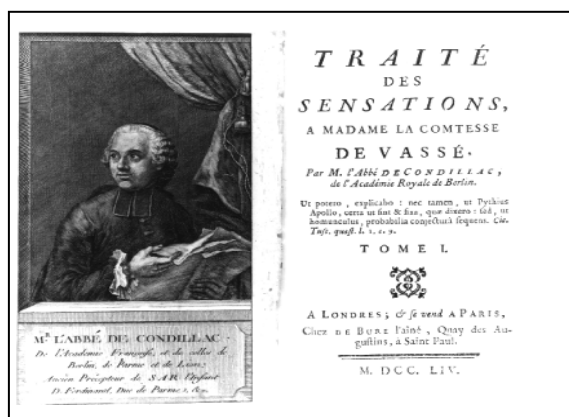


John Locke

“...todas as idéias devem nascer das sensações e das operações mentais, que são as próprias sensações transformadas”.

Locke propõe que o conceito de mente seja compreendido como página em branco, passível de ser preenchida com programas sistemáticos de educação.

Condillac



Idade Contemporânea

No século XVIII, Foderé escreveu o “*Tratado do bócio e do cretinismo*”. Nesse trabalho, o autor levanta a idéia da hereditariedade da deficiência, o fatalismo genético do cretinismo. Segundo ele, o cretinismo implica, sobretudo, na degradação intelectual que será maior ou menor, conforme o acometimento da doença. Diferentes graus de retardo foram, então, associados a diferentes níveis de hereditariedade, justificando a segregação e a esterilização dos adultos afetados pelo bócio.



Conhecida como uma das carências nutricionais cuja etiopatogenia é das mais esclarecidas na literatura médica, o bócio endêmico é determinado pela deficiência de iodo nos alimentos e na água de regiões afastadas do litoral e, portanto, pobres em iodo natural. Esta deficiência prolongada desenvolve uma disfunção na glândula tireóide cuja forma grave é o “cretinismo” expresso na “idiotia” e surdo-mudez com o dobro da incidência em mulheres.

Figura mostrando o bócio

O século XIX foi marcado pelo trabalho de vários autores como Itard. Ele apresentou o primeiro programa sistemático de Educação Especial (1800). Criou uma metodologia que usou com Victor, o selvagem de Aveyron.



Victor d'Aveyron

Em setembro de 1799, um menino, de cerca de 12 anos de idade, foi encontrado perto da floresta de Aveyron, sul da França. Estava sozinho, sem roupa, andava de quatro e não falava uma palavra. Aparentemente fora abandonado pelos pais e cresceu sozinho na floresta. O jovem médico Jean-Jacques Gaspar Itard encontrou um aglomerado de pessoas observando o menino enjaulado, a quem chamavam de menino-macaco. Com autorização judicial, o médico o conduziu à sua residência, onde se propôs a tratá-lo e educá-lo, tornando-o objeto de investigações científicas.

Aparentando seis a oito anos de idade, surdo e mudo, com posturas próximas do animalesco, o menino que fora capturado no mato, onde teria sido abandonado ainda recém-nascido, quase nada aprendeu. Itard observou meticulosamente o menino durante três anos, período que teve de sobreviver em ambiente social. Entre as letras do alfabeto fonético, o menino aprendeu apenas a pronunciar o "ô", derivando daí o nome Victor e o sobrenome d'Aveyron, região onde foi capturado. Durante este período, o máximo de imagens que Victor conseguiu reconhecer foi o desenho de uma garrafa de leite no quadro negro.

Itard levantou comportamentos e reações de Victor, relacionou-os e fez descobertas importantes, como as relações fisiológicas entre garganta, nariz, olhos e ouvidos. Assim, criou a otorrinolaringologia. Foi o fundador da Psicologia Moderna e da Educação Especial; forneceu importantíssimos elementos para o estudo do significado das aquisições culturais ao funcionamento da inteligência humana. Em outras palavras, para a dicotomia natureza x cultura. Ao final do trabalho, Victor não era mais o menino selvagem de quando fora encontrado, mas, também, não se tornou, de acordo com os parâmetros da época, humano.

Contrariamente ao conceito levantado por Itard, que entendia a idiotia como insuficiência cultural, Pinel a considerava uma deficiência biológica. Este conceito fez com que recomendasse Victor ao asilo de Bicêtre, na França, por não acreditar na teoria de Itard. A discordância entre estes dois autores aponta um problema que persiste até hoje, o da avaliação, pois os fatores biológicos e ambientais podem estar presentes em um mesmo diagnóstico, o que, muitas vezes, dificulta a avaliação dos especialistas, impossibilitando-os de determinar com fidedignidade a origem da deficiência mental.



Itard

A visão de Pinel sobre deficiência mental foi influenciada pelos estudos de Foderé.



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

Philippe Pinel

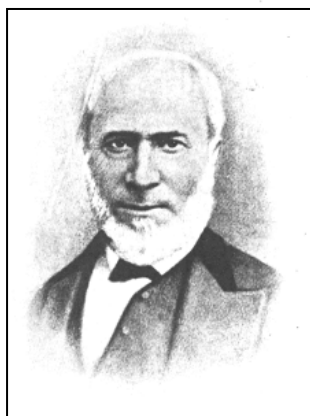
A multiplicidade de deficiências é considerada como variação de um único processo patológico. Isto é, acreditava-se que todas as deficiências tinham uma única causa, mas que se expressavam em graus diferentes. Em 1875, eram classificados como: semi-cretinos, cretinos e cretinóides, do menos para o mais grave. Nesta época, o que governa o tratamento da deficiência mental é o dogma médico, pleno da idéia do fatalismo e da irrecuperabilidade da deficiência.

Esquirol, sob a influência de Pinel, avança sugerindo que o termo idiotia, que até então era sinônimo de cretinismo, deveria ser diferenciado deste último. Para ele, idiotia era resultado de carências infantis ou condições pré e peri-natais problemáticas, enquanto o termo cretinismo deveria ser utilizado para os casos mais graves. A definição de Esquirol é importante porque a idiotia deixa de ser uma doença (ele a trata como estado) e o critério para avaliá-la é o rendimento educacional. Com isso, legitima o ingresso do pedagogo na área de estudo da deficiência mental, até então envolvido na educação da criança normal.



Esquirol

No mesmo século, Edouard Séguin, discípulo de Itard, criticava firmemente a abordagem médica da deficiência de Pinel, Esquirol e outros. Foi ele quem primeiro sistematizou a metodologia da Educação Especial. Criticava a classe médica de não ter observado, tratado ou analisado a idiotia, e de ter falado muito sobre ela.



“A idiotia é uma enfermidade do sistema nervoso que tem por efeito radical subtrair todo ou parte dos órgãos e faculdades da criança à ação regular de sua vontade e se aponta sob duas formas essenciais:

- 1- afecção de toda ou parte das massas nervosas, que dá lugar a idiotia profunda;***
- 2- afecção parcial ou total dos aparelhos nervosos, que se ramificam pelos tecidos”.***

Edouard Séguin

O livro de Edouard Séguin, *"Traitment Moral"*, está repleto de técnicas de Educação Especial, com exemplos de sua aplicação a diferentes tipos e níveis de deficiência e referentes às mais diversas áreas da vida do educando.

Apesar do trabalho de Itard e seus seguidores, a evolução filosófica e pedagógica não previne e nem cura a deficiência mental, o que dá lugar a evolução do conhecimento médico. A hegemonia médica na teoria da deficiência perdurará até as primeiras décadas do século XX, consolidando o conceito unitário da deficiência atrelado à hereditariedade (visão definitivamente orgânica).

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

Nessa época, surge Johann Heinrich Pestalozzi, grande adepto da educação pública, defendendo que a educação era o direito absoluto de toda criança, inclusive – novidade para a época – daquelas provenientes das classes populares. Para ele, a escola deveria ser como um lar, pois essa era a melhor instituição de educação, base para a formação moral, política e religiosa. Para Pestalozzi, todo homem deveria adquirir autonomia intelectual para poder desenvolver uma atividade produtiva autônoma. O ensino escolar deveria propiciar o desenvolvimento de cada um em três campos: o da faculdade de conhecer, o de desenvolver habilidades manuais e o de desenvolver atitudes e valores morais.

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

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

"A tarefa do professor é preparar motivações para atividades culturais, num ambiente previamente organizado, e depois se abster de interferir".



Maria Montessori

Todavia, esse avanço pedagógico voltado para a educação destas crianças, que começou com Itard e Séguin, ficou confinado à margem do processo científico, prevalecendo o organicismo como campo exclusivo da ciência médica. No início do século XX, a organização sócio-cultural assegura tratamentos diferenciados: abandono, confinamento em instituições, com ensino ou não de trabalhos ou a colocação no hospício com o objetivo de manter a ordem social ou o equilíbrio familiar.

Com a obrigatoriedade da educação em massa, ainda no mesmo século, Alfred Binet foi convidado pelo governo francês a testar crianças para a formação de classes homogêneas. Isso veio ao encontro de seu objetivo: o do diagnóstico psicológico da deficiência mental. Se o diagnóstico médico é aceito para os mais graves, para os mais leves é necessário um conjunto de métodos que leve em conta a sintomatologia anatomofisiológica ao lado da avaliação psicológica. Em 1905, por solicitação do governo francês, Alfred Binet publica uma escala métrica de inteligência que ele havia elaborado com Theodore Simon que tinha por meta medir o desenvolvimento da inteligência das crianças de acordo com a idade (idade mental). Este trabalho foi o ponto de partida para muitos outros testes, em particular o de QI (quociente intelectual).

Assim, o legado que Binet recebe de Séguin é a idéia de que há uma continuidade de graus de inteligência e cabe a ele defini-la em termos que permitam comparar, efetivamente, o desenvolvimento normal e atrasado.

Concomitante a esse avanço pedagógico, surge uma propagação alarmista do perigo social que a pessoa com deficiência representava. Como não se podia justificar essa posição pela falta de conhecimentos biomédicos e psicológicos, só restava a explicação da determinação política da produção científica. Estudos genealógicos foram feitos para provar o caráter hereditário da deficiência, chamando a atenção dos políticos, dos planejadores e demógrafos para o problema que as pessoas com este acometimento representavam para a ordem e saúde públicas. A partir daí, observaram-se esterilizações, em vários pontos do mundo, como uma medida preventiva.

Apesar dos progressos nas áreas da bioquímica, da genética, do diagnóstico médico e da psicologia infantil, a deficiência ainda carrega a marca da maldição ou castigo do céu e do fatalismo clínico da hereditariedade inevitável.

1.2. História do Atendimento à Pessoa com Deficiência no Brasil

A história da Educação Especial no Brasil foi determinada, pelo menos até o final do século XIX, pelos costumes e informações vindas da Europa. O abandono de crianças com deficiências nas ruas, portas de conventos e igrejas era comum no século XVII, que acabavam sendo devoradas por cães ou acabavam morrendo de frio, fome ou sede. A criação da “roda de expostos” em Salvador e Rio de Janeiro, no início do século XVIII e, em São Paulo, no início do século XIX, deu início a institucionalização dessas crianças que eram cuidadas por religiosas.



A Constituição de 1824, outorgada por D. Pedro I, privava do direito político o incapacitado físico ou moral (título II, artigo 8º, item 1).

Constituição de 1824

O Hospital Juliano Moreira em Salvador, Bahia, fundado em 1874 é considerado como a primeira instituição para atendimento às pessoas com deficiência mental.

A influência da Medicina na educação destas pessoas perdurou até por volta de 1930. Atrrelada aos pressupostos higienistas da época, o serviço de saúde do governo orientava o povo para comportamentos de higiene e saúde nas residências e nas escolas. Dentro desse princípio, a deficiência mental foi considerada problema de saúde pública e foi, então, criado o Pavilhão Bourneville, em 1903, no Rio de Janeiro, como a primeira Escola Especial para Crianças Anormais. Mais tarde, foi construído um pavilhão para crianças no Hospício de Juquery. A Medicina foi sendo gradualmente substituída pela Psicologia e a Pedagogia. Agora não mais mortos ou abandonados, mas institucionalizados.

Entretanto, tais iniciativas aconteciam nos grandes centros. No geral, as crianças com deficiências continuavam sendo cuidadas em casa ou institucionalizadas.



Foi um dos primeiros a estudar a Deficiência Mental no Brasil, enfatizando a necessidade do atendimento médico-pedagógico criando uma equipe multidisciplinar para trabalhar com as crianças com deficiência.

**Ulysses Pernambucano de Melo Sobrinho
(1892-1943)**

Durante as primeiras décadas do século XX, o país vivenciou a estruturação da República e o processo de popularização da escola primária. Neste período, o índice de analfabetismo era de 80% da população. Surge o movimento da “escola-nova”, que postulava: a crença no poder da educação como ponto de transformação social, o interesse por pesquisas científicas, a

preocupação em reduzir as desigualdades sociais e estimular a liberdade individual da criança. O ideário da “escola-nova” permitiu a penetração da Psicologia na Educação, resultando no uso de testes de inteligência para identificar as crianças com deficiências.

Na década de 30, chega ao Brasil a psicóloga e educadora Helena Antipoff, russa de nascimento, para coordenar os cursos de formação de professores no Estado de Minas Gerais. Acabou criando os serviços de diagnósticos e classes especiais nas escolas públicas desse estado, que depois se estendeu para outros estados.

Fundou a Sociedade Pestalozzi e influenciou a implantação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em 1954.



Helena Antipoff

A influência do movimento *escolanovista* na Educação, no nosso país, ainda que defendesse a diminuição das desigualdades sociais, ao enfatizar o estudo das diferenças individuais e a proposição de ensino adequado e especializado, acabou contribuindo para a exclusão dos diferentes das escolas regulares.

Até mais da metade do século XX, o atendimento à pessoa com deficiência foi implementado através da institucionalização, da implantação de escolas especiais mantidas pela comunidade e de classes especiais nas escolas públicas para os variados graus de deficiência mental. Houve, também, pouca preocupação com a conceituação e a classificação da deficiência. Os critérios de seleção eram vagos, baseados em desempenho escolar ruim. Para exemplificar o texto acima: *em 1949, havia cerca de 40 estabelecimentos de ensino para pessoas com deficiência mental no país. Desses serviços, 27 estavam nas escolas públicas e os demais eram instituições particulares ou beneficentes. Em 1959, o número de instituições para pessoas com deficiência era de 190 e, destas, 77% eram públicas.*

Como o sistema público não dava conta da demanda, observou-se, a partir de 1960, o crescimento das instituições de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, as APAEs (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) que ofereceriam atendimento aos casos mais graves de deficiência mental.

Também, por volta de 1960, inicia - se o movimento sobre educação popular, a tão falada “educação para todos”. Ao estender a possibilidade de matrícula às classes populares, sem que as condições de ensino fossem reestruturadas, o índice de evasão e reprovação cresceu. A partir daí, começa a surgir a equação entre o fracasso escolar e a “deficiência mental leve” com a implantação maciça de classes especiais nas escolas públicas para solucionar o problema.

Esse quadro acabou referendando que a culpa do fracasso escolar estava na criança, uma vez que o grande número de repetências não significava o indivíduo adulto improdutivo. Ainda que fossem incompetentes para aprender o que a escola tentava ensinar, trabalhavam, casavam-se etc. Caracterizava-se, então, como “deficiência mental escolar”.

Por volta de 1970, havia mais de 800 estabelecimentos de ensino especial no Brasil. Em junho de 1973, é criado o Centro Nacional de Educação Especial (CENESP), o primeiro órgão oficial para definir a política de Educação Especial no país, ainda que houvesse nos seus planos uma tendência em privilegiar a iniciativa privada, marcadamente assistencialista, em detrimento dos serviços públicos de ensino especial.

Em 1986, é criada a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) que tem como objetivo coordenar as ações em Educação Especial.

As Diretrizes da Educação Especial, da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, de 1987, indicava que “[...] *o aluno excepcional deve ser integrado no processo educacional comum para que possa utilizar-se, da melhor maneira possível, das oportunidades educacionais oferecidas aos alunos em geral*”.

O que se observava, no entanto, era a retirada de crianças do ensino regular, encaminhando-as para o ensino especial¹. Nessa época, o encaminhamento da escola comum para os serviços especiais definia o caminho para a segregação e a exclusão do sistema regular:

a) Durante os primeiros meses, o professor identificava aquelas crianças que, segundo suas crenças ou expectativas, iriam fracassar;

b) Já que eram incapazes, eram encaminhadas para avaliação psicológica ou médica que legitimava o rótulo estabelecido previamente pelo professor;

c) Eram, então, colocadas nas classes especiais, com a chance mínima de retorno ao sistema escolar regular.

O aluno tornava-se, então, responsável por um problema que não era dele, mas do sistema educacional. As avaliações dos alunos feitas por profissionais fora do sistema escolar (médicos e psicólogos) desconsiderava a história escolar da criança, utilizando-se de um instrumental fora do contexto escolar. Em resumo, essa forma de lidar com aqueles alunos que não conseguiam se apropriar dos conteúdos apresentados pelo professor, mascarava a incapacidade do sistema de lidar com as diferenças individuais, com a heterogeneidade da sua clientela. Havia um aspecto social determinante nessa atuação: as crianças que fracassavam eram, em sua maioria, provenientes de famílias de baixo nível sócio-econômico.

¹ A nova Política Nacional de Educação Especial (2007), na perspectiva da Educação Inclusiva, compreende o ensino especial como um conjunto de recursos, serviços e atendimento educacional especializado, disponibilizado aos alunos com deficiência.

Em 1988, a Constituição traça linhas mestras visando a democratização da educação brasileira.



A Constituição Federal (1988) estabelece que a educação é direito de todos, garantindo atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na escola regular.

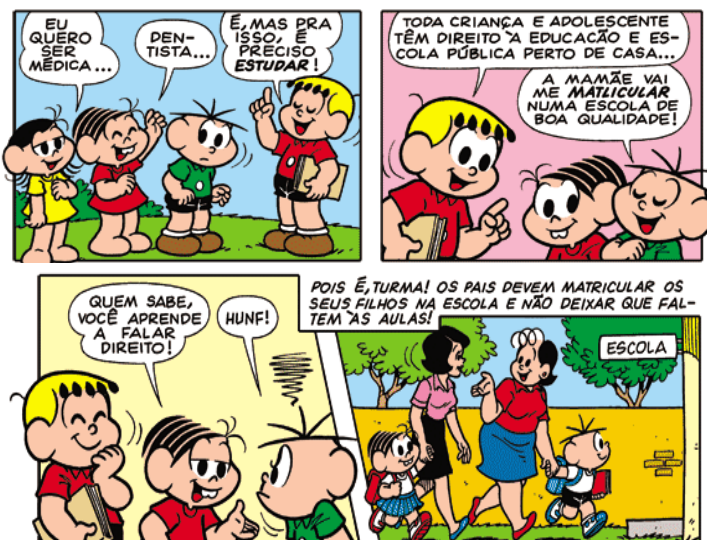
Em 1989, a Lei Federal 7853 – que institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos das pessoas com deficiência, disciplina a atuação do Ministério Público e define crimes – no item da Educação, prevê a oferta obrigatória e gratuita da Educação Especial em estabelecimentos públicos de ensino e prevê crime punível, com reclusão de um a quatro anos e multa para os dirigentes de ensino público ou particular que recusarem e suspenderem, sem justa causa, a matrícula de um aluno.

Em 1990, o Brasil aprova o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que reitera os direitos garantidos na Constituição: atendimento educacional especializado para portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino.

Em 1994, dirigentes de mais de oitenta países se reuniram na Espanha, inclusive do Brasil, e assinaram a Declaração de Salamanca, um dos mais importantes documentos de compromisso de garantia de direitos educacionais. Ela proclama as escolas regulares inclusivas como o meio mais eficaz de combate à discriminação, determinando que as escolas devem acolher todas as crianças, independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais e emocionais.

Em 1996, a Lei Federal 9394/96, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, ajustou-se à legislação federal e apontou que a educação das pessoas com deficiência deve dar-se, preferencialmente, na rede regular de ensino.

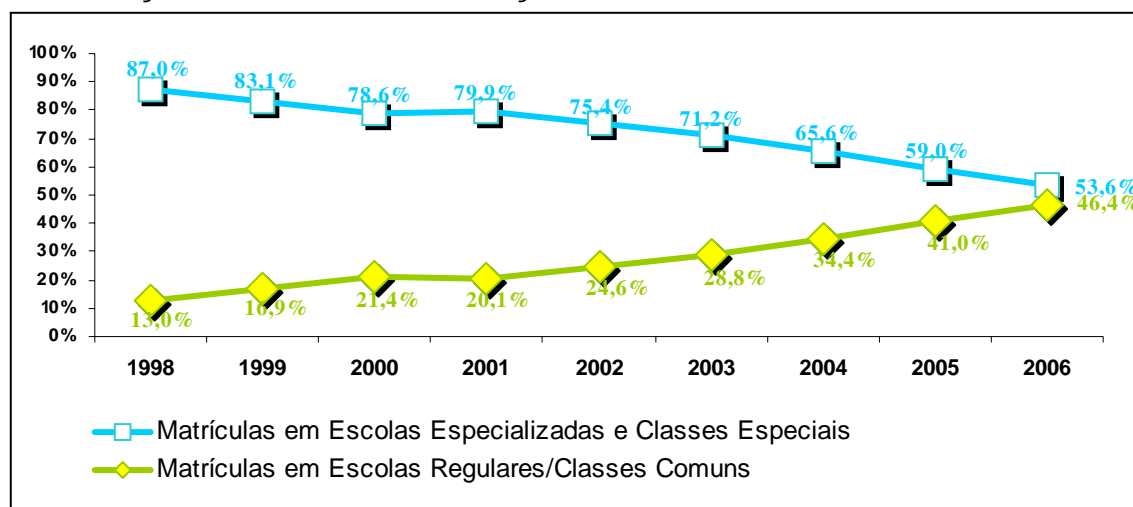
Em 1998, o MEC (Ministério da Educação) lança documento contendo as adaptações que devem ser feitas nos PCNs (Parâmetros Curriculares Nacionais), a fim de colocar em prática estratégias para a educação de alunos com deficiência. E, em 2001, o Ministério publica as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica.



Ainda que haja legislação que preconiza o atendimento às pessoas com deficiência, o mesmo não chega a 40% da população que necessita dos serviços especializados.

No entanto, a colocação de crianças com deficiência na rede pública tem aumentado, conforme o Censo Escolar do MEC/INEP (2006), passando, paulatinamente, a responsabilidade desse atendimento para as esferas municipais, estaduais e federais e não mais para as entidades beneficentes, mantidas com o auxílio da comunidade.

Os Avanços da Política de Educação



Fonte: Censo Escolar MEC/INEP (2006)

A situação atual da Educação Especial aponta para a inclusão como um avanço porque:

- Em vez de focalizar a deficiência na pessoa, enfatiza o ensino e a escola;
- Busca formas e condições de aprendizagem, em vez de procurar no aluno a origem do problema.

E o resultado desta nova visão é:

- A escola deve prover recursos e apoios pedagógicos para que o aluno obtenha sucesso escolar;
- Ao invés do aluno ajustar-se aos padrões de “normalidade” para aprender, a escola deve ajustar-se à “diversidade” dos seus alunos.

Pessoas com deficiência mental são as que mais necessitam de apoio educacional porque esse tipo de deficiência é o mais freqüente na população,

conforme mostra a tabela a seguir, requerendo, portanto, uma atenção maior do sistema escolar.

As Matrículas da Educação Básica/ 2006

	TOTAL	ESCOLAS/ CLASSES ESPECIAIS	%	CLASSES COMUNS	%
Cegueira	9.206	5.207	56,5%	3.999	43,5%
Baixa Visão	60.632	7.101	11,7%	53.531	88,3%
Surdez Leve/Moderada	21.439	6.825	31,8%	14.614	68,2%
Surdez Severa/Profunda	47.981	26.750	55,7%	21.231	44,3%
Surdocegueira	2.718	536	19,7%	2.182	80,3%
Deficiência Mental	291.130	197.087	67,7%	94.043	32,3%
Deficiência Múltipla	74.605	59.208	79,3%	15.397	20,7%
Deficiência Física	43.405	13.839	31,8%	29.566	68,2%
Condutas Típicas	95.860	22.080	23%	73.780	77%
Autismo	11.215	7.513	67%	3.702	33%
Síndrome de Down	39.664	29.342	74%	10.322	26%
Altas Habilidades/Superdotação	2.769			2.769	100%

Fonte: Censo Escolar MEC/INEP/2006

A **educação inclusiva** é um processo em que se amplia a participação de todos os estudantes nos estabelecimentos de ensino regular. Trata-se de uma reestruturação da cultura, da prática e das políticas vivenciadas nas escolas de modo que estas respondam à diversidade de alunos. É uma abordagem humanística, democrática, que percebe o sujeito e suas singularidades, tendo como objetivos o crescimento, a satisfação pessoal e a inserção social de todos.

Uma escola é inclusiva quando todos da equipe escolar – diretores, professores, secretaria, serviços gerais – participam ativamente desse projeto.

É compromisso da escola inclusiva:

- Promover mudança de atitudes discriminatórias – a escola deverá trabalhar com quebra de tabus, estigmas, desinformação, ignorância – que levam as pessoas a terem atitudes negativas em relação aos seus alunos com deficiência.

É papel do professor:

- Valorizar as diferenças – ser diferente e único é uma característica de todo ser humano;
- Descobrir e valorizar as potencialidades – cada um tem capacidades próprias; devem ser descobertas, proclamadas, cultivadas e exploradas;
- Valorizar o cooperativismo – promover a solidariedade entre crianças com deficiência e seus colegas. O aluno sem deficiência aprende a ajudar alguém em suas reais necessidades e isto diminui tabus, mitos e preconceitos;
- Mudar sua metodologia – individualizar o ensino, trabalhar de forma diversificada, avaliar permanente e qualitativamente;
- Oferecer, quando necessário, serviços de apoio para suprir dificuldades individuais – alunos que necessitam devem utilizar outras modalidades de serviços: reforço, professor itinerante, sala de recursos, desde que associados ao que está aprendendo na sala regular.

O aluno com deficiência, na convivência com seus pares da mesma idade, estimula seu desenvolvimento cognitivo e social, demonstrando maior interesse pelo ambiente que o cerca e apresenta comportamentos próprios para sua idade. O professor deve estar atento à interação estabelecida entre os alunos com e sem deficiências, promovendo, não só as aprendizagens acadêmicas, como o relacionamento entre eles e o aumento da auto-estima da criança com deficiência, auxiliando sua integração na classe. A segregação ou integração depende do tipo de relação estabelecida entre a pessoa com deficiência e aquela que não a apresenta.

O que o professor ganha com a inclusão:

- Exercita sua competência em realizar projetos educacionais mais completos e adaptados às necessidades específicas dos seus alunos;
- Desenvolve a responsabilidade pela aprendizagem de seus alunos.

Pesquisas atuais têm mostrado que há uma tendência de professores e alunos de classes regulares em aceitarem a inclusão de crianças com deficiência; todavia, faltam informações sobre elas e suas condições, faltam informações sobre avaliação, faltam informações sobre práticas pedagógicas...

Não pretendemos resolver tudo. Vamos dividir com vocês o que sabemos.

Unidade II: Conceito de Deficiência Mental



Olá novamente, professor!

Nesta unidade, você vai descobrir as diferentes definições de deficiência mental e suas implicações. Vamos lá?!!!

O que é deficiência? À primeira vista, o termo deficiência parece não envolver problemas quanto à sua definição. Ao vermos alguém em uma cadeira de rodas, ou usando muletas, logo chegamos à conclusão que estamos frente a uma pessoa “deficiente”, que sofre, de uma forma ou outra, limitações em seus movimentos. Porém, são limitações visíveis que nem sempre tornam a pessoa “limitada” em todos os aspectos da sua vida. Se perguntarmos a um cadeirante que trabalha, estuda etc., se ele é “deficiente”, provavelmente ouvirá dele que não. Se perguntarmos a ele quem é “deficiente”, é possível que se refira a alguém que tem alguma incapacidade diferente da sua.

Na tentativa de resposta às necessidades de se conhecer melhor as conseqüências das doenças, em 1976, a OMS publicou a International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH) em caráter experimental. Ela foi traduzida para o Português como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (*handicaps*), a CIDID3. De acordo com esse marco conceitual, *impairment* (deficiência) é descrita como as anormalidades nos órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo; *disability* (incapacidade) é caracterizada como as conseqüências da deficiência do ponto de vista do rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades; *handicap* (desvantagem) reflete a adaptação do indivíduo ao meio ambiente resultante da deficiência e incapacidade (FARIAS; BUCHALLA, 2005). O processo de revisão dessa classificação, realizado em maio de 2001 (OMS, 2003), apontou falhas como falta de relação entre as dimensões que a compõem, a não abordagem de aspectos sociais e ambientais, entre outras.

O documento emitido pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da ONU (Organização das Nações Unidas), ratificado pelo Brasil, em 2006, define, no Artigo 1º, pessoas com deficiência como “(...) *aquelas que têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial permanentes, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em bases iguais com as demais pessoas*”.

Seguindo esta linha de definições, a Associação Americana de Retardo Mental (AAMR, sigla em inglês), criada em 1876, lidera o campo de estudo sobre deficiência mental, definindo conceituações, classificações, modelos teóricos e orientações de intervenção em diferentes áreas. Dedicar-se à produção de

conhecimentos e os tem publicado e divulgado, em manuais, relatando os avanços e informações relativos à terminologia e classificação. Editou o primeiro manual em 1921 e o último em 2002. Embora secular, influencia sistemas de classificações internacionalmente conhecidos como o DSM-IV e a CID-10. O atual modelo proposto pela AAMR, o Sistema 2002, consiste numa concepção multidimensional, funcional e bioecológica de deficiência mental, agregando sucessivas inovações e reflexões teóricas e empíricas em relação aos seus modelos anteriores. Apresenta a seguinte definição de *retardo mental* (expressão adota por seus proponentes) (CARVALHO; MACIEL, 2003):

A deficiência é caracterizada por limitações significativas no funcionamento intelectual e no comportamento adaptativo, como expresso nas habilidades práticas, sociais e conceituais, originando-se antes dos dezoito anos de idade.

Definição que caracteriza a deficiência mental não como um atributo da pessoa, mas um estado particular de funcionamento.

Levando-se em consideração tais conceituações, no processo de diagnóstico é importante observar, portanto, três critérios: (a) o funcionamento intelectual; (b) o comportamento adaptativo, e (c) a idade de início das manifestações ou sinais indicativos de atraso no desenvolvimento.

A inteligência é concebida como capacidade geral, incluindo raciocínio, planejamento, solução de problemas, pensamento abstrato, compreensão de idéias complexas, rapidez de aprendizagem e aprendizagem por meio da experiência. As habilidades intelectuais são objetivamente avaliadas por meio de testes psicométricos de inteligência. A dimensão intelectual é um dos indicadores de *déficit* intelectual e, apesar de ainda ter muito peso, sozinho não é suficiente para o diagnóstico da deficiência. No processo avaliativo da inteligência é preciso considerar: (a) a qualidade dos instrumentos de medida – o teste deve ser validado para nossa população; (b) o avaliador deve saber aplicar e interpretar os resultados dos testes empregados; (c) é preciso considerar o contexto ambiental e sócio-cultural da criança na interpretação dos resultados do processo avaliativo e; (d) é preciso conhecer a trajetória escolar da criança, avaliando as condições de ensino a que foi exposta.

O comportamento adaptativo é definido como o conjunto de habilidades conceituais, sociais e práticas adquiridas pela pessoa para corresponder às demandas da vida cotidiana. Limitações nessas habilidades podem prejudicar a pessoa nas relações com o ambiente e dificultar o convívio no dia-a-dia. As habilidades conceituais são relacionadas aos aspectos acadêmicos, cognitivos e de comunicação. São exemplos dessas habilidades: a linguagem (receptiva e expressiva), a leitura e escrita e os conceitos relacionados ao exercício da autonomia. As habilidades sociais são relacionadas à competência social. São exemplos dessas habilidades: a responsabilidade, a auto-estima, as habilidades interpessoais, a ingenuidade (probabilidade de ser enganado, manipulado e alvo de abuso ou violência etc.); a observância de regras, normas e leis e a capacidade de evitar vitimização. As habilidades de vida prática são as relacionadas ao exercício da autonomia. São exemplos: as atividades de vida

diária – alimentar-se e preparar alimentos, arrumar a casa, deslocar-se de maneira independente, utilizar meios de transporte, tomar medicação, manejar dinheiro, usar telefone, cuidar da higiene e do vestuário; as atividades ocupacionais – laborativas e relativas a emprego e trabalho; e, as atividades que promovem a segurança pessoal. Não há no Brasil instrumentos padronizados para avaliar o comportamento adaptativo.

A inclusão tem sido marcada pelo conceito de normalização que implica em oferecer à pessoa com deficiência condições de vida tão normais quanto seja possível para todas as pessoas, isto é, a sociedade deve organizar-se para eliminar barreiras e oferecer condições para que todas as pessoas desenvolvam suas potencialidades. Isso significa:

- Eliminar serviços que criem estigmas. Por exemplo: serviço de odontologia para pessoas com deficiência. Enquanto pessoas devem usufruir dos mesmos serviços para qualquer cidadão comum;
- Tratar a pessoa de acordo com a sua idade cronológica. Tratá-la como criança quando é adolescente, segundo nossa percepção e expectativa, pode influenciar negativamente sua auto-estima;
- Favorecer o desenvolvimento das competências dando oportunidades para exercê-las;
- Permitir que a criança tenha acesso a bons modelos de comportamentos. A escola regular é, com certeza, um bom lugar;
- Melhorar a imagem social das pessoas com deficiência;
- Favorecer a integração e a participação social de forma que possa ter boas experiências, tomar decisões, escolher e assumir papéis sociais importantes.

A definição proposta pela AAMR (2007), afinada com o princípio de normalização, ressalta a importância dos apoios como mediadores entre o funcionamento do sujeito e as demandas ambientais, propiciando estímulo ao desenvolvimento e à aprendizagem da pessoa com deficiência mental ao longo da vida. De acordo com sua intensidade, os apoios podem ser classificados em:

(a) *intermitentes* – são episódicos, disponibilizados apenas em momentos necessários, com base em demandas específicas. Aplicados particularmente em momentos de crise ou períodos de transição no ciclo de vida da pessoa, no caso de crianças que permanecem internadas periodicamente para tratamento;

(b) *limitados* – são caracterizados por sua temporalidade limitada e persistente. Destinam-se a apoiar pequenos períodos de treinamento ou ações voltadas para o atendimento a necessidades que requeiram assistência temporal de curta duração, com apoio mantido até sua finalização, como por exemplo, quando a pessoa sofre um acidente e fica temporariamente imobilizada;

(c) *extensivos* – são caracterizados por sua regularidade e periodicidade (por exemplo, diariamente, semanalmente). Recomendados para alguns ambientes (escola, trabalho, lar), sem limitações de temporalidade, como por exemplo, pessoas com deficiência mental que precisam de auxílio específico para aprender habilidades de vida diária, acadêmica ou de vida prática, possibilitando que desenvolvam repertório que garantam sua independência e, até mesmo sua sobrevivência.

(d) *pervasivos* – são constantes, estáveis e de alta intensidade. Disponibilizados nos diversos ambientes, potencialmente durante toda a vida. São generalizados, podendo envolver uma equipe com maior número de pessoas, como por exemplo, pessoas que necessitam de cuidados constantes e não sobreviveriam sem supervisão e auxílio.

Todavia, as definições científicas só têm sentido se forem incorporadas no dia-a-dia das pessoas que convivem com a pessoa com deficiência mental. Esse movimento significa rever as crenças que se tem sobre deficiência e deficientes. É preciso acreditar que as pessoas com deficiência mental podem aprender e, também, acreditar que você professor pode ensiná-las. É o seu conceito de deficiência que está em jogo quando você o aceita ou não na sua sala de aula, promovendo ou não condições para que elas aprendam novos repertórios e se desenvolvam.

Qual é, afinal, o conceito que você tem sobre deficiência mental?



Atividade

A atividade proposta agora corresponderá às Unidades I e II.

Você professor, também está construindo a história da Educação Especial no Brasil, no seu estado, no seu município, na sua escola e na sua sala de aula.

Se você já teve, na sala de aula, crianças com deficiência mental, conte um pouco dessa experiência, elaborando uma narrativa de no máximo 15 linhas. Relate pontos positivos e negativos da mesma. Quanto aos pontos negativos, tente sugerir soluções para eles.

Mesmo que não tenha tido experiência com crianças com deficiência mental incluídas, destaque pontos positivos e negativos da inclusão. Quanto aos pontos negativos procure apresentar soluções para eles.

Após a elaboração desta narrativa, você deverá:

- Primeiro: postá-la no **Portfólio do Ambiente TelEduc**;
- Segundo: fazer comentários sobre sua experiência no **Fórum de Discussão do Ambiente TelEduc**.

Unidade III: Etiologia da Deficiência Mental



Vamos falar sobre a incidência e as causas e fatores de risco para a deficiência mental! Fique atento às palavras novas que aparecerão no texto. Seus significados encontram-se no Glossário. Boa leitura!

Incidência

Os estudos epidemiológicos documentam que a prevalência da deficiência mental varia em função da definição adotada e dos critérios de diagnóstico utilizados, da representatividade da população estudada e da influência de variáveis como a idade, o nível sócio-econômico e cultural ou as condições educativas e de saúde da população.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 10% de qualquer população apresentam algum tipo de deficiência. O Brasil possui atualmente cerca de 180 milhões de habitantes, logo, 18 milhões de pessoas possuiriam algum tipo de deficiência. Porém, no Censo Demográfico Brasileiro de 2001, declararam-se como pessoas com deficiência um total de 24,6 milhões de pessoas, o equivalente a 14,5% da população brasileira. O maior percentual se encontra na região nordeste (16,8%) e o menor na região sudeste (13,1%). Dessa população, 48,1% apresentam deficiência visual; 22,9% deficiência motora; 16,7% deficiência auditiva; 8,3% deficiência mental e 4,1% deficiência física (CORDE, 2004).

Enquanto os números de deficiências sensoriais (auditivas e visuais) presentes na população estão relacionados à idade, acredita-se que o número de pessoas com deficiência mental esteja relacionado ao grau de desenvolvimento do país. Países em desenvolvimento mostram porcentagens mais elevadas para a presença desta deficiência, do que os países desenvolvidos. Um dos fatores levantados para tal ocorrência seria as ações preventivas aplicadas à população. Quanto mais cedo forem realizadas as intervenções na busca pela prevenção da deficiência mental, melhor será a qualidade de vida da população e, conseqüentemente, haverá um decréscimo no número de casos, em geral.

Causas e Fatores de Risco

A presença de fatores de risco é uma constante durante o desenvolvimento do homem desde sua concepção. Tais fatores, se presentes, têm ação desconhecida sobre o desenvolvimento de um embrião, feto ou bebê, dependendo da idade do mesmo no momento da exposição, da quantidade do agente, da susceptibilidade genética (predisposição) e do mecanismo patogênico específico de cada agente teratogênico. Todas essas variáveis têm, então, peso relativo, dificultando a identificação segura do agente e dos efeitos da sua ação.

São várias as causas e fatores de risco que podem levar à deficiência mental; entretanto, é importante ressaltar que, muitas vezes, mesmo utilizando os sofisticados recursos diagnósticos atuais, desconhece-se a etiologia (causa) de 40 a 50% dos casos de deficiência mental. Os fatores etiológicos podem acontecer antes, durante e depois do nascimento.

Fatores de Risco e Causas Pré-Natais:

São aqueles fatores que incidirão desde a concepção até o início do trabalho de parto. Alguns são gerais, cuja ocorrência e os prováveis efeitos no bebê são de difícil identificação, como por exemplo, a desnutrição materna e a assistência médica inadequada à gestante.

Entre os fatores de risco que podem estar presentes antes do nascimento estão: a) **fatores maternos**, de ordem somática, como: desordens genéticas, filhos natimortos, prematuros ou abortos recorrentes, incompatibilidade sangüínea, fertilidade reduzida, idade da mãe (mais de 40 anos e menos de 15), doenças infecciosas durante a gravidez, exposição ao Raio X, uso de drogas, fumo ou álcool, ingestão de remédios em excesso ou de vitaminas A e B, toxemia gravídica, gravidez múltipla, hipertensão e epilepsia; b) **fatores psicológicos**: desordens psiquiátricas, não aceitação da gravidez; c) **fatores sociais**: renda familiar muito baixa, falta de assistência médica pré-natal.

As alterações genéticas podem geralmente resultar de transmissão hereditária, quando um dos pais é portador, no seu código genético, do gene causador da desordem, ou ainda devido a anomalias nos cromossomos. Estas podem ocorrer durante a divisão celular. A pessoa pode ter cromossomos a mais, a menos ou a estrutura destes se encontrar modificada.

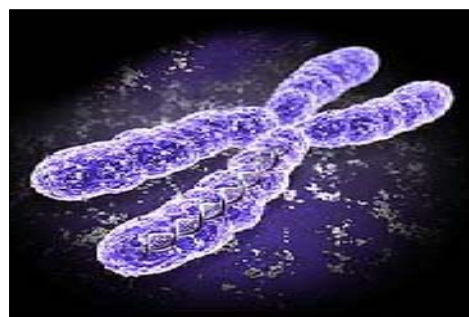


Imagem tridimensional de um cromossomo

Mais fáceis de identificar são os efeitos das desordens genéticas, tanto por alterações cromossômicas (males provocados por alteração no número de cromossomos), quanto gênicas (males associados a alterações em genes específicos). Podem ainda afetar os indivíduos em nível metabólico, associando a deficiência mental a alterações endócrinas ou à incapacidade de produzir determinadas proteínas ou enzimas, quando determinados genes associados a essas substâncias não funcionam. Entre as alterações genéticas mais comuns estão a Fenilcetonúria e o Hipotireoidismo.

O Hipotireoidismo congênito também é uma doença hereditária, causada pela falta de uma enzima, impossibilitando que o organismo forme o T4 (hormônio tireoideano). Esta falha enzimática impede o crescimento e desenvolvimento de todo o organismo inclusive do cérebro, sendo a Deficiência Mental uma de suas manifestações mais importantes. Seu tratamento baseia-se na administração de hormônio tireoideano, sob rigoroso controle médico, para que o indivíduo tenha vida normal. Estima-se que um em cada três mil recém-nascidos é portador de hipotireoidismo congênito.

As alterações cromossômicas figuram entre as causas mais freqüentes de deficiência mental. Entre as alterações cromossômicas, as mais comuns são a Síndrome de Down e a Síndrome do X-Frágil.

Fatores de Risco e Causas Peri-Natais:

*A **Fenilcetonúria** é uma doença hereditária e se caracteriza pela falta de uma enzima em maiores ou menores proporções, impedindo que o organismo metabolize e elimine o aminoácido fenilalanina. Este, em excesso no sangue é tóxico, atacando principalmente o cérebro e causando Deficiência Mental irreversível. Também pode levar a convulsões, problemas de pele e cabelo, problemas urinários e até invalidez permanente. O tratamento desta doença se dá por meio do controle alimentar com dieta especial à base de leite e alimentos que não contenham fenilalanina, sob rigorosa orientação médica, para que o bebê fique bom e leve uma vida normal. Estima-se que um em cada dez mil recém-nascidos é portador de fenilcetonúria.*

São aqueles fatores que incidirão sobre o desenvolvimento do bebê do início do trabalho de parto até o 30º dia de vida do bebê. Entre os fatores de risco peri-natais estão: a) **condições do parto**: trabalho de parto demorado (mais de 18 horas), nascimento precipitado, apresentação anormal do bebê, uso de fórceps, prolapso do cordão umbilical, depressão anestésica, ruptura tardia ou prévia da placenta, etc.; b) **condições do bebê**: prematuros extremos com e sem doença, pós-maturos com características acentuadas de desnutrição com peso, ao nascer, inferior a 2.500 g., hiperbilirrubina nas primeiras 48 horas de vida, hipotonia, hipertonia, tamanho anormal da cabeça, presença de convulsões ou de componentes convulsivos, tremores grosseiros e/ou excitabilidade acentuada, bebê impregnado de mecônio ao nascer, com anóxia crônica ou aguda, choro reduzido, respostas anormais aos reflexos, dificuldades respiratórias, excesso de muco ou salivação, sintomas gastrointestinais, edemas generalizados, fontanela tensa e abaolada, icterícia acentuada e/ou com sinais neurológicos, face sindrômica, anomalias grosseiras, apnéia ou qualquer outro tipo de problema respiratório que ocorrer ao nascer, como dispnéia, exigindo o uso do oxigênio etc.

Fatores de Risco e Causas Pós-Natais:

Os fatores de risco pós-natais são aqueles que incidirão do 30º dia de vida até o final da adolescência. São eles: a) **condições do bebê**: doenças intensas, manifestações clínicas de anormalidades congênitas que não foram diagnosticadas no período pré-natal,

reação diminuída ao som e ao estímulo visual, atraso no desenvolvimento motor, verbal ou adaptativo, peso e altura abaixo do normal, desidratação e subnutrição acentuada; b) **condições sociais**: abandono e maus tratos, desorganização familiar, organização inadequada do ambiente físico e temporal do lar, presença de eventos estressantes da vida e redução das interações positivas da mãe com a criança na primeira infância.

Síndrome Alcoólica Fetal (SAF): está é uma doença não relacionada a alterações cromossômica ou gênica. Entretanto, é o quadro clínico mais frequentemente reconhecido dentre as deficiências mentais e físicas instaladas na gestação. É de origem gestacional, associado ao consumo de álcool durante a gravidez. A exposição pré-natal ao álcool não resulta necessariamente em SAF. Ainda assim, não se conhecem níveis seguros de consumo de álcool durante a gravidez. A síndrome caracteriza-se como um conjunto de transtornos físicos, mentais, neurológicos e comportamentais manifestados ao longo da vida. As crianças com SAF têm um padrão distinto de anomalias faciais e de deficiência de crescimento, como também, evidências de disfunção do sistema nervoso central. Além da Deficiência Mental podem apresentar outros déficits de origem neurológica como habilidades motoras comprometidas e uma pobre coordenação entre a visão e os movimentos das mãos. Podem também ter um padrão complexo de problemas de aprendizagem e de comportamento, abrangendo dificuldades de memorização, atenção e julgamento. A prevenção tem sido um fator de extrema importância para este quadro sindrômico. A SAF pode ser 100% prevenida quando a mulher se abstém completamente do álcool durante sua gravidez.

Todavia, ao considerar os fatores de risco, é importante salientar que cada fator tem peso variável na instalação da condição da deficiência; fatores observados isoladamente podem não possuir validade preditiva. Ele é probabilístico, aumentando a chance de aparecimento do problema conforme os fatores de proteção disponíveis no ambiente, como diagnóstico precoce, programas de estimulação etc. Há também uma interação contínua, ao longo do tempo, entre fatores biológicos e ambientais no desenvolvimento da criança. Isso significa que as condições ambientais tanto podem atenuar como agravar os efeitos de risco, como por exemplo, o baixo grau de instrução dos pais e as dificuldades inerentes ao serviço de saúde, comumente oferecido a esta população, seja relacionado ao pré-natal, às condições de parto e ao acompanhamento do recém-nascido.

A identificação precoce dessas condições e o encaminhamento das crianças para serviços especializados possibilitam um trabalho preventivo, por meio de programas de promoção de saúde e de estimulação essencial.

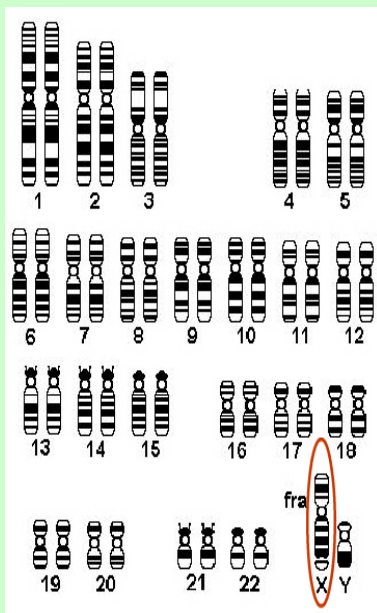
Como prevenção, entendemos um ato ou efeito de evitação da ocorrência de acontecimentos prejudiciais à vida e à saúde ou minimização dos efeitos, quando o dano já ocorreu.

A ação preventiva dos atrasos ou distúrbios de desenvolvimento pode ser conduzida em três níveis:

- **Prevenção primária:** tem como objetivo promover a melhoria na condição de vida da população por agências político/sociais de forma a garantir saúde, educação, trabalho e moradia. Assim sendo, o objetivo é reduzir a incidência de novos casos. A prevenção primária implica em alterar as condições para um subgrupo particular considerado como de risco;

- **Prevenção secundária:** nesta, a criança já foi exposta às condições adversas e as intervenções são feitas para reduzir e/ou eliminar a duração ou a severidade dos seus efeitos;

- **Prevenção terciária:** a condição de atraso no desenvolvimento já está instalada e os investimentos são feitos para minimizar as condições, desenvolvendo ações que resultem em maior independência e autonomia do indivíduo.



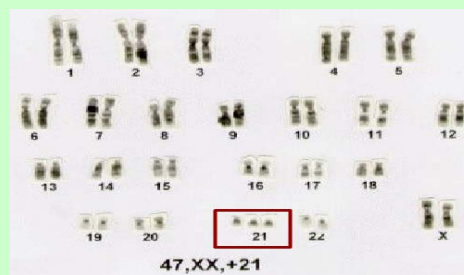
Fragilidade do cromossomo X

A **Síndrome do X-Frágil** é considerada a mais freqüente entre as doenças de herança ligada ao cromossomo X e a segunda causa genética de deficiência mental. A síndrome tende a se repetir nas famílias, com alto risco de recorrência na irmandade dos afetados. Estima-se que 1 em 2000 homens e 1 em 4000 mulheres sejam afetados pela mutação completa, sendo, na maioria das vezes, os homens mais gravemente afetados do que as mulheres. A expressão "X-Frágil" deve-se a uma anomalia causada por um gene defeituoso localizado no cromossomo X, que, por sua vez, passa a apresentar uma falha numa de suas partes. Essa falha ou "fragilidade do X" causa um conjunto de sinais e sintomas clínicos (ou uma síndrome). Daí o nome de Síndrome do X-Frágil. A principal manifestação dos problemas desta revela-se no comprometimento da área intelectual: desde dificuldades de aprendizagem até graus leve, moderado, severo ou profundo de retardo mental, mesmo entre indivíduos de uma mesma família. Entre os homens, este retardo costuma ser severo ou, predominantemente, moderado, e entre as mulheres (cerca de um terço), leve ou limítrofe.

Síndrome de Down: O nome Síndrome de Down surgiu a partir da descrição de John Langdon Down, médico inglês que descreveu em 1866, pela primeira vez, as características de uma criança com esta síndrome. Também pode ser chamada de trissomia do cromossomo 21 e as pessoas que a possuem de trissômicos. Esta síndrome pode ser identificada pela alteração cromossômica. Os cromossomos (veja figura abaixo) são estruturas que se encontram no núcleo de cada célula e que contém as características hereditárias de cada pessoa. Em cada célula existe um total de 46 cromossomos, dos quais 23 são de origem paterna e 23 de origem materna. As pessoas com Síndrome de Down apresentam 47 cromossomos em cada célula, ao invés de 46 como as demais. Este cromossomo extra localiza-se no par 21; por este motivo, a síndrome poder ser chamada de Trissomia do 21. Estima-se que em cada 550 bebês que nascem, um tenha a Síndrome de Down. Geralmente há a presença da combinação de várias características físicas: os olhos apresentam-se com pálpebras estreitas e levemente oblíquas, com prega de pele no canto interno (prega epicântica); a íris freqüentemente apresenta pequenas manchas brancas (manchas de Brushfield); a cabeça geralmente é menor e a parte posterior levemente achatada; a moleira pode ser maior e demorar mais para se fechar; a boca é pequena e muitas vezes se mantém aberta com a língua projetando-se para fora; as mãos são curtas e largas e, às vezes, nas palmas das mãos há uma única linha transversal, de lado a lado, ao invés de duas; a musculatura de maneira geral é mais flácida (hipotonia muscular); as orelhas são geralmente pequenas e de implantação baixa; os dedos dos pés comumente são curtos e na maioria das crianças há um espaço grande entre o dedão e o segundo dedo; muitas têm pé chato.



Dr. John Langdon Down



Trissomia do cromosso 21

GLOSSÁRIO

- Agente teratogênico: agente físico ou químico capaz de produzir alterações orgânicas em um indivíduo;
- Apnéia: parada de respiração;
- Cromossomo: unidade morfológica e fisiológica, visível ou não ao microscópio óptico, e que contém a informação genética;
- Dispnéia: dificuldade na respiração;
- Fontanela: cada espaço mole encontrado na caixa óssea craniana, antes que se tenha produzido nela a ossificação completa;
- Gene: unidade hereditária ou genética, situada no cromossomo, e que determina as características de um indivíduo;
- Hipertonia: aumento de tônus;
- Hipotonia: diminuição de tônus;
- Mecanismo patogênico: capaz de produzir doenças;
- Mecônio: substância escura ou esverdeada, e viscosa, que constitui as fezes do bebê;
- Tônus: contração muscular leve e contínua;
- Toxemia gravídica: grupo de estados patológicos ligados à gravidez, e que se exteriorizam como pré-eclampsia ou como eclampsia.



Links

Sugerimos, para maiores informações, o acesso aos sites:

<http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/dm1.html>

<http://www.xfragil.org.br>,

<http://www.sindromealcoolicafetal.org>,

<http://www.fsdwn.org.br>

<http://www.xfragil.org.br>

<http://www.techs.com.br/apae/>

Unidade IV: Legislação Vigente



Esta unidade discutirá a legislação atual sobre deficiência. Para que possamos refletir sobre esta legislação, será necessário que você realize a atividade proposta abaixo. Então, bom trabalho!



Atividade

Antes de iniciar a leitura do texto “*O que a comunidade quer saber sobre educação inclusiva*”, que se encontra disponível para *download*, item “leituras”, no **TelEduc**, no formato PDF, elabore as seguintes listas:

- Liste os direitos que você acha que o professor tem com relação à inclusão;
- Liste os deveres que você acha que o professor tem com relação à inclusão;
- Liste os direitos que você acha que o aluno com deficiência mental incluído tem;
- Liste os deveres que você acha que o aluno com deficiência mental incluído tem.

Após realização desta primeira tarefa, vamos para a segunda tarefa. Leia o texto e:

- Compare suas listas com o mesmo;
- Dessas listas, assinale em verde o que você não encontrou descrito no texto;
- Envie-nos as listas completas postando-as no **Portfólio do Ambiente TelEduc**, que analisaremos os itens levantados por você, retornando-os com comentários.



Referências

- AAMR (American Association on Mental Retardation) **Retardo Mental: definição, classificação e sistemas de apoio**. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2007.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília. FAE, 1989.
- CARVALHO, E.N.S.; MACIEL, D.M.M.A. Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation-AAMR: sistema 2002. **Temas em Psicologia**, v. 11, n. 2, 2003.
- CORDE. **Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens**. Niterói: Ministério da Justiça/CORDE/ AFR, 2004. 53p.
- FARIAS, N.; BUCHALLA, C.M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 2, p. 187-93, 2005.
- MENDES, E.G.; RODRIGUES, O.M.P.R.; CAPELLINI, V.L.M.F. O que a comunidade quer saber sobre educação inclusiva. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 9, n.2, p. 181-194, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP, 2003.

Bibliografia consultada

- ALMEIDA, A.L.J. A pessoa com deficiência em Portugal e Brasil: desafios para ações em saúde. **Hygéia**, v. 2, n. 3, p. 47-56, 2006.
- ALVES, P.P. et al. O desenvolvimento cognitivo de bebês prematuros e alguns aspectos neuromotores associados. **Pediatria Moderna**, v. 33, n. 7, p. 234-241, 1997.
- BALLONE, G.J. **Deficiência Mental**. Disponível em <<http://sites.uol.com.br/gballone/infantil/dm1.html>> Acessado em: 22 ag. 2007.
- BRASIL. Lei nº 9394, de 20/12/96. **Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Diário da União. Ano CXXXIV, nº 248, de 23/12/96.
- EISENTEIN, E.; SOUZA, R.P. **Situações de risco à saúde de crianças e adolescentes**. Petrópolis: Editora Vozes, 1993.
- EMMEL, M.L.G. Deficiência mental. In: PALHARES, M.S.; MARINS, S. (Orgs). **Escola inclusiva**. São Carlos: EdUFSCar, 2002. p. 141-153.
- FERREIRA, J.R. **Aprendendo sobre deficiência: um programa para crianças**. São Paulo: Menmon, 1998.
- GIACHETTI, C. M. Fonoaudiologia e Genética: estudos contemporâneos. In: FERREIRA, L.P.; BEFI-LOPES, D.M.; LIMONGI, S.C.O. (Orgs.). **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Editora Roca, 2004. p. 1040-1053.
- JANNUZZI, G. M. **A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI**. Campinas: Editora Autores Associados Ltda, 2004.
- LUCKASSON, R. et al. **Mental Retardation: definition, classification, and systems of support**. Washington, DC: American Association on Mental Retardation. 2002.

- MAZZOTTA, M.J.S. **Educação especial no Brasil: história e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 1996.
- MENDES, E.G. **História da educação especial para portadores de deficiência no Brasil**. Mimeo, UFSCar, sd.
- PESSOTI, I. **Deficiência mental: da superstição à ciência**. São Paulo: EDUSP, 1984.
- RODRIGUES, O.M.P.R. Bebês de risco e sua família: o trabalho preventivo. **Temas em Psicologia**, v. 2, p. 34-45, 2003.
- SANSEVERINO, M.T.V.; SPRITZER, D.T.; SCHÜLER-FACCINI, L. (Orgs.). **Manual de teratogênese**. Porto Alegre: Editora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.
- SCHWARTZMAN, J.S. **Aula completa sobre deficiência mental**. Disponível em <<http://salomaoschwartzman.com>> Acessado em: 22 ag. 2007.