

APOSTILA DE ESTUDO – PROCESSO SELETIVO

FUNDAMENTOS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL E INCLUSIVA

I – Educação Especial na Legislação

CAPÍTULO V - DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

Art. 58. Entende-se por educação especial, para os efeitos desta Lei, a modalidade de educação escolar, oferecida preferencialmente na rede regular de ensino, para educandos portadores de necessidades especiais.

§ 1º Haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial.

§ 2º O atendimento educacional será feito em classes, escolas ou serviços especializados, sempre que, em função das condições específicas dos alunos, não for possível a sua integração nas classes comuns de ensino regular.

§ 3º A oferta de educação especial, dever constitucional do Estado, tem início na faixa etária de zero a seis anos, durante a educação infantil.

Art. 59. Os sistemas de ensino assegurarão aos educandos com necessidades especiais:

I - currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos, para atender às suas necessidades;

II - terminalidade específica para aqueles que não puderem atingir o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências, e aceleração para concluir em menor tempo o programa escolar para os superdotados;

III - professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns;

IV - educação especial para o trabalho, visando a sua efetiva integração na vida em sociedade, inclusive condições adequadas para os que não revelarem capacidade de inserção no trabalho competitivo, mediante articulação com os órgãos oficiais afins, bem como para aqueles que apresentam uma habilidade superior nas áreas artística, intelectual ou psicomotora;

V - acesso igualitário aos benefícios dos programas sociais suplementares disponíveis para o respectivo nível do ensino regular.

Art. 60. Os órgãos normativos dos sistemas de ensino estabelecerão critérios de caracterização das instituições privadas sem fins lucrativos, especializadas e com atuação exclusiva em educação especial, para fins de apoio técnico e financeiro pelo Poder Público.

Parágrafo único. O Poder Público adotará, como alternativa preferencial, a ampliação do atendimento aos educandos com necessidades especiais na própria rede pública regular de ensino, independentemente do apoio às instituições previstas neste artigo.

II – Deficiência Física

Você já parou para pensar o quanto seria diferente sua vida se você fosse deficiente físico? Se precisasse de alguém para lhe conduzir até o trabalho, à escola, ao cinema, à praia?

Se necessitasse de ajuda para tomar banho, apanhar um ônibus, fazer suas refeições? Ou quem sabe, mesmo com a ajuda de alguém não conseguisse fazer nenhuma das atividades citadas? Com certeza seria diferente a sua forma de vida. Afora as dificuldades motoras, ainda sofreria com o preconceito, com a estigmatização e marginalização, tratamentos esses dispensados aos deficientes de um modo geral, por uma sociedade despreparada que não se reconhece enquanto diferenças.

Entende-se por deficiência física como uma desvantagem, resultante de um comprometimento ou de uma incapacidade que limita ou impede o desempenho motor de determinada pessoa. “De modo geral, inclui-se no grupo de deficientes físicos os portadores de todos os tipos de deficiências físicas e de problemas orgânicos ou de saúde, decorrentes de causas congênitas ou adquiridas” (ARAÚJO; LORENZINI, 1995: 63). “Dessa forma pode-se dizer que o grupo de deficientes físicos é bastante heterogêneo, que dada essa diversidade de deficiências, existem inúmeras causas para sua etiologia. Vejamos algumas:

☐ Paralisia cerebral: por prematuridade, desnutrição materna, rubéola, trauma de parto, subnutrição, outras.

☐ Lesão medular: por ferimento por arma de fogo; acidentes de trabalho, mergulho em águas rasas; traumatismos diretos; quedas; processos infecciosos.

☐ Malformações congênitas: por exposição à radiação; uso de drogas; causas desconhecidas”.

“Expostas as possíveis causas que conduzem a uma deficiência física, citaremos agora os tipos de deficiências físicas:

- a) Lesão cerebral (paralisia cerebral);
- b) Lesão medular (tetraplegias, paraplegias);
- c) Amputações;
- d) Malformações congênitas;
- e) Distúrbios posturais da coluna; Distúrbios dolorosos da coluna vertebral e das articulações dos membros
- f) Reumatismos inflamatórios da coluna e das articulações;
- g) Lesões por esforços repetitivos (L.E.R.)
- h) Sequelas de queimaduras”.

Vejamos alguns problemas pertinentes ao acesso da pessoa com deficiência física à escola: deslocamento até o estabelecimento de ensino; estrutura física do prédio escolar inadequada, condições financeiras insatisfatórias para se manter na escola; corpo docente e discente despreparados para receber essa clientela. A preparação aqui mencionada refere-se à qualificação específica dos docentes para trabalharem a supracitada categoria e também sua preparação intrapessoal.

III – Deficiência Auditiva

Apesar do conhecimento científico ter avançado bastante em nossos dias, não é raro encontrarmos pessoas que ainda julgam a surdez como uma doença estranha e digna de pena. Surdo é mais do que simplesmente um sujeito que não pode ouvir, possui mais uma diferença do que uma deficiência. Denomina-se deficiência auditiva a diminuição da capacidade de percepção normal dos sons, sendo considerado surdo o indivíduo cuja audição não é funcional com ou sem prótese auditiva. Consistindo a surdez na perda, maior ou menor, da percepção normal dos sons, verifica-se a existência de vários tipos de deficiências auditivas, de acordo com os diferentes graus da perda da audição.

Classificação da surdez

a) Perda entre 35 e 54 dB – Essa perda impede que o aluno perceba igualmente todos os fonemas da palavra. Além disso, a voz fraca ou distante não é ouvida. Em geral, esse aluno é considerado como desatento, solicitando, frequentemente, a repetição daquilo que lhe falam. Essa perda auditiva não impede a aquisição normal da linguagem, mas poderá ser a causa de algum problema articulatorio ou dificuldade na leitura e/ou escrita. A maioria dos indivíduos desta categoria demandaria protetização, atendimento fonoaudiológico e escola comum.

b) Perda entre 55 e 69 dB – esses limites se encontram no nível da percepção da palavra, sendo necessário um voz de certa intensidade para que seja convenientemente percebida. É frequente o atraso de linguagem e as alterações articulatorias, havendo, em alguns casos, maiores problemas linguísticos. A maior parte dos indivíduos desta categoria demandaria protetização, atendimento fonoaudiológico e psicopedagógico. Podem se beneficiar da escola comum mas poderão demandar salas de recursos ou “enturmação”.

c) Perda entre 70 e 90 dB – Esse tipo de perda vai permitir que ele identifique alguns ruídos familiares e poderá perceber apenas a voz forte. A compreensão verbal vai depender, em grande parte, de aptidão para utilizar a percepção visual e para observar o contexto das situações. Muitos indivíduos desta categoria demandam protetização, atendimento fonoaudiológico, psicopedagógico e por outras disciplinas correlatas. Muito frequentemente demandam medidas educativas especiais como sala de recursos e atendimento educacional especializado na escola comum.

LIBRAS: Língua Brasileira de Sinais

As línguas de sinais são línguas naturais e complexas, que se utilizam de um canal visual-espacial, de articulação das mãos, das expressões e do corpo, para estabelecer sua estrutura. Trata-se de sistemas linguísticos independentes dos sistemas orais e se apresentam numa modalidade diferente das línguas orais-auditivas. O que é chamado de palavra ou item lexical nas línguas orais-auditivas é denominado sinais na língua de sinais. A Língua de Sinais não é universal, cada país possui sua própria Língua de Sinais e há variações regionais da língua em um mesmo país.

As pessoas com surdez conseguiram o reconhecimento da sua língua natural: a Língua de Sinais Brasileira - LIBRAS. Constitui um sistema linguístico de transmissão de ideias e fatos, oriundos de comunidades de pessoas com surdez do Brasil, na qual há uma forma de

comunicação e expressão, de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria. Esse reconhecimento constituiu um marco histórico na vida dessas pessoas.

Atribui-se a Libras o status de língua, porque ela se compõe de níveis linguísticos: fonológico, morfológico, sintático e semântico. É uma língua com estrutura gramatical própria e uma linguística bem definida. O que diferencia a Língua de Sinais das demais línguas é a sua modalidade visual-espacial, diferente da maioria das outras que possuem a modalidade oral-auditiva, por isso a Língua Brasileira de Sinais é independente da Língua Portuguesa.

A Língua de Sinais, assim como as outras línguas, possibilita aos seus usuários discutir, avaliar, relacionar qualquer tema ou assunto relativos a qualquer ramo da ciência ou contexto científico, por ser uma língua complexa, completa e diferente do que muitas pessoas imaginam.

Inúmeros estudos nas áreas da Linguística e da Educação têm sido realizados com o objetivo de construir uma compreensão teórica dessa língua e de seus usuários.

Nos últimos anos, várias iniciativas foram criadas, no sentido de socializar a Libras junto aos seus usuários e às pessoas ouvintes. Cabe então perguntar como desenvolver ambientes e práticas pedagógicas que possam favorecer o ensino de Libras para pessoas com surdez, respeitando a singularidade e a naturalidade da língua e considerando que esta não é a língua usual da sociedade da qual participam?

Mais do que a difusão e uso da língua de sinais, é necessário conhecê-la, compreender sua estrutura, para que se assegure que ela seja ensinada e aprendida de forma correta.

IV – Deficiência Intelectual

A deficiência intelectual refere-se a um estado de funcionamento típico, manifestando-se logo na infância, em que as limitações do funcionamento intelectual coexistem com as limitações no comportamento. A idade do início da deficiência intelectual deverá situar-se antes dos dezoito anos de idade. Dez por cento da população brasileira é composta por pessoas com deficiência, dos quais cinco por cento apresentam deficiência intelectual, o que corresponde 7.500.000 pessoas. Os fatores que causam a deficiência intelectual são: biomédicos, sociais, comportamentais.

Nem sempre as síndromes genéticas provocam deficiência intelectual. As pessoas com deficiência intelectual podem ter saúde perfeita. E não apresentam incompetência generalizada, pois possuem muitas capacidades e habilidades que permitem seu desenvolvimento e ajustamento às demandas sociais. As exigências e expectativas, bem como os efeitos e o impacto exercidos pelas suas limitações intelectuais e adaptativas influenciam a funcionalidade da pessoa com deficiência intelectual.

Prevenção da deficiência intelectual

- Programa de prevenção contra as drogas e o álcool;
- Vacinação da mãe;

- Programa de dieta para crianças que nasceram com fenilcetonúria;
- Programa de estimulação precoce;
- Acompanhamento pré-natal;
- A prevenção inclui a família, a escola, os serviços de saúde e os meios de comunicação.

As práticas pedagógicas

- Devem se fundamentar na possibilidade do professor interferir na melhoria do funcionamento intelectual do aluno;
- As atividades propostas devem oferecer situações desafiadoras para superação das dificuldades marcadas pela presença de deficiência;
- Organizar atividades sequenciadas, significativas e coerente, orientadas por ações pautadas no trabalho coletivo, na estimulação individual e no apoio frente às dificuldades dos alunos;
- Utilizar estratégia intencional de fazer com que o aluno com deficiência pense sobre o que faz, o que responde, o que planeja fazer e o que já executou;
- Propor atividades que possibilitem o uso da autonomia social e intelectual;
- Elaborar um planejamento pautado na presença do aluno com deficiência intelectual;
- Oferecer ao aluno tempo necessário para que ele atenda as solicitações propostas, apresentando suas respostas e suas produções.
- Desenvolver atividades com diferentes níveis de exigências;
- Organizar atividades para o grupos, a classe, que preveem a utilização do tempo de forma adequada;
- Oferecer atividades semelhantes às desenvolvidas em sala de aula, considerando a diferença no grau de dificuldade.

V – Deficiência visual

A deficiência visual se caracteriza pela incapacidade total ou parcial do uso da visão. Quando a incapacidade é total, diz-se que a pessoa é cega. As pessoas cegas são aquelas que possuem, no “melhor dos olhos”, após correção, visão inferior ou igual a 1/10 da visão considerada normal. (Conferência Interamericana para o Bem-estar dos Cegos 1961). Uma pessoa pode, dentro destas características, possuir um grau mínimo de acuidade de visão – a chamada “baixa visão”. Ou melhor visão subnormal é caracterizada pela acuidade visual dentro dos limites máximos de 20.200 segundo a tabela de snelly.

Do ponto de vista educacional, cego é o que necessita do método Braille para leitura e escrita, enquanto o de visão subnormal consegue ler textos impressos desde que seja utilizado o método ampliado. É recomendado, sempre, que o indivíduo faça uso da visão residual de que dispõe, a fim de aproveitá-la em suas atividades. É importante lembrar que não se considera como deficiente visual o indivíduo que possui problemas de acuidade visual, corrigidos após o uso de lentes.

A cegueira pode ser congênita (quando o indivíduo nasce cego), precoce (quando se dá até os 5 ou 6 anos) e adquirida (quando ocorre a partir dos 7 anos de idade). Nesse caso, as pessoas são capazes de recordar experiências visuais anteriores à perda da visão. Doenças infecciosas, como toxoplasmose e rubéola materna, podem levar à cegueira congênita, Glaucoma, traumas mecânicos ou doenças degenerativas da retina podem, entre outros, causar cegueira.

O professor pode suspeitar da presença de deficiência visual em aluno que faz excessiva confusão na escrita e leitura das palavras; que traz o material de leitura muito próximo dos olhos; que possui sensibilidade à luz; dores de cabeça frequentes; pisca os olhos em demasia; tem os olhos vermelhos, lacrimejantes ou as pálpebras irritadas; perde o contato visual com a localização do trecho que estava lendo. A presença de alguns desses sinais pode dar origem à solicitação de exame oftalmológico. Caberá ao médico dar a palavra final sobre a presença de deficiência visual.

No entanto, o aluno cego ou de “baixa visão” tem as mesmas competências intelectuais daqueles considerados videntes, não havendo necessidade de redução ou retirada de determinados conteúdos do currículo escolar. Fazendo-se necessárias apenas transcrições para o Braille ou para o método ampliado. É necessário ainda que o aluno cego conheça várias formas de autonomia e independência, seja na escola ou na sociedade. Faz-se imprescindível que o professor apresente ao mesmo a reglete e o pulsão, máquina Braille, bengala longa, soroban, DOSVOX, dentre outros equipamentos que facilitaram no seu dia a dia.

VI – Alunos com altas habilidades ou superdotação

Segundo o MEC/SEESP (BRASIL, 1995, p.1)

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

Explica que é preciso que haja constância de tais aptidões ao longo do tempo, pois crianças e adolescentes ainda estão em processo de desenvolvimento e muitas vezes, apesar de sua precocidade, não efetivam todo o seu potencial. Daí serem considerados portadores de altas habilidades/superdotados e não ainda superdotados. São estabelecidos os seguintes tipos:

- Tipo intelectual: alto nível do desenvolvimento do pensamento e da memória, assim como da capacidade de resolver problemas;
- Tipo acadêmico: aptidão acadêmica específica, capacidade de produção acadêmica;
- Tipo criativo: originalidade, imaginação, capacidade para resolver problemas de forma diferente e inovadora, pode reagir até de modo extravagante;
- Tipo social: capacidade de liderança, atitude cooperativa, capacidade para resolver situações sociais complexas, habilidades de trato com pessoas diversas e grupos;

- Tipo talento especial: pode-se destacar nas áreas de artes plásticas, musicais, literárias ou técnicas, evidenciando alto desempenho em uma ou várias delas;
- Tipo psicomotor: evidencia desempenho fora do comum em velocidade, agilidade de movimentos, força, resistência, controle e coordenação motora.

O objetivo deste tipo de classificação é evitar que se reconheça como pessoas com altas habilidades somente aqueles que apresentam desempenho intelectual ou acadêmico acima da média esperada para a sua faixa etária.

Vale lembrar que podem existir várias combinações entre os tipos ou o aparecimento de outros talentos especiais.

A estimativa da população com altas habilidades/superdotação é difícil de ser precisada em virtude das diferenças de idade, critérios de triagem, limites dos instrumentos de identificação.

VII – Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD)

O aluno com transtornos globais do desenvolvimento é aquele que apresenta um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotipias motoras.

Segundo a CID-10, os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) são um grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo.

Estas anomalias qualitativas constituem uma característica global do funcionamento do sujeito, em todas as ocasiões. Recomenda-se utilizar, se necessário, um código adicional para identificar uma afecção médica associada e o retardo mental.

Segundo o DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatísticas de Transtornos Mentais), os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) caracterizam-se por um comprometimento grave e global em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação ou presença de estereotipias de comportamento, interesses e atividades.

Os prejuízos qualitativos que definem estas condições representam um desvio acentuado em relação ao nível de desenvolvimento ou idade mental do indivíduo. São considerados Transtornos Globais do Desenvolvimento:

- Transtorno Autista
- Transtorno de Rett
- Transtorno de Asperger
- Psicose Infantil

VIII – Surdocegueira

A surdocegueira descreve uma condição que combina a variedade de graus de perda auditiva e visual. Os dois impedimentos sensoriais intensificam e multiplicam o impacto de cada um sobre o outro ocasionando uma severa deficiência, que por sua vez é diferente e única.

Todas as pessoas surdocegas têm problemas de comunicação, acesso a informação e mobilidade. Suas necessidades específicas variam enormemente de acordo: com a idade, o momento em que se manifesta ou, se descobre o tipo de surdocegueira.

As pessoas com surdocegueira estão impossibilitadas de usar um sentido que possa compensar o impedimento do outro sentido. Por isso, necessitam de serviços que sejam diferentes daqueles exclusivamente para pessoas cegas ou para surdos.

Tipos de surdocego:

- Surdocegueira total;
- Surdez profunda com resíduo visual;
- Surdez moderada ou leve com cegueira;
- Surdez moderada com resíduo visual;
- Perdas leves, tanto auditivas quanto visuais.
- Congênitos – nasceram com perda auditiva e visual simultânea.
- Surdos congênitos com cegueira adquirida. • Cegos ou deficientes visuais congênitos com surdez adquirida.
- Surdocegos adquiridos.

Características

Apresenta inicialmente uma deficiência sensorial, seja visual ou auditiva, e adquire a outra deficiência após o desenvolvimento de uma língua oral ou de sinais.

Pode apresentar a dupla deficiência após a aquisição de uma língua. Neste caso, as pessoas surdocegas já dispõem de um conhecimento de mundo, o que favorece sua adaptação.

Pessoas com surdocegueira congênita ou adquirida podem apresentar outros comprometimentos como: deficiências associadas (motora) e comportamentos inadequados (condutas desafiantes). São chamados Surdocegos com outros comprometimentos. Fonte: www.deafblindinternacional.org

A SURDOCEGUEIRA É UMA DEFICIÊNCIA DE ACESSO: ACESSO À INFORMAÇÃO:

- Lesão dos sentidos responsáveis pela recepção de informações à distância (audição e visão) de ordem temporal, direcional e simbólica.
- Compensação da deficiência: o toque aliado ao movimento. IMPORTÂNCIA DAS MÃOS.
- A surdocegueira ocasiona sérias dificuldades com relação à:
 - Aprendizagem.
 - Linguagem e comunicação.
 - Bem estar social e emocional.

RESTRIÇÃO DAS OPORTUNIDADES DE EXPERIÊNCIAS:

- O mundo é proximal. Muitas informações são perdidas com a restrição ou a ausência da visão e da audição.

RESTRIÇÃO AO ACESSO À EDUCAÇÃO:

- Os métodos de ensino são únicos. Há que se compreender as formas comunicativas específicas de cada pessoa com SC para poder ensiná-lo.
 - Percepção distorcida do mundo.
 - Dificuldade de comunicar-se de modo significativo.
 - Dificuldade em manter relacionamentos sociais.
 - Resistência ao toque;
 - Defensivos ao tato.
 - Comportamentos de auto-estimulação decorrentes de isolamento, frustração, medo e confusão.
 - Problemas de saúde associados, muitas vezes graves.
 - Atraso no desenvolvimento motor.
 - Usos inconsistentes dos resíduos auditivos e visual.
 - Dificuldade em generalizar informações aprendidas para diversas situações.
 - Dificuldades com alimentação e sono.

LIMITAÇÃO SÉRIA NO DESENVOLVIMENTO DE LINGUAGEM:

- Sem a percepção dos estímulos auditivos e visuais simultaneamente, as possibilidades de fazer representações são bem mais restritas. 15

ISOLAMENTO:

☒ A surdocegueira limita as possibilidades de interação e contato.

☒ A lesão dos sentidos à distância, visão e audição, dificultam desenvolver relações interpessoais.

FATORES CRÍTICOS NA SC:

- Tipos e graus das perdas auditiva e visual;
- Idade das perdas visual e auditiva;
- Outras deficiência associadas.

NECESSIDADES DA CRIANÇA COM SC:

- Métodos de comunicação apropriados.
- Postura e posicionamento apropriados.
- Oportunidades de escolha.
- Oportunidade de aprendizagem por meio de atividades funcionais e significativas.

CAUSAS DA SURDOCEGUEIRA: CONGÊNITOS

- Ainda existem casos de Síndrome da Rubéola Congênita.
- Consequências mais frequentes: surdez neurossensorial profunda e catarata congênita. nesse caso as adaptações visuais são mais fáceis. A possibilidade de comunicação por Língua de Sinais é mais frequente.

ADQUIRIDOS:

- Síndrome de Usher – mais frequente.
- Atualmente a PREMATURIDADE – maior desafio para o profissional quanto ao processo de ensino-aprendizagem, linguagem, comunicação e adaptação de recursos devido às consequências da:

☒ Deficiência visual cortical.

☒ Processamento auditivo central.

Como Ajudar um Surdocego:

1. Ao aproximar-se de um surdocego, deixa que ele se aperceba da sua presença com um simples toque.
2. Qualquer que seja o meio de comunicação adotado, faça-o gentilmente.
3. Combine com ele um sinal para que ele o identifique.
4. Aprenda e use qualquer que seja o método de comunicação que ele saiba.

5. Se houver um método mais adequado que lhe possa ser útil, ajude-o a aprender
6. Tenha a certeza de que ele o percebe, e que você também o está percebendo.
7. Encoraje-o a usar a fala se conseguir, mesmo que ele saiba apenas algumas palavras.
8. Se houver outras pessoas presentes, avise-o quando for apropriado para ele falar.
9. Avise-o sempre do que o rodeia
10. Informe-o sempre de quando você vai sair, mesmo que seja por um curto espaço de tempo. Assegure-se que fica confortável e em segurança. Se não estiver, vai precisar de algo para se apoiar durante a sua ausência. Coloque a mão dele no que servirá de apoio. Nunca o deixe sozinho num ambiente que não lhe seja familiar.
11. Mantenha-se próximo dele para que ele se aperceba da sua presença.
12. Ao andar deixe-o apoiar-se no braço nunca o empurre á sua frente.
13. Utilize sinais simples para o avisar da presença de escadas, uma porta ou um carro.
14. Um surdocego que esteja se apoiando no seu braço, se aperceberá de qualquer mudança no seu andar.
15. Confie na sua cortesia, consideração e senso comum. Terão de superar algumas dificuldades na comunicação.
16. Escreva na palma da mão do surdocego com o seu dedo indicador:
 - a) Qualquer pessoa que saiba escrever letras maiúsculas, pode fazê-lo na mão do indivíduo surdocego, além de traços, setas, números, para indicar direção, e do número de pancadas na mão, que podem indicar quantidades.
 - b) Escreva só na área da palma da mão e não tente juntar as letras. Quando quiser passar a escrever números, faça um ponto, com o indicador, na base da palma da mão, isso lhe indicará que dali em diante virá um número.

XI – Deficiência Múltipla

“O termo deficiência múltipla tem sido utilizado, com frequência, para caracterizar o conjunto de duas ou mais deficiências associadas, de ordem física, sensorial, mental, emocional ou de comportamento social.

No entanto, não é o somatório dessas alterações que caracterizam a múltipla deficiência, mas sim o nível de desenvolvimento, as possibilidades funcionais, de comunicação, interação social e de aprendizagem que determinam as necessidades educacionais dessas pessoas”. (MEC, SEESP, Educação Infantil: saberes e práticas da inclusão; 4, 2003, p. 11).

“indivíduos com limitações acentuadas no domínio cognitivo, que requerem apoio permanente e que tem associado limitações no domínio motor, ou no domínio sensorial (visão

ou audição). podem ainda apresentar necessidade de cuidados de saúde especiais.” (ORELOVE e SOBSEY, 1996:

1) DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA PODEM APRESENTAR:

- Restrição dos movimentos:
- Deformidades ósseas:
- Deficiências sensoriais
- Convulsões:
- Problemas respiratórios e pulmonares:
- Outros problemas médicos como: problemas de pele, de intestino, infecções de ouvido e infecção urinária.

CARACTERÍSTICA: Heterogeneidade.

- Os movimentos corporais assumem uma função primordial de comunicação.
 - As possibilidades de receber informação do mundo podem estar ainda mais reduzidas.
- Exercício:

Síndrome de Down

O que é Síndrome de Down?

A trissomia 21, a chamada síndrome de Down, é uma condição cromossômica causada por um cromossomo extra no par 21. Crianças e jovens portadores da síndrome têm características físicas semelhantes e estão sujeitos a algumas doenças. Embora apresentem deficiências intelectuais e de aprendizado, são pessoas com personalidade única, que estabelecem boa comunicação e também são sensíveis e interessantes. Quase sempre o “grau” de acometimento dos sintomas é inversamente proporcional ao estímulo dado a essas crianças durante a infância.

Normalmente, os humanos apresentam em suas células 46 cromossomos, que vem em 23 pares. Crianças portadoras da síndrome de Down têm 47 cromossomos, pois têm três cópias do cromossomo 21, ao invés de duas. O que esta cópia extra de cromossomo provocará no organismo varia de acordo com a extensão dessa cópia, da genética familiar da criança, além de fatores ambientais e outras probabilidades.

A síndrome de Down pode ocorrer em todas as raças humanas e efeitos semelhantes já foram encontrados em outras espécies de mamíferos, como chimpanzés e ratos.

Causas:

A trissomia 21 é um acidente genético que ocorre no momento da concepção em 95% dos casos. Com o avanço da idade materna existe uma maior probabilidade de gestar um bebê com alterações cromossômicas como a Síndrome de Down, principalmente acima dos 35 anos de idade. Isso acontece pois os folículos que darão origem aos óvulos da mulher já nasce com

elas, e células mais velhas tem maiores chances de terem erros durante seu processo de divisão, o que pode causar a presença de um cromossomo a mais ou a menos nos óvulos.

Uma grávida de 30 anos tem 1 em 1.000 chance de ter um bebê Down. Aos 35 anos, as chances são de 1 em 400. Aos 40, 1 em 100, e aos 45 as chances são de 1 em 30. No entanto, mulheres com menos de 35 anos também podem gestar uma criança com síndrome de Down.

Sintomas de Síndrome de Down

Crianças com a síndrome de Down têm deficiências intelectuais e algumas características físicas específicas. Elas têm olhos amendoados, devido às pregas nas pálpebras e em geral são menores em tamanho. As mãos apresentam uma única prega na palma, em vez de duas. Os membros são mais curtos, o tônus muscular é mais fraco e a língua é protrusa, maior do que o normal.

Problemas de saúde e de aprendizado podem ocorrer, mas estes variam de criança para criança. Cada portador da síndrome de Down é único, os sintomas e sinais podem ser de moderados a severos.

Pessoas com síndrome de Down tem maior risco sofrer com alguns problemas de saúde, como:

- Problemas cardíacos congênitos
- Problemas respiratórios
- Doença do refluxo esofágico
- Otites recorrentes
- Apneia do sono
- Disfunções da tireoide, daí o fato de serem propensas ao sobrepeso.

A deficiência intelectual, com dificuldades de aprendizado, sempre está presente em graus diferentes de criança para criança.

AS PRIMEIRAS AÇÕES E ORGANIZAÇÕES VOLTADAS PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.

Mário Cléber Martins Lanna Júnior.

Durante o período colonial, usavam-se práticas isoladas de exclusão - apesar de o Brasil não possuir grandes instituições de internação para pessoas com deficiência. As pessoas com deficiência eram confinadas pela família e, em caso de desordem pública, recolhidas às Santas Casas ou às prisões. As pessoas com hanseníase eram isoladas em espaços de reclusão, como o Hospital dos Lázaros, fundado em 1741. A pessoa atingida por hanseníase era denominada "leprosa", "insuportável" ou "morfética". A doença provocava horror pela aparência física do doente não tratado - eles possuíam lesões ulcerantes na pele e deformidades nas extremidades do corpo -, que era lançado no isolamento dos leprosários e na exclusão do convívio social. A chegada da Corte portuguesa ao Brasil e o início do período Imperial mudaram essa realidade.

No século XIX tiveram início as primeiras ações para atender as pessoas com deficiência, quando o País dava seus primeiros passos após a independência, forjava sua condição de Nação e esboçava as linhas de sua identidade cultural. O contexto do Império (1822-1889), marcado pela sociedade aristocrática, elitista, rural, escravocrata e com limitada participação política, era pouco propício à assimilação das diferenças, principalmente as das

peessoas com deficiência. O Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841, determinou a fundação do primeiro hospital “destinado privativamente para o tratamento de alienados”, o Hospício Dom Pedro II, vinculado à Santa Casa de Misericórdia, instalado no Rio de Janeiro. O estabelecimento começou a funcionar efetivamente em 9 de dezembro de 1852.

Em 1854, foi fundado o Imperial Instituto dos Meninos Cegos e, em 1856, o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos*.

- Durante o século XIX, apenas os cegos e os surdos eram contemplados com ações para a educação. É importante destacar que a oferta de atendimento concentrava-se na capital do Império.

- Não se usa mais o vocábulo “mudo” como complemento da identificação de surdos, já que, na maioria absoluta das vezes, o fato de não falar está relacionado ao não conhecimento dos sons e à consequente impossibilidade de repeti-los, e não a uma doença que impeça a fala.

Com o advento da República, o Hospício Dom Pedro II foi desanexado da Santa Casa de Misericórdia e passou a ser chamado de Hospício Nacional de Alienados. Somente em 1904, foi instalado o primeiro espaço destinado apenas a crianças com deficiência – o Pavilhão-Escola Bourneville.

Na primeira metade do século XX, o Estado não promoveu novas ações para as pessoas com deficiência e apenas expandiu, de forma modesta e lenta, os institutos de cegos e surdos para outras cidades. As poucas iniciativas, além de não terem a necessária distribuição espacial pelo território nacional e atenderem uma minoria, restringiam-se apenas aos cegos e surdos. Diante desse déficit de ações concretas do Estado, a sociedade civil criou organizações voltadas para a assistência nas áreas de educação e saúde, como as Sociedades Pestalozzi (1932) e as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) (1954). Ainda na década de 50, o surto de poliomielite levou à criação dos centros de reabilitação física.

Os institutos no Império

As questões relativas às pessoas cegas e surdas surgiram no cenário político do Império em 1835, durante o Período Regencial, quando o conselheiro Cornélio Ferreira França, deputado da Assembleia Geral Legislativa, propôs que cada província tivesse um professor de primeiras letras para surdos e cegos. Todavia, a recém-formada Nação Brasileira, independente de Portugal há apenas 13 anos, enfrentava um momento político conturbado e a proposta do conselheiro França sequer foi discutida na Câmara dos Deputados. O tema só foi retomado na década de 1850.

O Estado brasileiro foi pioneiro na América Latina no atendimento às pessoas com deficiência, ao criar, em 1854, o Imperial Instituto dos Meninos Cegos (atual Instituto Benjamin Constant - IBC), e, em 1856, o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos (hoje Instituto Nacional de Educação de Surdos - INES). Essas instituições, que funcionavam como internatos, inspiravam-se nos preceitos do ideário iluminista e tinham como objetivo central inserir seus alunos na sociedade brasileira, ao fornecer-lhes o ensino das letras, das ciências, da religião e de alguns ofícios manuais.

Apesar do pioneirismo, ambos os institutos ofertaram um número restrito de vagas durante todo o Período Imperial. O conceito dessas instituições se baseou na experiência europeia, mas diferentemente de seus pares estrangeiros, normalmente considerados entidades de caridade ou assistência, tanto o Imperial Instituto dos Meninos Cegos quanto o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos encontravam-se, na estrutura administrativa do Império, alocados na área de instrução pública. Eram, portanto, classificados como instituições de ensino. A cegueira e a surdez foram, no Brasil do século XIX, as únicas deficiências reconhecidas pelo Estado como passíveis de uma abordagem que visava superar as dificuldades que ambas as deficiências traziam, sobretudo na educação e no trabalho.

O Imperial Instituto dos Meninos Cegos.

O Imperial Instituto dos Meninos Cegos foi criado pelo Imperador D. Pedro II, em 1854, para instruir as crianças cegas do Império. A instituição foi instalada no Rio de Janeiro e tinha como modelo o Instituto de Meninos Cegos de Paris, cujos métodos de ensino eram considerados os mais avançados de seu tempo. Foi o discurso eloquente do jovem cego e ex-aluno do Instituto de Paris José Álvares de Azevedo que convenceu o imperador a instituí-lo, durante uma audiência intermediada pelo médico da corte, ao Dr. José Francisco Xavier Siga e pelo Barão do Rio Bonito, o então presidente da Província do Rio de Janeiro.

Em seu primeiro ano de funcionamento, o Imperial Instituto dos Meninos Cegos atendeu alunos de apenas duas províncias – Rio de Janeiro e Ceará. Até o fim do regime monárquico, recebeu meninos e meninas de várias outras províncias, tais como Alagoas, Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais, Pará, Piauí, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. O ingresso dos alunos estava condicionado à autorização do ministro e secretário de Estado dos Negócios do Império.

O Imperial Instituto dos Surdos-Mudos.

O Imperial Instituto dos Surdos-Mudos foi criado em 1856, por iniciativa particular do francês E. Huet, professor surdo e ex-diretor do Instituto de Surdos-Mudos de Bourges. A criação do Instituto e suas primeiras atividades foram financiadas por donativos até 1857, quando a lei orçamentária destinou-lhe recursos públicos e o transformou em instituição particular subvencionada (Lei nº 939, de 26 de setembro de 1857), posteriormente assumida pelo Estado. Huet dirigiu a instituição por aproximadamente cinco anos e, depois de sua retirada, em 1861, o Instituto entrou em processo de desvirtuamento de seus objetivos.

O Instituto atendeu apenas três pessoas surdas em 1856. Com o tempo, esse atendimento se expandiu. A princípio, eram alunos provenientes do Rio de Janeiro, sobretudo da capital do Império, onde o Instituto estava instalado; posteriormente, vieram alunos de outras províncias: Alagoas, Bahia, Ceará, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, São Paulo, Maranhão, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco e Santa Catarina.

A crise na instituição foi exposta em 1868, quando o chefe da Seção da Secretaria de Estado, Tobias Rabello Leite, realizou inspeção nas atividades e condições do Instituto. Em seu relatório, apontou que o desvio seus propósitos originais, transformando-se em um verdadeiro asilo de surdos. Tobias Leite tornou-se diretor da Instituição até 1896 e deu-lhe o impulso definitivo como referência na educação de surdos no Brasil.

O currículo consistia no ensino elementar incorporado de algumas matérias do secundário. O ensino profissionalizante focava-se em técnicas agrícolas, já que a maioria dos alunos era proveniente de famílias pobres do meio rural. Em meados da década de 1870, foram instaladas oficinas profissionalizantes de encadernação e sapataria.

A República e as primeiras iniciativas da sociedade civil.

Com a proclamação da República, em 1889, os institutos tiveram a denominação alterada. Imediatamente após a queda do regime monárquico, o Imperial Instituto dos Meninos Cegos recebeu o nome de Instituto dos Meninos Cegos, alterado, em 1890, para Instituto Nacional dos Cegos e, em 1891, para Instituto Benjamin Constant (IBC), homenagem ao seu diretor mais ilustre. Pelo mesmo motivo, o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos deixou de ostentar a alcunha de instituição imperial, mantendo o nome de Instituto dos Surdos-Mudos, até 1957, quando passou a se chamar Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES).

A ação do Estado em relação às pessoas com deficiência mudou muito pouco com o advento da República. Os Institutos permaneceram como tímidas iniciativas – mesmo com o

surgimento de congêneres em outras regiões do Brasil –, tanto porque atendiam parcela diminuta da população de pessoas com deficiência em face da demanda nacional, quanto por se destinarem a apenas dois tipos de deficiência: a cegueira e a surdez. Por exemplo, em 1926, foi fundado o Instituto São Rafael, em Belo Horizonte; em 1929, o Instituto de Cegos Padre Chico, em São Paulo; em 1959, o Instituto Londrinense de Educação de Surdos (ILES) em Londrina, todos ainda em funcionamento.

No contexto histórico de industrialização e urbanização brasileiras, processo iniciado na década de 1920 e aprofundado nas décadas de 1940 e 1950, surgiram, por iniciativa da sociedade civil, novas organizações voltadas para as pessoas com deficiência. Essas novas organizações se destinavam a outros tipos de deficiência e com formas de trabalho diferenciadas, por não se restringirem à educação e atuarem também na saúde.

Nesse período, os primeiros centros de reabilitação física surgiram motivados pelo surto de poliomielite. Com relação aos hansenianos, persistiu a prática de isolamento em leprosários, somente interrompida na década de 1980. Com o passar do tempo, os leprosários tornaram-se verdadeiras cidades, praticamente autossuficientes, com prefeitura própria, comércio, escola, igreja, delegacia e cemitério.

As principais iniciativas para atender a deficiência intelectual desse período foram dos movimentos pestalozziano e apaeano. Até a metade do século XIX, a deficiência Intelectual era considerada uma forma de loucura e era tratada em hospícios. Durante a República, iniciaram-se as investigações sobre a etiologia da deficiência intelectual, sendo que os primeiros estudos realizados no Brasil datam do começo do século XX.

A monografia sobre educação e tratamento médico pedagógico dos idiotas, do médico Carlos Eiras de 1900, é o primeiro trabalho científico sobre a deficiência intelectual no Brasil. Após a metade do século XX, dois trabalhos científicos produzidos por psiquiatras tornaram-se referências: a tese Introdução ao estudo da deficiência mental (oligofrenias), de Clóvis de Faria Alvim, publicada em 1958, e o livro Deficiência mental, de Stanislaw Krynski, publicado em 1969.

A deficiência intelectual, à época denominada “idiotia”, passou a ser tratada na perspectiva educacional com tratamento diferenciado em relação aos hospícios do século XIX. Ao longo do tempo, a pessoa com deficiência intelectual já foi denominada de oligofrênica, cretina, imbecil, idiota, débil mental, mongolóide, retardada, excepcional e deficiente mental. A expressão “deficiência intelectual” significa que há um déficit no funcionamento do intelecto, mas não da mente. A expressão “deficiência intelectual” foi introduzida oficialmente em 1995, pela ONU, e consagrada, em 2004, no texto da “Declaração de Montreal Sobre Deficiência Intelectual”.

Movimento pestalozziano.

No Brasil, inspirado pelo pedagogo suíço Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827), foi criado, em 1926, o Instituto Pestalozzi de Canoas, no Rio Grande do Sul. A influência do ideário de Pestalozzi, no entanto, ganhou impulso definitivo com Helena Antipoff, educadora e psicóloga russa que, a convite do Governo do Estado de Minas Gerais, veio trabalhar na recém-criada Escola de Aperfeiçoamento de Belo Horizonte. Sua atuação marcou consideravelmente o campo da assistência, da educação e da institucionalização das pessoas com deficiência intelectual no Brasil. Foi Helena Antipoff quem introduziu o termo “excepcional”, no lugar das expressões “deficiência mental” e “retardo mental”, usadas na época para designar as crianças com deficiência intelectual. Para ela, a origem da deficiência vinculava-se à condição de excepcionalidade socioeconômica ou orgânica.

Helena Antipoff criou, em 1932, a Sociedade Pestalozzi de Belo Horizonte. Em 1945, foi fundada a Sociedade Pestalozzi do Brasil; em 1948, a Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro; e, em 1952, a Sociedade Pestalozzi de São Paulo. Até 1970, data da fundação da Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi (Fenasp), o movimento pestalozziano contava

com oito organizações em todo o País. A criação da federação, também por iniciativa de Helena Antipoff, fomentou o surgimento de várias sociedades Pestalozzi pelo Brasil. Atualmente, são cerca de 150 sociedades Pestalozzi filiadas à Fenasp.

Movimento apaeano.

A primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) foi fundada em 1954, no Rio de Janeiro, por iniciativa da americana Beatrice Bemis, mãe de uma criança com deficiência intelectual. A reunião inaugural do Conselho Deliberativo da APAE do Rio de Janeiro ocorreu em março de 1955, na sede da Sociedade de Pestalozzi do Brasil. Em 1962, havia 16 APAEs no Brasil, 12 das quais se reuniram em São Paulo para a realização do 1º Encontro Nacional de Dirigentes Apaeanos, sob a coordenação do médico psiquiatra Dr. Stanislaw Krynski. Participaram dessa reunião as APAEs de Caxias do Sul, Curitiba, Jundiaí, Muriaé, Natal, Porto Alegre, São Leopoldo, São Paulo, Londrina, Rio de Janeiro, Recife e Volta Redonda. Durante a reunião decidiu-se pela criação da Federação Nacional das APAEs (Fenapaes).

A Fenapaes foi oficialmente fundada em 10 de novembro de 1962. Funcionou inicialmente em São Paulo, no consultório do Dr. Stanislaw Krynski, até que uma sede própria foi instalada em Brasília. Atualmente, a Fenapaes reúne 23 federações estaduais e mais de duas mil APAEs distribuídas por todo o País. Essas organizações constituem uma rede de atendimento à pessoa com deficiência de expressiva capilaridade na sociedade, que presta serviços de educação, saúde e assistência social. O atendimento é voltado para as pessoas com deficiência intelectual e múltipla.

Os centros de reabilitação.

Em meados da década de 1950, estudantes de medicina e especialistas trouxeram da Europa e dos Estados Unidos os métodos e paradigmas do modelo de reabilitação do pós-guerra, cuja finalidade era proporcionar ao paciente o retorno à vida em sociedade. Os grandes centros de reabilitação europeus e norte-americanos, que recebiam predominantemente vítimas da Segunda Grande Guerra, desenvolveram técnicas e inspiraram o surgimento de organizações similares em todo o mundo. Isso ocorreu mesmo em países como o Brasil, onde a principal causa da deficiência física não era a guerra. Nesse período, surgiram os primeiros centros brasileiros de reabilitação para atenderem as pessoas acometidas pelo grande surto de poliomielite.

A poliomielite foi observada no início do século XX, no Rio de Janeiro (1907-1911) e em São Paulo (1918). Porém, surtos de considerável magnitude ocorreram na década de 1930, em Porto Alegre (1935), Santos (1937), São Paulo e Rio de Janeiro (1939). A partir de 1950, foram descritos surtos em diversas cidades, com destaque para o de 1953, a maior epidemia já registrada no Brasil, que atingiu o coeficiente de 21,5 casos por 100 mil habitantes, no Rio de Janeiro.

Um dos primeiros centros de reabilitação do Brasil foi a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), fundada em 1954. Idealizada pelo arquiteto Fernando Lemos, cujo filho possuía sequelas de poliomielite, a ABBR contou com o apoio financeiro de grandes empresários provenientes dos setores de comunicação, bancário, de aviação, de seguros, dentre outros. Entre esses empresários, estava Percy Charles Murray, vítima de poliomielite e primeiro presidente da associação.

A primeira ação da ABBR foi criar a escola de reabilitação para formar fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, diante da carência desses profissionais no Brasil. Os cursos de graduação em Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Escola da Reabilitação da ABBR tiveram início em abril de 1956, de acordo com os moldes curriculares da Escola de Reabilitação da Columbia University. No ano seguinte, em setembro de 1957, o Centro de Reabilitação da ABBR foi inaugurado pelo Presidente da República, Juscelino Kubitschek.

Outras organizações filantrópicas surgiram no contexto da epidemia de poliomielite, como a Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD) de São Paulo (hoje Associação de Assistência à Criança Deficiente), fundada em 1950. 1 O Instituto Bahiano de Reabilitação (IBR) de Salvador, criado em 1956; e a Associação Fluminense de Reabilitação (AFR) de Niterói, fundada em 1958. Alguns hospitais tornaram-se centros de referência na reabilitação de pessoas com sequelas de poliomielite, a exemplo do Hospital da Baleia e do Hospital Arapiara, ambos em Belo Horizonte - MG.

1 embora a AACD tenha sido fundada antes da ABBR, seu centro de reabilitação começou a atender o público somente em 1963.

O perfil dos usuários dos centros de reabilitação modificou significativamente, no Brasil, a partir da década de 1960. A consolidação da urbanização e da industrialização da sociedade e o êxito das campanhas nacionais de vacinação provocaram dois efeitos: diminuíram os casos de sequelas por poliomielite e aumentaram os casos de deficiência associados a causas violentas, principalmente acidentes automobilísticos (carro e moto), de mergulho e ferimentos ocasionados por armas de fogo.

O surgimento da reabilitação física suscitou o modelo médico da deficiência, concepção segundo a qual o problema era atribuído apenas ao indivíduo. Nesse sentido, as dificuldades que tinham origem na deficiência poderiam ser superadas pela intervenção dos especialistas (médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais e outros). No modelo médico, o saber está nos profissionais, que são os principais protagonistas do tratamento, cabendo aos pacientes cooperarem com as prescrições que lhes são estabelecidas.

Embora esse modelo representasse avanço no atendimento às pessoas com deficiência, ele se baseia em uma perspectiva exclusivamente clinicopatológica da deficiência. Ou seja, a deficiência é vista como a causa primordial da desigualdade e das desvantagens vivenciadas pelas pessoas. O modelo médico ignora o papel das estruturas sociais na opressão e exclusão das pessoas com deficiência, bem como desconhece as articulações entre deficiência e fatores sociais, políticos e econômicos.

Tanto os institutos do Império, voltados para a educação de cegos e surdos, quanto as organizações surgidas na República, direcionadas às pessoas com deficiência intelectual e à reabilitação, embora não tivessem nenhum cunho político claramente definido, propiciaram, mesmo que para poucos, espaços de convívio com seus pares e discussão de questões comuns. Nesse sentido, contribuíram para forjar uma identidade das pessoas com deficiência. Foram precursoras, naquele momento, da formulação do ser cego, surdo, deficiente intelectual e deficiente físico não apenas na denominação, mas em sua identificação como grupo social.

Todas as iniciativas, desde o Império até a década de 1970, são parte de uma história na qual as pessoas com deficiência ainda não tinham autonomia para decidir o que fazer da própria vida. Todavia, entre as pessoas com deficiência, esse foi um período de gestação da necessidade de organização de movimentos afirmativos dispostos a lutar por seus direitos humanos e autonomia, dentre os quais se destaca a capacidade de decidirem sobre a própria vida.