

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
CETREDE – CENTRO DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INCLUSÃO DA CRIANÇA ESPECIAL NO  
SISTEMA REGULAR DE ENSINO

**INCLUSÃO DA CRIANÇA PORTADORA DE SÍNDROME DE DOWN  
NO SISTEMA REGULAR DE ENSINO**

ANDREZA FABRÍCIA PINHEIRO DA SILVA CASTELO BRANCO

FORTALEZA - 2003.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
CETREDE – CENTRO DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM INCLUSÃO DA CRIANÇA ESPECIAL NO  
SISTEMA REGULAR DE ENSINO

**INCLUSÃO DA CRIANÇA PORTADORA DE SÍNDROME DE DOWN  
NO SISTEMA REGULAR DE ENSINO**

ANDREZA FABRÍCIA PINHEIRO DA SILVA CASTELO BRANCO

Monografia apresentada como pré-requisito para  
obtenção do título de Especialista Inclusão da  
Criança Especial no Sistema Regular de Ensino,  
pela Universidade Federal do Ceará.

FORTALEZA - 2003.

Esta monografia foi submetida à Coordenação do Curso de Especialização em Inclusão da Criança Especial no Sistema Regular de Ensino, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Inclusão da Criança Especial no Sistema Regular de Ensino, outorgado pela Universidade Federal do Ceará – UFC e encontra-se à disposição dos interessados na Biblioteca da referida Universidade.

A citação de qualquer trecho desta monografia é permitida, desde que feita de acordo com as normas de ética científica.

---

ANDREZA FABRÍCIA P. DA S. CASTELO BRANCO

Monografia aprovada em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

---

PROFA. DRA. GLÁUCIA MARIA DE MENEZES  
ORIENTADORA

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pela essência da vida, e por fazer-me nela desfrutar da alegria de cooperar para o crescimento e desenvolvimento das pessoas portadoras de necessidades educacionais especiais.

Aos meus familiares, em particular a Natanael, Iraedson, Ana, Eva e Marlécio, pelo apoio e cooperação direta ou indireta para meu enriquecimento pessoal.

A amável Consolação pelos momentos de alegria e aprendizado junto à mesma.

*Admiro tudo que vem de Deus porque Ele nunca criou nada absolutamente igual. Além de ser o Criador de tudo, Ele é o Criador da criatividade e das diferenças que fazem o mundo belo.*

Autor desconhecido

## SUMÁRIO

	Pág.
<b>RESUMO</b> .....	07
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>I. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL</b>	
1.1. ASPECTOS GERAIS.....	11
1.2. EDUCAÇÃO ESPECIAL NA ANTIGÜIDADE.....	12
1.3. EDUCAÇÃO ESPECIAL NA IDADE MÉDIA.....	13
1.4. EDUCAÇÃO ESPECIAL – DO SÉCULO XVI AOS DIAS DE HOJE.....	15
1.5. HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL NO BRASIL.....	16
<b>II. DEFICIENTE MENTAL COMO SUJEITO DO PROCESSO DE INCLUSÃO</b>	
2.1. ASPECTOS GERAIS DA DEFICIÊNCIA MENTAL.....	22
2.2. SÍNDROME DE DOWN OU TRISSOMIA DO CROMOSSOMO 21.....	27
2.2.1. Etiologia da Síndrome de Down.....	28
2.2.2. Características físicas do Portador de Síndrome de Down.....	30
2.2.3. Diagnóstico pré-natal.....	33
<b>III. CONTEXTO SOCIAL PARA DESENVOLVIMENTO DO PORTADOR DE SÍNDROME DE DOWN</b> .....	36
3.1. CAPACIDADES E LIMITAÇÕES DA CRIANÇA PORTADORA DE SÍNDROME DE DOWN.....	37
3.2. O PORTADOR DE SÍNDROME DE DOWN E A FAMÍLIA.....	39
<b>IV. PRESSUPOSTOS BÁSICOS PARA O PROCESSO DE INCLUSÃO</b> .....	42
4.1. ADAPTAÇÕES.....	44
4.1.1. Adaptações curriculares.....	44
4.1.2. Adaptações físicas.....	45
4.2. PREPARAÇÃO PROFISSIONAL.....	46
4.3. TEMPORALIDADE.....	47
<b>V. CONCLUSÕES</b> .....	49
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	50

## RESUMO

O presente documento monográfico tem por objetivo submeter à apreciação resultados da investigação e estudo bibliográfico aplicados à Inclusão da Criança Portadora de Síndrome de Down no Sistema Regular de Ensino. O primeiro capítulo traz um epítome da evolução histórica da educação especial. Neste, inicialmente, aborda-se a educação especial na antiguidade, subseqüentemente na idade média e, posteriormente do século XVI aos dias de hoje. Arremata-se este capítulo com a história da educação especial no Brasil. O segundo capítulo focaliza o deficiente mental como sujeito do processo de inclusão, trazendo assim, os aspectos gerais da deficiência mental, bem como a conceituação desta sob o olhar de diversos autores. No mesmo capítulo, à síndrome de Down – ou trissomia do cromossomo 21 – e sua etiologia é dada saliência. Ainda no referido capítulo são descritas as características do portador de tal síndrome, bem como as técnicas de diagnóstico pré-natal mais utilizadas atualmente. O terceiro capítulo descreve a importância do contexto social para desenvolvimento do portador de síndrome de Down, destacando para isso as capacidades e limitações da criança que porta essa síndrome e suas implicações sobre tal desenvolvimento. Outro fator a ser considerado, nesse capítulo, como determinante para o desenvolvimento dessa criança é sua relação com a família. O quarto capítulo destaca os pressupostos básicos para o processo de inclusão. Neste, é destacada a importância da elaboração de projetos de inclusão que incluam metas, objetivos, propostas, adaptações necessárias, preparação profissional e considerações sobre a temporalidade das crianças portadoras de necessidades educacionais especiais na escola. Portanto, esse documento procura concorrer para o crescimento da inclusão, bem como dos sujeitos que dela participam, a fim de que alcancem, no máximo, sucesso e crescimento individual e que, conseqüentemente contribua para o progresso da educação. Por ser um assunto consideradamente novo na educação pouco se ousa discuti-lo em reuniões escolares, comunitárias etc. Sabe-se, no entanto, que esse não é fator determinante para tal, considerando-se também a ausência de políticas voltadas para a inclusão das pessoas diferentes e o descompromisso social que coopera para que não se saia do ponto inicial, o

da 'suposta vontade' de mudar e não o agir para mudar. Cabe, porém, a cada ser, enquanto cidadão avaliar a importância de incluir tais pessoas na sociedade, escola etc., e anulando por fim o preconceito enraizado no seio da sociedade gerador da exclusão



## INTRODUÇÃO

As constantes mudanças ocorridas na história da educação de diversos países, dentre eles o Brasil, trazem a história da educação especial para uma posição relevante. Esse é um fato novo para tal história, pois durante muito tempo existiu entre os diversos povos e épocas a forte e marcante presença da ausência de privilégios para as – atualmente - pessoas portadoras de necessidades educacionais especiais (PPNEE). Estas eram postas à margem de oportunidades igualitárias – ou menos parecidas – às das pessoas ditas normais. O acesso à vida em sociedade, à escolaridade, aos grupos sociais etc., era considerado, até então, utopia.

Após um longo e lento processo de transformação pelo qual a humanidade passou – e ainda passa – os resultados relativos a tais sujeitos, que receberam diversas nomenclaturas, foram sendo ampliados até chegarem à situação atual, na qual têm o direito adquirido de acesso à ambientes comuns, oportunidades de trabalho, à vida em sociedade, dentre outros. Sabe-se porém, que não se deve acomodar-se diante dos resultados já obtidos, pois ainda há presente, e com considerável força, o preconceito, a incerteza de que se pode dar certo, a insegurança etc. Precisa-se, portanto, de políticas voltadas para a inclusão das pessoas que diferem dos padrões de normalidade pré-estabelecidos pela sociedade.

Diante das mudanças e de tentativas de conscientização sobre as capacidades contidas nas PPNEE, não se pode julgar as pessoas portadoras de síndrome de Down, contidas nesse grupo, como incapazes, inúteis, incompetentes, inábeis etc. Estes são portadores de características diferenciadas e próprias. Afinal, quem é igual ao outro? Não se pode também fingir incluí-las presencialmente. Ou seja, colocar as crianças portadoras de síndrome de Down ou outras necessidades educacionais especiais na sala de aula, sem os recursos adequados, sem profissionais preparados e qualificados, sem o preparo da comunidade escolar, tornando assim, uma inclusão presencial sem retorno qualitativo.

Segundo afirmativa do MEC/SEESP (1998, p.23) a *escola, nessa perspectiva, busca consolidar o respeito às diversas diferenças, conquanto não elogie a desigualdade. As diferenças vistas não como obstáculos para o cumprimento da ação educativa, mas, podendo e devendo ser fatores de enriquecimento. A diversidade existente na comunidade escolar contempla uma ampla dimensão de características. Necessidades educacionais podem ser identificadas em diversas situações representativas de dificuldades de aprendizagem, como decorrência de condições individuais, econômicas ou socioculturais dos alunos: crianças com condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais e sensoriais diferenciadas; crianças com deficiência e bem dotadas; crianças trabalhadoras ou que vivem nas ruas crianças de populações distantes ou nômades; crianças de minorias lingüísticas, étnicas ou culturais; crianças de grupos desfavorecidos ou marginalizados*

A perspectiva adotada no presente trabalho é a de fornecer orientações básicas para o desenvolvimento e crescimento da inclusão da criança portadora de síndrome de Down no sistema regular de ensino, levando-se em consideração a etiologia da referida síndrome bem como sua relação com a deficiência mental, as capacidades, limitações e características físicas e sociais da criança portadora de tal síndrome, bem como suas relações com a sociedade e a família. Nele estão descritos os objetivos da escola inclusiva para o progresso das crianças incluídas.

# I. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

## 1.1. ASPECTOS GERAIS

A Educação Especial tem se tornado o mais novo campo de atividades para o qual a Educação tem se voltado. Apesar de existir há anos, seu crescimento e desenvolvimento nunca havia sido tão notável, quanto atualmente. Acredita-se que isso se dê ao fato de ela ter ganho novos rumos.

É bem verdade que para muitos se trata de algo totalmente novo, fora da realidade e basicamente impossível, uma vez que julgam ser um objetivo inalcançável: educar alguém deficiente. Isto é principalmente verdade na área da deficiência mental, que são julgados como incapazes, incompetentes, ineducáveis, e, em resumo, sujeito sem o mínimo ‘prestígio’.

Sabe-se que, por esse e outros motivos, a Educação Especial não alcançou, ainda, seu nível de excelência. E isso é afirmado por MAZZOTTA (1996, p.11): *o sentido a ela atribuído é, ainda hoje, muitas vezes, o de assistência aos deficientes e não o de educação de alunos que apresentam necessidades educacionais especiais.*

Mas, necessário se faz o reconhecimento do progresso por ela alcançado. Portanto, para que haja uma ampla compreensão desse processo histórico julga-se necessário conhecer os muitos caminhos já trilhados pelo homem ocidental em sua relação com as pessoas portadoras de necessidades educacionais especiais.

A história da atenção a essas pessoas tem se caracterizado pela segregação, acompanhada pela conseqüente e gradativa exclusão, sob diferentes argumentos, dependendo do momento histórico focalizado.

Percebe-se, no decorrer da história da humanidade, a diversificação da visão e da compreensão que as diferentes sociedades tinham acerca da deficiência. O pensamento e conseqüentes atitudes, relativos à deficiência – enquanto fenômeno – e à pessoa com necessidades educacionais especiais – enquanto ser – modificaram-se no decorrer do tempo e das condições sócio-históricas. Assim sendo, procura-se focalizar a relação entre sociedade e deficiência no contexto da organização econômica vigente, da organização sócio-política, e dos conceitos de homem, de educação e de deficiência que constituíam o pensar de cada época.

Dentro desse contexto os, hoje, portadores de necessidades educacionais especiais eram identificados como: doidinhos, tolos, loucos, dementes, aleijadinhos, mocos, perturbadores etc. Portanto, esses passaram, aos poucos, a ganhar novas nomeações, tais como: ‘deficiente’, ‘portador de deficiência’ e ‘portador de necessidades especiais – alcançando atualmente um termo não pejorativo.

## **1.2. EDUCAÇÃO ESPECIAL NA ANTIGÜIDADE**

São poucos os dados objetivos registrados a respeito de como se caracterizava a relação entre sociedade e deficiência nos meados da vida cotidiana em Roma e na Grécia Antigas. Encontra-se, portanto, na literatura da época, bem como na Bíblia, passagens que permitem inferir sobre sua natureza e procedimentos relativos à referida relação.

Nessa época já era percebida a exclusão dos menos favorecidos. A organização sócio-política tinha por base o poder absoluto de uma minoria numérica, associada à absoluta exclusão dos demais. Tinha por característica básica a existência de dois agrupamentos

sociais: nobreza – que detinha o poder – e populacho – pessoas com função de utilidade prática que atendessem aos desejos e necessidades da nobreza.

Nesse modelo de organização social as pessoas diferentes dos padrões pré-estabelecidos eram praticamente exterminadas por meio do abandono, o que não representava um problema de natureza ética ou moral. Um registro desse fato está em várias passagens bíblicas, onde se podem verificar referências a cegos, mancos, coxos, leprosos e outros. Em uma dessas passagens encontra-se *...e era trazido um varão que desde o ventre de sua mãe era coxo, o qual todos os dias punha à porta do templo chamada Formosa, para pedir esmolas aos que entravam.* (ATOS: 3.2) Estes, como percebido, eram renegados e pedintes, nos templos e sinagogas. A sociedade os rejeitava pelo medo de doenças ou por julgá-los amaldiçoados. Outra ocupação que a nobreza enquadrava os portadores de alguma deficiência era a de bobo e palhaço. Relatou KANNER, citado por MAZZOTTA (1996), que a única ocupação para os deficientes mentais, por exemplo, é a de bobo ou de palhaço, para a diversão dos senhores e de seus hóspedes.

### **1.3. EDUCAÇÃO ESPECIAL NA IDADE MÉDIA**

Economicamente falando, neste período, são poucas as mudanças percebidas no mundo ocidental, pois a economia continua baseada em atividades de pecuária, artesanato e agricultura. De outro modo, percebe-se a significativa mudança na organização político-administrativa. O advento do cristianismo e conseqüente fortalecimento da igreja católica alçaram ao cenário político um novo segmento: o clero. Deste modo seus membros foram assumindo maior poder social, político e econômico, provenientes do poder maior que detinham de excomungar aqueles que, por um motivo ou outro os desagradassem. Por deterem o conhecimento conquistaram o domínio das ações da nobreza e, conseqüentemente, passaram a comandar toda a sociedade. Igualmente ao período anterior, ao povo permanecia o ônus de todo o trabalho.

Por conseqüência das idéias cristãs, de que todos são criaturas de Deus, os doentes ou deficientes não podiam mais serem exterminados. Dessa maneira, os mesmos continuavam a serem ignorados pela família e pela sociedade, que algumas vezes se mostravam ‘caridosos’ com a sobrevivência destes.

No decorrer do século XIII começaram a surgir instituições para abrigar deficientes mentais, bem como as primeiras legislações voltadas para o cuidado ao deficiente.

Nessa época a educação estruturava-se em duas vertentes de objetivos: uma de natureza religiosa, que objetivava a formação de elementos para o clero, e outra, caracterizada pela especificidade de objetivos diferenciados dependendo da variação do local e dos valores assumidos pela sociedade. Por conseqüências desse modelo de funcionamento da sociedade, instalaram-se e se sucederam por cinco séculos dois importantes e decisivos processos, a inquisição católica e a reforma protestante.

Como se não bastasse os deficientes serem renegados ao abandono e descaso social, nesse período surgem documentos papais que põem em risco maior a vida das pessoas com deficiência e/ou das pessoas que discordassem das ações do clero. Estes orientavam os membros do clero para identificar estas e junto a elas tomar providências, tais como torturas e outras punições severas que incluíam até a morte na fogueira.

Como conseqüência de toda a indignação gerada por esses fatos, culminou então, na reforma protestante, ocorrida dentro da própria igreja, quando Martinho Lutero separou-se formalmente da igreja católica e formou uma nova igreja estruturada em padrões opostos aos de antes. Esperava-se que nesse processo, a situação para as pessoas com deficiência melhorasse. Entretanto o que se sabe é que essa situação piorou, sendo considerada uma das piores épocas para a história da deficiência.

A ignorância teve sua parcela de contribuição para que as pessoas deficientes fossem marginalizadas e ignoradas. Isso é percebido quando MAZZOTTA (1996) fez referência às

interpretações e atitudes preconceituosas da igreja que punha risco à vida dos portadores de deficiência.

*A própria religião, com toda sua força cultural, ao colocar o homem como 'imagem e semelhança de Deus', ser perfeito, inculcava a idéia da condição humana como incluindo perfeição física e mental. E não sendo 'parecidos com Deus', os portadores de deficiências (ou imperfeições) eram postos à margem da condição humana. (MAZZOTTA, 1996, p.16)*

#### **1.4. EDUCAÇÃO ESPECIAL - DO SÉCULO XVI AOS DIAS DE HOJE**

Em uma análise dos termos economia, política, filosofia e estrutura social, percebe-se que várias foram as mudanças ocorridas neste período.

A revolução burguesa derrubou as monarquias, destruiu a hegemonia religiosa, e implantou uma nova forma de produção: o capitalismo mercantil. Deu-se início, nesse contexto, à formação dos estados modernos, os quais passaram a funcionar com uma nova divisão social do trabalho: os donos dos meios de produção e os operários. Os que compunham o segundo grupo passaram a viver com a venda de sua força de trabalho.

A vida social desse contexto suscitou mudanças e, naturalmente, surgiram outras formas educacionais. Porém, as pessoas deficientes ainda não eram incluídas nas ações educativas. Afirma FONSECA (1995) que os deficientes eram submetidos e apreciados pela mitologia, o espiritismo e a bruxaria que dominaram e afetaram a visão da deficiência, de onde decorreram julgamentos morais, perseguições, encarcerações etc.

Foi no século XVI que começaram a surgir novas idéias referentes à deficiência humana e a compreensão de que seria provocada por causas naturais. Desse modo, passou também a ser tratada por meio da alquimia, da magia e da astrologia, métodos da então iniciante medicina, processo importante do século XVI.

No século XVII houve novos avanços no conhecimento produzido na área da Medicina, o que fortaleceu a tese da organicidade, que defende as deficiências como sendo causadas por fatores naturais e não fatores espirituais, e ampliação da compreensão da deficiência como processo natural. Enquanto que a tese anteriormente citada favoreceu o surgimento de ações de tratamento médico das pessoas com deficiência, a tese do desenvolvimento encaminhou-se para ações de ensino, o que vai se desenvolver definitivamente somente a partir do século XVIII.

Segundo FONSECA (1996), *É, porém, no século XIX que se iniciam os primeiros estudos científicos da deficiência, mais inclinados para a deficiência mental do que para outras deficiências.* (FONSECA, 1996, p. 8)

MAZZOTTA (1996), referindo-se à chegada da Educação Especial no Brasil, afirma que a concretização de medidas educacionais voltadas para o atendimento aos deficientes se deu, inicialmente, na Europa e, posteriormente, nos Estados Unidos, Canadá e noutros países – inclusive no Brasil.

## **1.5. HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL NO BRASIL**

Ao rever os arquivos de nossa história percebe-se que, à pessoa com deficiência, é feita menção várias vezes, embora não como tema central. SILVA (1987, p 273), citado pelo MEC/SEESP (2000, p. 22) compara que da mesma forma que na Europa,

*...também no Brasil a pessoa deficiente foi considerada por vários séculos dentro da categoria mais ampla dos 'miseráveis', talvez o mais pobre dos pobres... Os mais afortunados que haviam nascido em 'berço de ouro' ou pelo menos remediado, certamente passaram o resto de seus dias atrás dos portões e das cercas vivas das suas grandes mansões, ou então, escondidos, voluntária ou involuntariamente, nas casas de campo ou nas fazendas de suas famílias. Essas pessoas deficientes menos*



*pobres acabaram não significando nada em termos de vida social ou política do Brasil, permanecendo como um ‘peso’ para suas respectivas famílias. (MEC/SEESP, 2000, cartilha 1, p. 22)*

Assim, os menos favorecidos, economicamente falando, ficavam à mercê dos improvisadores, curandeiros, barbeiros (que então atuavam também como cirurgiões) e quem mais se habilitasse a ajudar. Acredita-se que logo após a chegada efetiva dos portugueses ao Brasil foi observado que os índios praticamente não apresentavam aleijões e quando deformações havia, elas eram reconhecidamente de origem traumática.

Sabe-se que os escravos trazidos para o Brasil sofreram muitos castigos físicos, o que levou alguns a terem seus corpos marcados pelos maus tratos, e que resultou em doenças consideradas graves. As amputações também foram comuns em casos de acidentes, gangrena e tumores. A lepra era outra preocupação existente nesse período.

A atenção formal, bem como o atendimento escolar especial aos portadores de deficiência, teve seu início, no Brasil, na década de 50 do século XIX. MAZZOTTA (1996), sobre a criação do atual Instituto Benjamin Constant (I.B.C.), afirma: *Foi precisamente em 12 de setembro de 1854 que a primeira providência neste sentido foi concretizada por D. Pedro II. Naquela data, através do Decreto Imperial nº 1.428, D. Pedro fundou, na cidade do Rio de Janeiro, o Imperial Instituto dos Meninos Cegos. (MAZZOTTA, 1996, p. 28).* Três anos depois D. Pedro II cria o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos, atual Instituto Nacional de Educação de Surdos (I.N.E.S.), também criado no Rio de Janeiro e oficialmente instalado em 26 de setembro de 1857, pela Lei nº 839. Ambos os institutos foram criados para atender aos pedidos e intercessões de amigos ou de pessoas institucionalmente próximas ao Imperador. Este atendia às solicitações, dada a amizade que com eles mantinha. Essa prática do favor e da caridade, fundamentou o caráter assistencialista que permeou a atenção e o atendimento à pessoa com deficiência, no país, e à educação especial, em particular, desde seu início. As instituições foram gradativamente assumindo uma natureza de asilos, destinadas ao acolhimento de pessoas inválidas.

Os profissionais que haviam ido estudar na Europa, após a Proclamação da República, começaram a retornar entusiasmados com a idéia de modernizar o País. Desse modo, MAZZOTTA (1996), explica detalhadamente como se deu início à expansão das instituições de educação especial.

*Na primeira metade do século XX, portanto, até 1950, havia quarenta estabelecimentos de ensino regular mantidos pelo poder público, sendo um federal e os demais estaduais, que prestavam algum tipo de atendimento escolar especial a deficientes mentais. Ainda, catorze estabelecimentos de ensino regular, dos quais um federal, nove estaduais e quatro particulares, atendiam também alunos com outras deficiências. (MAZZOTTA, 1996, p. 31)*

Para isso era determinado que as crianças com deficiência mental fossem encaminhadas à educadora sanitária, que inspecionava o serviço de Educação em defesa da Saúde Pública, a qual devia assegurar que a escola só as aceitasse se não atrapalhassem o bom andamento da classe. Nota-se, além disso, que a educação especial adotou como seu núcleo e objetivo central a cura, a reabilitação, ao invés da construção do conhecimento, e por conseqüência a busca de eficiência nos processos de ensino, propriamente ditos.

A partir da década de 50, continuou-se a multiplicação de entidades assistenciais privadas, aumentando, conseqüentemente, o número de pessoas atendidas na rede pública. Já as entidades assistenciais tenderam a se unir em federações estaduais e nacionais. *O atendimento educacional aos excepcionais foi explicitamente assumido, a nível nacional, pelo governo federal, com a criação de Campanhas especificamente voltadas para este fim. (MAZZOTTA 1996, p. 49)*

No período da década de 60 o Brasil foi palco do surgimento de centros de reabilitação para todos os tipos de deficiência, e que objetivava também a integração da pessoa com deficiência na sociedade e suas diversas instâncias. Nessa mesma década a Lei de Diretrizes e Bases – LDB (Lei nº 4.024/61) veio tornar explícito o compromisso do poder público

brasileiro com a educação especial, no momento em que ocorria um aumento crescente das escolas públicas no País. Esta dedica um capítulo à Educação dos Excepcionais.

A LDB nº 5.692/71, em seu artigo 9º, afirma MAZZOTTA (1996, p. 53,54), *previa 'tratamento especial aos excepcionais', numerosas ações passaram a se desenvolver com vistas à implantação das novas diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus.* Ele acrescentou ainda que no âmbito da educação especial é identificada, no Parecer nº 848/72 - do Conselho Federal de Educação – uma solicitação do Ministro da Educação e Cultura *no sentido de que forneça subsídios para o equacionamento do problema relacionado com a educação dos excepcionais.* Como afirma o referido autor, tal solicitação estava acompanhada de carta do Presidente Nacional das APAEs, encarecendo *a adoção de medidas urgentes para que também o campo do ensino e amparo ao excepcional seja dinamizado numa hora em que todos os outros setores educacionais são reformulados e acionados.* No mesmo ano, o MEC criou Grupo Tarefa da Educação Especial que elaborou o Projeto Prioritário nº 35, incluído no Plano Setorial de Educação e Cultura (1972-1974).

Assim, em 3 de julho de 1973, foi criado, por meio do Decreto nº 72.425, o CENESP, Centro Nacional de Educação Especial. Ele foi criado com a *finalidade de promover, em todo o território nacional, a expansão e melhoria do atendimento aos excepcionais.* (MAZZOTTA, 1996, p 55).

Em dezembro de 1981, Ano Internacional da Pessoa Deficiente, a sociedade que clamava por transformações significativas nessa área, foi motivada a debater, organizar-se, e estabelecer metas e objetivos que encaminharam novos desdobramentos importantes.

O início da década de 90 foi marcado pelo *início dos movimentos internacionais para a construção de sistemas educacionais inclusivos, na busca da garantia do acesso de todos à escola, respeitando-se as peculiaridades de cada um.* (MEC/SEESP, 2000, cartilha 4, p. 8). Destaca-se também nesse período a aceitação política da proposta de Educação para Todos, produzida em Jomtien, Tailândia, na conferência mundial da UNESCO, bem como a

adoção da proposta da Declaração de Salamanca (1994) – dando continuidade à proposta iniciada anteriormente. Ambas são comentadas pelo MEC/SEESP (2000, p.9)

*O Programa Educação para Todos trata da garantia, para todos os cidadãos, do acesso à escolaridade, ao saber culturalmente construído, ao processo de produção e de difusão do conhecimento e, principalmente, à sua utilização na vivência da cidadania. O cumprimento de tais objetivos requer a existência de sistemas educacionais planejados e organizados para dar conta da diversidade dos alunos, de forma a poder oferecer, a cada um, respostas pedagógicas adequadas às suas peculiaridades individuais, às suas características e necessidades específicas. A Declaração de Salamanca, por sua vez, traz as recomendações referentes aos princípios, à política e à prática de reconhecimento e atenção às necessidades educacionais especiais.*

Assumindo tal compromisso, o país sinalizou que estava pronto para promover novo avanço na relação com seus cidadãos portadores de necessidades especiais, de forma a poder acolher a todos, indiscriminadamente, com qualidade e igualdade de condições. A Nova LDB N° 9394/96, que marcou a história da educação, no referido ano, trata de forma diferenciada a Educação Especial, em seu Capítulo V. Posteriormente, o ano de 1998 foi marcado, educacionalmente falando, pela elaboração do documento de Adaptações Curriculares para Alunos com Necessidades Educacionais Especiais no âmbito dos Parâmetros Curriculares Nacionais (P.C.N.) Estes vieram nortear e orientar os profissionais da educação quanto à relação professor e aluno, no desenvolvimento de um processo de ensino e aprendizagem eficaz e significativo.

Nesse processo, tem-se, na rede pública, a provisão do direito ao acesso ao ensino público, preferencialmente na rede regular de ensino, a toda e qualquer criança com necessidades educacionais especiais. Já a rede privada tem envidado esforços na busca de compreensão sobre a inclusão, bem como de formas de participação e auto-ajuste para participar construtivamente do processo de construção de um sistema educacional inclusivo.

Em resumo, ao percorrermos os períodos da história universal, evidenciam-se teorias e práticas sociais segregadoras, inclusive quanto ao acesso ao saber. Como afirma o MEC (2001, p. 19) *A pedagogia da exclusão tem origens remotas, condizentes com o modo como estão sendo construídas as condições de existência da humanidade em determinado momento histórico.*

## II. DEFICIENTE MENTAL COMO SUJEITO DO PROCESSO DE INCLUSÃO

### 2.1. ASPECTOS GERAIS DA DEFICIÊNCIA MENTAL

O termo deficiência mental abrange vários conceitos relativos a si. Estes dependem, portanto, da visão histórica, social, filosófica, moral, ética, religiosa e cultural que se tenha do Aluno e da Escola do Mundo na qual este esteja inserido.

Segundo descrição do MEC/SEESP (1998, p.26), sobre o referido termo

*Caracteriza-se por registrar um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, oriundo do período de desenvolvimento, concomitante com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade, nos seguintes aspectos: comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais, desempenho na família e comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, desempenho escolar, lazer e trabalho.*

Em uma breve análise da história da educação especial, percebe-se que a deficiência mental não é tão recente. *Através dos anos, os homens vêm procurando termos novos e mais apropriados para designar pessoas com incapacidade intelectual. Este é o grupo que tem sofrido maiores modificações em seus conceitos, categorizações e terminologias mais apropriadas pra a designação do grupo<sup>1</sup> e subgrupos<sup>2</sup>.* (AMIRALIAN, 1986, p.15). Logo, percebe-se que ela está presente nos tempos passados, embora com outras nomenclaturas. Portanto, não apenas na educação especial – mas na educação como um todo - percebe-se que junto ao desenvolvimento histórico há a evolução sócio-cultural dos termos e conceitos

---

<sup>1</sup> Identificado pelo termo oligofrenia (oligo = fraqueza, e frenia = cabeça)

<sup>2</sup> designados pelos termos débil, imbecil e idiota.

que o acompanham. Isso é afirmado por SEMEGHINI (1998): *Retardo mental, atraso mental, deficiência mental, déficit intelectual, déficit cognitivo, déficits reais ou circunstâncias, necessidades educativas especiais são expressões empregadas em diferentes épocas e em contextos determinados.* (SEMEGHINI, 1998, p. 19). Essa evolução é atribuída, segundo AMIRALIAN (1986), ao progresso da civilização. Isso é visivelmente percebido quando a referida autora destacou a importância dos estudos e pesquisas, na referida área, para modificação dos conceitos já elaborados e a formulação de novos conceitos. Ela ainda acrescentou que *muitos consideravam o retardamento como decorrente de etiologia fundamentalmente orgânica. Em muitos casos o retardamento passou a ser visto como uma desordem funcional que não poderia ser explicada por nenhuma causa física.* (AMIRALIAN, 1986, p. 15)

KIRK (1960), ressaltou que o termo ‘retardamento mental’ é usado em vários sentidos, e não descreve uma doença e sim uma condição. Ele acrescentou ainda que:

*...se refere a todos os graus de desenvolvimento mental retardado. Indica-nos que se desenvolve a criança mentalmente de modo lento, mas não nos diz o quanto. Mentalmente retardada pode ser uma criança que não progride normalmente na escola, mas, ao mesmo tempo, apresenta algum progresso e é capaz de se conduzir no mundo sem ajuda especial. Outra criança, referida como retardada, pode ser um incapaz toda a sua vida. Nesses dois casos, o diagnóstico do retardamento não nos mostra que precauções tomar para eles.* (KIRK, 1960, p. 27).

Pela ampliação dos estudos e conseqüente evolução dos conceitos, como citado anteriormente, essa afirmação dada por Kirk (1960), dentre outras, foi posteriormente estudada e ampliada por vários outros autores, que vêm, com suas relevantes e preciosas pesquisas e descobertas, dando novos rumos à história da educação, e, com isso abrindo novos horizontes - para que não só a Educação Especial, mas a Educação como um todo, como um conjunto, cresça com positivos resultados. Vejamos o que descreveu WERNER (1994).

*A Deficiência Mental é um atraso ou lentidão no desenvolvimento mental da criança. A criança aprende mais lentamente que as outras da mesma idade. Ela pode demorar para começar a se mover, sorrir, demonstrar interesse pelas coisas, usar as mãos, sentar-se, caminhar, falar ou entender. Ou pode desenvolver habilidades mais rapidamente, mas ser mais lenta em outras. O grau de deficiência mental varia de leve a profundo. (KIRK, 1994, p. 277).*

As duas definições mantêm algumas relações entre si, mas com consideráveis diferenças, quando analisadas criteriosamente. A diferença mais marcante é relativa aos graus de deficiência, uma vez que Kirk (1960) referiu-se a dois como sendo determinantes - ou um ou outro – levando, assim à conclusão de dois graus de retardamento que mantêm uma relação de extremidade. Já Werner (1994) referiu-se a esses como sendo variáveis de leve a profundo, o que leva a subentender: com outros graus nos intervalos de um ao outro, e não extremista e estagnado.

O AURÉLIO SÉCULO XXI (2000) assim define as palavras que formam o termo Deficiência Mental: *Deficiência: [Do lat. deficientia.] S. f. Falta, falha, carência, imperfeição, defeito. Medicina: Insuficiência. Mental [Do lat. tard. mentale.] Adj. 2 g. Relativo à mente; intelectual: faculdades mentais, que se passa na mente ou pensamento; espiritual: concepções mentais.*

É importante destacar uma observação feita por WERNER (1994) quando diferenciou os termos Deficiência Mental e Doença Mental, geralmente confundidos pelas pessoas, porém bem diferenciados. Ele explica que: o doente mental pode ter inteligência normal ou alta e pode ter um alto nível de escolaridade. Ele passa a se comportar de modo estranho devido a experiências estressantes ou a alguma doença afetando o cérebro. Quando um deficiente mental se comporta estranhamente, é porque em geral não aprendeu o comportamento correto; necessitando, assim, ser ensinado. A pessoa com doença mental precisa de ajuda especial. Elas são como as pessoas com qualquer outra doença. Geralmente elas não conseguem controlar o próprio comportamento estranho.



Sobre a definição aceita pela Associação Americana de Deficiência Mental (AAMD), Heber, citado por AMIRALIAN (1986, p. 16), propõe: *O retardamento mental refere-se ao funcionamento intelectual geral abaixo da média, originado durante o período de desenvolvimento e associado à deterioração do comportamento adaptativo.*

A classificação esquematizada a seguir é sugerida por AMIRALIAN (1986, 17,18) para condensar as diversas propostas encontradas entre autores que trabalham com esse grupo de crianças, incluindo os vários fatores importantes para a designação de retardamento mental.

<b><i>Nível de retardamento</i></b>	<b><i>Característica de desenvolvimento</i></b>	<b><i>Característica educacional</i></b>	<b><i>Adequação social</i></b>
<i>Retardados mentais leves educáveis QI – 55/60 – 70/75</i>	<i>Atraso leve no desenvolvimento para andar, falar e cuidar de si; geralmente não se diferenciam da média das crianças até a idade escolar.</i>	<i>Capazes de aprendizagem acadêmica até mais ou menos a 3ª ou 4ª série do Ensino Fundamental, em ensino especializado de escola comum.</i>	<i>Quando adultos são capazes de independência social e econômica, casam-se e muito freqüentemente perdem a identificação de deficientes mentais.</i>
<i>Retardados mentais moderados treináveis QI – 35/40 – 55/60</i>	<i>Atraso notável na aprendizagem de habilidades básicas, mas aprendem a falar, andar, alimentar-se e cuidar de sua toaleta.</i>	<i>Capacidade de aprendizagem escolar a nível de pré-escola; rudimentos de aprendizagem acadêmica; reconhecimento de números e palavras.</i>	<i>Quando adultos são capazes de realizar trabalho supervisionado, freqüentemente em oficinas abrigadas; raramente casam e ou conseguem independência.</i>
<i>Retardados mentais</i>	<i>Grande atraso no</i>	<i>Capazes somente de</i>	<i>Somente capazes de</i>

<i>severos treináveis e custodiais QI – 20/25 – 35/40</i>	<i>desenvolvimento de aprendizagem de habilidades básicas . Estas só são conseguidas por volta dos 6 anos de idade cronológica.</i>	<i>aprendizagens rudimentares e não em áreas acadêmicas, apenas em áreas de cuidados especiais.</i>	<i>realização de tarefas simples, seja em casa ou ambiente protegido; necessitam freqüentemente de cuidados permanentes.</i>
<i>Retardados mentais profundos custodiais QI abaixo de 20/25</i>	<i>Geralmente apresentam capacidade mínima de aprendizagem, raramente se alimentam, falam ou cuidam de si. Muitos ficam permanentemente na cama.</i>	<i>Alguns são capazes de aprender a andar e se alimentar; não aprendem a linguagem da fala.</i>	<i>São incapazes de se manter por si; necessitam de permanentes cuidados de enfermagem.</i>

É importante ressaltar que algumas crianças portadoras de retardo mental são identificadas apenas quando entram na escola. Outras, porém, podem ser identificadas nos primeiros anos de vida. Há também as que são identificadas logo ao nascer, ou, ainda quando estão no ventre materno através de exames especializados.

Sabe-se que este é um acontecimento que marca intensamente a família, que geralmente se pergunta: Porquê? O que fizemos para merecer isso? Em resposta a esses e outros questionamentos WERNER (1994) descreveu algumas causas da deficiência mental, como sendo: de origem desconhecida; má formação do cérebro; erro cromossômico – que é o caso da Síndrome de Down; insuficiência de minerais ou má alimentação por parte da mãe; lesão cerebral causada por rubéola, meningite, hidrocefalia, lesões cranianas e outras causas

que incluem tumor cerebral, envenenamento - por chumbo, pesticidas, certos remédios e alimentos – e algumas formas de distrofia ou atrofia muscular.

*Em muitas partes do mundo as causas mais comuns de deficiência mental, segundo afirmação dada por WERNER (1994), são a lesão cerebral e a Síndrome de Down. Ele ressalta ainda que em algumas regiões montanhosas, é muito comum que ela seja causada pela falta de iodo nos alimentos e na água.*

À Síndrome de Down será dado maior enfoque nesse capítulo, pois será trabalhada mais detalhadamente a seguir.

## **2.2. SÍNDROME DE DOWN OU TRISSOMIA DO CROMOSSOMO 21**

Há inúmeros questionamentos relativos à origem de existência da síndrome de Down. Os pais geralmente questionam se ela é algo novo ou se já existe desde os primórdios. Não há registro de respostas precisas a esse respeito, mas PUESCHEL (1998, p.45) supõe que

*...no decorrer da história biológica e da evolução da humanidade, ocorreram numerosas mutações de genes e modificações cromossômicas. Assim, muitas doenças genéticas e desordens cromossômicas conhecidas, inclusive a síndrome de Down, provavelmente ocorreram em séculos e milênios anteriores.*

Síndrome de Down, segundo definição do AURÉLIO SÉCULO XXI (2000), é assim definida: *A que se caracteriza por apresentar-se o crânio pequeno e achatado em sentido ântero-posterior, achatamento da junção dos ossos nasais, encurtamento de falanges, outras alterações de dedos de mãos e de pés e retardo mental que varia de moderado a intenso; mongolismo*

O termo Síndrome de Down é originado da publicação de um trabalho desenvolvido por John Langdon Down, no ano de 1866, na qual eram descritas algumas características da

referida síndrome, que hoje leva seu nome. Down citado por PUESCHEL (1998, p.48) mencionou: *O cabelo não é preto como é o cabelo de um verdadeiro mongol, mas é de cor castanha, liso e escasso. O rosto é achatado e largo. Os olhos posicionados em linha oblíqua. O nariz é pequeno. Estas crianças têm um poder considerável par a imitação.*

A Síndrome de Down é, atualmente, a síndrome genética mais conhecida. Ela é considerada a forma mais freqüente de lentidão ou retardo mental causada por uma aberração cromossômica, possivelmente demonstrada através do microscópio. Acredita-se que ela seja responsável por aproximadamente 15% dos portadores de atraso mental que freqüentam instituições próprias para crianças especiais.

### **2.2.1. Etiologia da Síndrome de Down**

Comumente chamada, mongolismo, a Síndrome de Down é especificamente marcada pela combinação específica de características fenotípicas que inclui retardo mental e uma face típica. É causada pelo excesso de material genético proveniente do cromossomo 21, uma vez que seus portadores apresentam, ao invés de dois, três cromossomos 21 – daí a denominação trissomia 21.

Trata-se, portanto, de uma patologia genética na qual toda a condição do paciente é causada por esse excesso de material. PUESCHEL (1998) explicou detalhadamente esta anomalia cromossômica. Existem, normalmente, em cada célula, 46 cromossomos que freqüentemente estão dispostos em pares, conforme seu tamanho. Destes, 22 são pares de cromossomos regulares, também chamados ‘autossomos’ – que quer dizer: qualquer cromossomo diferente do cromossomo sexual – e dois cromossomos do sexo, que são XX na fêmea e XY no macho. A soma destes resulta, conseqüentemente, em um conjunto de 46 cromossomos que formam a célula normal.

Destes 46, metade são da mãe – estão no óvulo – e a outra metade são do pai – estão no espermatozóide. Assim sendo, no momento da concepção, normalmente haverá um total de

46 cromossomos na primeira célula, que dará origem às demais. No entanto, se em uma das partes tiver um cromossomo adicional, somando um total de 24, isso levará a um resultado somático de 47 cromossomos formando uma célula. Se, então, o cromossomo extra for o 21, o indivíduo nascerá com Síndrome de Down, quando não ocorrer um aborto natural.

Do mesmo modo que a célula composta por 46 cromossomos dá origem às demais – sendo assim idênticas – a composta por 47 cromossomos também dá origem às demais posteriores. Assim sendo, após o parto, as células da criança conterão 47 cromossomos, indicando a trissomia do 21.

Em resposta à freqüente pergunta de como o cromossomo extra entra na célula, PUESCHEL (1998) explicou que essa aberração cromossômica pode ocorrer de três formas diferentes assim descritas: trissomia 21 (também chamada trissomia livre), translocação ou mosaïcismo (também chamado trissomia livre em parte).

**A trissomia 21** é presente em aproximadamente 95% dos casos de Síndrome de Down. É observada, em todas as células, a presença de um cromossomo 21 extra, resultando, com isso, num cariótipo constituído por 47 cromossomos, devido a trissomia do 21.

Desse modo, o mecanismo genético que leva à trissomia 21 é a não disjunção do par de cromossomos 21 durante a gametogênese de um dos genitores, resultando num óvulo ou espermatozóide com 24 cromossomos. Essa disjunção é mais freqüente na mãe, principalmente depois dos 35 anos de idade. PUESCHEL (1998, p.58) alertou: *Os pais devem saber que uma vez tendo um filho com trissomia 21, o risco de um outro filho nascer com Síndrome de Down é de cerca de 1 em 100.*

**A translocação** é responsável por aproximadamente 4% dos casos de Síndrome de Down. Nesses casos o cromossomo 21 está ligado a outro cromossomo, geralmente ao 14, 21 ou 22. *Em crianças com translocação, o número de cromossomos nas células é 46, mas o cromossomo 21 extra está ligado a outro cromossomo, então ocorre, novamente um total de três cromossomos 21 presentes em cada célula.* (PUESHEL, 1998, p. 58). Em outras

palavras, o cromossomo extra do par 21 se rompeu e aderiu a outro cromossomo. Desse modo, é importante ressaltar a importância de que – nesse caso - mesmo tendo 46 cromossomos, o indivíduo é portador de Síndrome de Down. Segundo o referido autor, essa pessoa é denominada Portador Balanceado ou Portador por Translocação.

**O mosaicismo** do cromossomo 21 está presente em aproximadamente 2 % dos portadores de Síndrome de Down, que apresentam dois tipos de células: um com 46 cromossomos e outro com 47 cromossomos. A causa principal é a não disjunção do cromossomo 21 durante o processo da mitose no embrião, resultando, assim em células trissômicas derivadas. Deste modo, ao nascer a criança apresenta um número diferenciado de cromossomos em suas células: algumas com 47 cromossomos e outras com 46 cromossomos.

### **2.2.2. Características Físicas do Portador de Síndrome de Down**

As pessoas portadoras dessa síndrome têm características físicas específicas, geralmente semelhantes às das demais pessoas e outras que relevantemente as diferenciam das demais. As características citadas posteriormente são de fundamental importância para o diagnóstico clínico. Isso é afirmado por PUESCHEL (1998) quando o mesmo refere-se à aparência e às funções de todo ser humano como sendo determinados, principalmente, pelos genes. Do mesmo modo, as características físicas de crianças com síndrome de Down são formadas por influências de seu material genético. Por herdarem os genes do pai e da mãe, as crianças se parecerão, até certo ponto, com os pais em aspectos como estrutura corporal, cor dos cabelos e olhos, padrões de crescimento (embora em ritmo mais lento). No entanto, devido ao material genético adicional no cromossomo 21 extra, as crianças portadoras de síndrome de Down também têm características corporais que lhes dá uma aparência diferente da de seus pais, irmãos e de outras crianças sem a referida deficiência.

Como afirma o referido autor as crianças portadoras de síndrome de Down apresentam muitas características em comum e se parecem um pouco entre si. Cabe ressaltar que nem sempre as crianças com síndrome de Down apresentam todas as características. Algumas

podem ter apenas algumas das citadas a seguir, enquanto que outras podem mostrar a maioria destas.

As características a seguir foram descritas por WERNER (1994, p. 279) referindo-se às características físicas do portador de Síndrome de Down.

- *Ao nascer, o bebê parece mole e fraco;*
- *O bebê não chora muito;*
- *O bebê demora mais do que outros da mesma idade para se virar, segurar objetos, sentar-se, falar e andar;*
- *Quando é abaixado de repente, o bebê reage abrindo os braços;*
- *Uma dobra de pele cobre o canto interno da pálpebra;*
- *As pálpebras podem estar inchadas e vermelhas;*
- *A íris do olho tem muitas manchinhas brancas, como grãos de areia. Geralmente desaparecem por volta dos 12 meses de idade;*
- *Cabeça curta ou pequena, larga e achatada na nuca;*
- *Às vezes quadris deslocados;*
- *Rosto achatado;*
- *Nariz pequeno, achatado entre os olhos;*
- *Olhos oblíquos virados para cima; às vezes míopes ou com visão fraca;*
- *Orelhas baixas;*
- *Boca pequena, sempre aberta; céu da boca estreito; língua dependurada para fora;*
- *Mãos largas e curtas com dedos curtos. O dedo mínimo pode estar curvado ou ter somente uma dobra;*
- *Uma linha profunda atravessando a palma (às vezes em crianças sem a Síndrome de Down);*
- *Pescoço curto;*
- *Ombros arredondados;*
- *Braços e pernas curtos;*
- *Rótula do joelho desliza para um lado;*
- *Pés torcidos para dentro e achatados;*

- *Dedão bem separado dos outros dedos;*
- *As articulações dos cotovelos, quadris e tornozelos podem estar muito frouxas e flexíveis;*
- *Um a cada três tem problemas cardíacos;*
- *Pode desenvolver leucemia;*
- *As crianças maiores podem ter problemas auditivos e visuais;*
- *Um em cada dez tem os ossos do pescoço deformados, os quais podem deslizar comprimindo a medula espinhal. Isto pode causar paralisia repentina ou progressiva – ou morte repentina.*

Sabe-se também de outras características não citadas por Werner (1994), como sendo: orelhas ligeiramente menores, boca pequena, mãos e pés pequenos, pele da nuca em excesso dentre outras.

Freqüentemente, os portadores desta síndrome apresentam mal-formações congênitas, como por exemplo: defeitos cardíacos severos e bloqueio dos intestinos, o que devem ser considerados e requerem atenção médica. Os resultados de uma recente pesquisa desenvolvida, pela FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE SÍNDROME DE DOWN (1999, p.52), mostram que, segundo observado:

*...há um atraso no desenvolvimento global, sendo que os bebês já nascem com peso e estatura menores que os bebês que não têm trissomia 21. Em relação ao seu desenvolvimento posterior, a defasagem torna-se mais evidente a partir do sexto mês de vida. De qualquer modo, a evolução dos aspectos psicomotor, físico e emocional, lingüístico e cognitivo das crianças com síndrome de Down vai depender, em grande medida, da eventual presença de cardiopatias congênitas.*

A mesma pesquisa relata os problemas de saúde mais comuns que afetam essas pessoas. São eles:



- *Problemas do sistema nervoso central: mal de Alzheimer, Calcificação de gânglio basal (síndromes convulsivas, com degeneração), Epilepsia (entre 5 e 10%);*
  - *Cardiopatias Congênitas, em quase metade das pessoas com síndrome de Down, das quais a principal é o defeito do septo atrioventricular;*
  - *Hipotireoidismo;*
  - *Hipogonadismo (masculino), que se reflete na virtual esterilidade masculina e redução dos níveis de progesterona;*
  - *Problemas gastro-intestinais: estreitamento duodenal, com obstrução parcial, distúrbios do aparelho digestivo, incluindo constipação intestinal, cálculos na vesícula (10% dos casos);*
  - *Predisposição a infecções respiratórias (casos de sinusite são os mais comuns), Alegrias diversas (atropina, presente em analgésicos e anti-espasmódicos);*
  - *Problemas dermatológicos, pele seca e áspera, sujeita a dermatites, Vitiligo (menos freqüente);*
  - *Baixa imunidade a agentes infecciosos;*
  - *Problemas odontológicos, predisposição a cáries e gengivites, alterações na morfologia da arcada dentária;*
  - *Problemas visuais, catarata congênita, miopia (70%) e astigmatismo (50%);*
  - *Problemas ortopédicos, instabilidade Atlanto-Axial (20% dos casos), instabilidade Coxo-Femural (45% dos casos)*
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE SÍNDROME DE DOWN (1999, p.53)

### **2.2.3. Diagnóstico Pré-natal**

Os resultados obtidos nos estudos e pesquisas desenvolvidas, sobre a síndrome de Down e outras doenças genéticas, nos últimos anos, muito contribuem para o diagnóstico e compreensão da patogênese e dos mecanismos de transmissão dessas doenças. A evolução tecnológica também tem sua considerável contribuição para tal.

A introdução de exames pré-natais muito tem contribuído para fornecer, aos médicos e consultores genéticos, informações mais precisas sobre o feto – diagnosticando se ele tem ou não uma doença genética específica ou desordem cromossômica. Entretanto, não há a necessidade da realização de exames especializados, sem apresentação de suspeitas de risco e a respectiva circunstância que assim justifique. PUESCHEL (1998, p.65) alertou para os riscos associados acarretados pelo uso de algumas técnicas. Portanto, *certas indicações são necessárias para o uso desses procedimentos. Atualmente, vários fatores foram associados ao aumento do risco de ter um filho com Síndrome de Down.* Os fatores descritos por ele foram: idade materna de 35 anos de idade ou mais; idade paterna de 45 a 50 anos ou mais; nascimento anterior de uma criança com síndrome de Down ou outra anormalidade cromossômica; translocação cromossômica balanceada em um dos pais e, pais com desordens cromossômicas. A importância de tais exames dá-se ao poder que têm em detectarem alterações no feto. As técnicas de diagnóstico pré-natal para a síndrome de Down, disponíveis, incluem:

AMNIOCENTESE – Trata-se da extração de uma amostra do líquido amniótico, líquido este que envolve o feto no útero materno, para estudo genético. Ela é realizada a partir da 14ª semana de gravidez, a contar da última semana de menstruação. De acordo com estudos realizados os riscos – que outrora eram grandes - existentes para a mãe e para o feto, hoje são diminutos.

AMOSTRA DE VILOCORIAL – É uma técnica de retirada de amostra de um pedaço de tecido placentário, chamado vilocorial, que é obtido por via vaginal ou através do abdome. É, geralmente, feito entre a oitava e a décima primeira semana de gravidez. Os riscos de sua realização são um pouco maiores que os da amniocentese.

ULTRA-SONOGRAFIA – Técnica que permite o envio de ondas sonoras para dentro do útero, enquanto que as estruturas encontradas são registradas na tela de um monitor. Pela conseqüente evolução tecnológica é possível identificar certas malformações no feto, como por exemplo os defeitos cardíacos e outros. A precisão das informações, através dele, não é possível nas primeiras semanas de gravidez, e sim nas últimas.

TRIAGEM DE ALFAPETOPROTEÍNA MATERNA – Segundo afirmação de PUESCHEL (1998, p. 72) *Estudos recentes mostram que é possível identificar aproximadamente de 60% a 80% dos fetos com síndrome de Down no período pré-natal utilizando-se os níveis de alfafetoproteína, a idade materna e níveis de hormônios femininos específicos.* É importante ressaltar que a maioria dos obstetras oferecem a triagem de alfafetoproteína para mulheres grávidas.

### III. CONTEXTO SOCIAL PARA DESENVOLVIMENTO DO PORTADOR DE SÍNDROME DE DOWN

*A sociedade não constitui um todo homogêneo. Ela é formada por grupos com interesses muitas vezes opostos. E a escola reproduz essa divisão social.*(PILETTI, 1997, p.36). Percebe-se, ao observar a história da educação, que a marcante heterogeneidade tem atuado fortemente, resultando na constante exclusão dos ditos ‘diferentes’, ‘anormais’ e outros que incluem o grupo dos menos favorecidos.

*A miopia social ainda é muito grande quando se trata de deficiências físicas e/ou mentais.* Isso é afirmado por LINHARES (1999, p.14) retratando sua indignação com a sociedade que, demasiadamente exclui os que diferem dos padrões pré-estabelecidos – geralmente por uma minoria – de normalidade. A mesma autora afirma ainda que

*não é possível falar em inclusão em uma sociedade em que os torcedores de times de futebol promovam espetáculos de luta livre, onde se agride os que praticam religiosidades diferentes, que não respeita os idosos nem os negros e índios, uma sociedade que ainda não aprendeu a respeitar as diferenças individuais.* (LINHARES, 1999, p.24).

Portanto, acredita-se que os fatores sócio-emocionais muito contribuem para o sucesso e desenvolvimento de todos os que participam direta e até indiretamente da educação como um todo. Nesse contexto vivido pela sociedade é cabível destacar a importância de que

*Desenvolver amizades não é algo que ocorra de maneira fácil ou natural para nós, crianças e adultos. A maioria das pessoas tem problemas ao relacionar-se com outras pessoas. As escolas, por sua vez, dão pouca atenção aos valores sociais e educacionais das amizades. Mas são nossas amizades e relacionamentos que nos tornam membros reais das nossas comunidades. As amizades protegem-nos de estar sós e vulneráveis e garantem que nossas vidas sejam ricas e plenas. Entretanto, as*

*vidas das pessoas que são rotuladas como retardadas ou com deficiências parecem repletas de profunda solidão e isolamento – ou seja, com pouco amigos. Isso é algo que, para mudar exige de todos nós muito esforço. Está tornando-se cada vez mais claro que, sem amigos, não pode ocorrer a verdadeira inclusão de uma pessoa na escola e na comunidade. (STAINBACK, 1995)*

### **3.1. CAPACIDADES E LIMITAÇÕES DA CRIANÇA PORTADORA DE SÍNDROME DE DOWN**

A criança portadora de síndrome de Down começa a receber um tratamento diferenciado e negativo desde o início de sua história de vida. Na maioria das vezes os muitos preconceitos alicerçam as atitudes e práticas que, quase sempre, determinam como essa história será concluída – com ou sem final feliz. Outro fator ao qual é dada notável atribuição na obtenção dos resultados relativos à educação especial é a rotulação.

*Referir-se a uma criança por meio de um termo ou frase que resume o que ela é, o que é capaz (ou não) de fazer e o que lhe irá acontecer no futuro, equivale a criar um estereótipo. Dizer que uma criança tem uma incapacidade qualquer, uma deficiência ou uma fraca capacidade intelectual, conduz a somente levar em conta essa característica e a generalizá-la, impedindo de está atento às outras características individuais. O recurso a um estereótipo limita as expectativas sobre o que uma criança é capaz de realizar. (MEC/SEESP, 1998, p.51)<sup>3</sup>*

Acredita-se que não haja apenas uma objeção à questão da rotulação. Dentre outras, a *colocação de rótulos leva muitos professores a superprotegerem alguns dos seus alunos. Um certo cuidado deve, evidentemente, fazer parte de qualquer processo de ensino, mas, no entanto é preciso ter consciência dos perigos de subestimar o que a criança é capaz de realizar. (MEC/SEESP, 1998, p.51)<sup>3</sup>*

---

<sup>3</sup> Série Atualidades Pedagógicas nº 2 - Conjunto de Materiais para a Capacitação de Professores; necessidades na sala de aula - MEC/SEESP

Nesse contexto, a rotulação é, portanto, o fator que determina, na maioria das vezes, o sucesso ou o insucesso do aluno portador de necessidade educacionais especiais. Não se trata, portanto, de pré-determinações garantidas de sucesso do referido aluno. Mas vale ressaltar o que ensina Vygostsky, citado por (LINHARES, 1999, p. 12) *o que importa são as possibilidades de aprendizagem, na medida em que se sabe que os progressos cognitivos, afetivos, emocionais estão em formação e que correspondem ao nível do desenvolvimento potencial*. Como afirma a referida autora, *a educação de qualquer pessoa, independente de ser portadora de deficiência, não se reduz à cognição*.

É óbvio que não se pode afirmar se uma criança pode ou não desenvolver uma atividade, sem antes conhecer suas limitações e capacidades. Para isso, faz-se necessária a observação e avaliação contínua para que se venha a conhecer a realidade da referida criança. Não é cabível sonhar que uma criança portadora de Síndrome de Down, por exemplo, alcance um nível de desenvolvimento suficiente para que a mesma ingresse em uma faculdade de medicina ou outra qualquer. É necessário, portanto, o conhecimento de suas capacidades e limitações, para que se possam desenvolver estratégias e adaptações necessárias para a realização de atividades voltadas para essa criança.

*Em muitos países, os professores reconhecem as limitações e os possíveis perigos da perspectiva centrada no aluno para resolver as dificuldades de aprendizagem. Conseqüentemente, estão explorando uma abordagem como 'ponto de vista curricular'. Por outras palavras, procuramos compreender as dificuldades das crianças por meio da sua participação na experiência escolar. A adoção de uma perspectiva centrada no currículo pode ajudar a lidar com uma maior variedade de alunos, inclusive com alguns que são habitualmente excluídos das escolas regulares. Baseia-se nos seguintes pressupostos: qualquer criança pode ter dificuldades na escola; as dificuldades na escola podem sugerir formas de melhorar o ensino; essas mudanças permitem oferecer melhores condições de aprendizagem a todos os alunos; os professores devem ser apoiados quando tentam melhorar sua prática. (MEC/SEESP, 1998, p.55)<sup>3</sup>*

Outra consideração a ser feita é relativa às expectativas de desenvolvimento da criança portadora de síndrome de Down, uma vez que a diversidade dos fatores biológicos, funções e realizações das pessoas ‘ditas normais’ estão também presentes nas pessoas portadoras de tal síndrome. Seu desenvolvimento físico varia, como citado no capítulo anterior. Quanto ao desenvolvimento mental destas, bem como as habilidades intelectuais dependem do nível de retardamento, que varia de leve a severo. Inclusive, o comportamento delas varia significativamente, de criança para criança, podendo, algumas, apresentar comportamentos considerados normais.

### **3.2. O PORTADOR DE SÍNDROME DE DOWN E A FAMÍLIA**

Para a maioria dos pais de crianças portadoras de síndrome de Down, o momento mais difícil é o do diagnóstico e/ou do nascimento de um filho portador de tal deficiência. Como cita PUESCHEL (1998, p. 23) *o nascimento de uma criança é um evento importantíssimo na vida familiar*. Durante toda a gestação, geralmente os pais fazem planos e idealizações compostos por expectativas mil sobre os mais diversos aspectos que envolverão o filho.

No momento do diagnóstico os pais dividem-se entre os planos e ideais e a realidade que os choca. Os primeiros momentos sempre são considerados os mais difíceis, nos quais a não aceitação do fato predomina todo e qualquer sonho. Os pais não evitam questionar os por quês e o culpar-se. Em resumo, as emoções, muitas vezes variantes de pessoa para pessoa, são fortes e até não compreendidas por eles mesmos. Portanto,

*seus sentimentos de tristeza e perda podem nunca desaparecer por completo, contudo, muitas pessoas descrevem alguns efeitos benéficos de tal experiência. Sentem que adquirem uma nova dimensão quanto ao significado da vida e uma sensibilidade para aquilo que é verdadeiramente importante. Às vezes, uma experiência estarrecedora como esta pode fortalecer e unificar uma família.*  
(PUESCHEL, 1998, p. 26)

Entretanto, como afirmado por KIRK (1960), pelo constante crescimento e evolução da história da educação especial, e conseqüentemente dos sujeitos que dela fazem parte, atualmente os pais já não precisam mais esconder da sociedade os filhos portadores de alguma deficiência. Essa mudança de atitude é atribuída às manifestações por parte dos pais ao revelar os sentimentos e ansiedades que experimentam, enquanto atravessam as fases do ajustamento ao novo problema da família. Alguns autores descrevem 5 reações emocionais dos pais a esse fato:

**Choque** é descrito como uma sensação de perda do bebê perfeito e de suas esperanças e sonhos. Trata-se de um momento de extrema pressão, uma vez que é exigido dos pais a aceitação e cuidados específicos do bebê. Há, nesse momento, quem reaja de maneiras diferentes, uns com desejo de grande proteção, ou de grande rejeição. Nesse mesmo momento, a comunicação é de fundamental importância para que se compartilhe as emoções.

**Negação** é o período que se segue ao choque, quando ocorrem descrença e questionamento. Nesse momento, os pais não querem acreditar que o fato esteja acontecendo com eles, e, muitas vezes, saem em busca de opiniões ou respostas alternativas, na tentativa de que provem não ser verdade.

**Tristeza e raiva** acontecem em um período de confusão emocional, no qual os pais demonstram os referidos sentimentos pela perda do filho perfeito, podendo até demonstrar agressividade com familiares e profissionais. O casal, muitas das vezes questionam-se quanto aos porquês. Outros, porém, por uma ou outra razão, culpam-se.

**Equilíbrio** ocorre com o decorrer do tempo, quando a intensidade do sentimento diminui. Apesar de parecer com a calma vinda após a tempestade os pais ainda estão vulneráveis a qualquer alteração na rotina que parece reiniciar para a família. É um momento de recomposição das emoções, que permite, finalmente, chegarem à etapa da reorganização.



**Reorganização** chegada sem período pré-estabelecido, dependendo, portanto, da situação individual de cada um. É o momento em que os pais desenvolvem a confiança na própria capacidade de cuidar do filho e melhorar a auto-estima. Não se pode, no entanto, afirmar ser o fim da história para esses pais, pois no decorrer de suas vidas novas e diferentes situações se apresentarão levando-os a passar pela seqüência de novos sentimentos.

Os pais devem estar cientes de que não caminharão mais sozinhos, pois necessitarão de profissionais que irão participar da vida do filho portador de necessidades especiais. Dependendo da necessidade, contará com apoio de profissionais que fornecerão orientações sobre o desenvolvimento médico, educacional, social, físico e emocional do filho.

Quanto aos outros filhos, irmãos da criança que são ditos normais, os pais – na maioria das vezes – não têm certeza sobre o que dizê-los. Porém, é importante que esses sejam informados sobre a deficiência do irmão ou irmã. Devem acompanhar, sempre que possível, este nas consultas ao médico ou ao programa de intervenção precoce, os quais darão informações sobre as necessidades, capacidades e valores do irmão ou irmã deficiente. Os pais deverão conversar e orientar os outros filhos ao bom relacionamento com o irmão ou irmã deficiente. Há casos de não aceitação dos irmãos, que conseqüentemente necessitam de acompanhamento de um profissional adequado para trabalhar essa dificuldade junto à referida criança e família como um todo.

A criança que nasce deficiente, certamente se desenvolverá, crescerá e apresentará as necessidades vitais e sociais de qualquer pessoa na sua idade. Nesse contexto os pais, demonstram-se ansiosos quanto ao futuro do filho deficiente mental, não tanto quanto o dos demais. Sabem, portanto, que esse precisa ir à escola, desenvolver-se socialmente, tornar-se independente e trabalhar. Para muitos, se trata de sonhos inalcançáveis, mas para outros que relutam e tentam alcançar esses sonhos, se trata de sonhos realizados: ver o desempenho pessoal e social do filho deficiente. *Afinal, muitos indivíduos com síndrome de Down estão aptos a trabalhar em empregos competitivos. Para outros, empregos supervisionados ou ambientes protegidos de trabalho podem ser mais apropriados.* PUESCHEL (1998, p. 43)

## IV. PRESSUPOSTOS BÁSICOS PARA O PROCESSO DE INCLUSÃO

É notório que ainda hoje se percebe a dificuldade de aceitação do ‘diferente’ nos grupos sociais. A não aceitação dessa pessoa acarreta sérias dificuldades ao seu processo de desenvolvimento social, afetivo, psicológico e cognitivo. Referindo-se a tal fato STAINBACK (1999, p.175) comentou: *está tornando-se cada vez mais claro que, sem amigos não pode ocorrer a verdadeira inclusão de uma pessoa na escola e na comunidade. ...as escolas precisam saber que, se você não tiver amigos, não poderá aprender eficientemente.*

Sabe-se, porém, que a amizade não é o único pressuposto para que, de fato, a inclusão aconteça. Muito se ouve falar, inclusive com relevante admiração, mas pouco se sabe sobre ela. O termo Inclusão é descrito pelo MEC/SEESP (2001, p. 20), como sendo

*... a garantia, a todos, do acesso contínuo ao espaço comum da vida em sociedade, sociedade essa que deve estar orientada por relações de acolhimento à diversidade humana, de aceitação das diferenças individuais, de esforço coletivo na equiparação de oportunidades de desenvolvimento, com qualidade, em todas as dimensões da vida.*

*A inclusão, neste momento, é um processo político e um movimento de libertação.* (STAINBACK, 1999, p. 403) Portanto, não se pode pensar nela apenas pela sensibilização de imaginar ser ela a chance de ascensão para os portadores de necessidades educacionais especiais. Incluir, portanto, vai além da ‘sensibilização ou piedade’. Como afirma Maria Teresa Mantoan, em entrevista à NOVA ESCOLA (ANO XVIII, nº 165) *do ponto de vista pedagógico, a construção desse modelo implica transformar a escola, no que diz respeito ao currículo, à avaliação e, principalmente, às atitudes.* Ao pensar em inclusão, portanto, deve-se, inicialmente, pensar em um projeto que trace objetivos, propostas, ações, adaptações etc. O mesmo deve compreender, inicialmente, a preparação inicial da

comunidade escolar para o processo inclusivo. Posteriormente, conterà as ações voltadas para o planejamento e prática pedagógica da inclusão. Não se pode deixar de comportar, nesse projeto, a adaptação e avaliação individualizadas para o processo inclusivo.

Nesse projeto, os objetivos devem estar voltados para o rompimento de paradigmas de impossibilidade da inclusão, mobilizando para isso comunidade e escola e oferecendo estratégias adequadas para que se concretize e possibilite o desenvolvimento das potencialidades e habilidades – dos portadores de síndrome de Down – para que se tornem partes efetiva e integrante da sociedade. Ainda sobre os objetivos deve-se pensar em preparar a comunidade escolar e a sociedade para que recebam e respeitem os alunos portadores da referida síndrome – levando-se em consideração suas diferenças e individualidades – e desenvolvam atividades que evitem a rotulação, desmitifiquem os atuais preconceitos, e possibilitem a integração dessas crianças com as outras. Deve-se pensar também em qualificar e capacitar os profissionais para que atuem com segurança e presteza, a fim de que a proposta inclusiva atue, com efeito, para o sucesso e desenvolvimento dos sujeitos que dela participam. Outro fator importante é a conscientização da comunidade escolar e da família sobre as capacidades e potencialidades que os portadores de necessidades especiais trazem consigo. Não se pode deixar de objetivar o desenvolvimento da capacidade de comunicar-se, de cuidar de si mesmo, de ser empregado com sucesso, de tornar-se independente e auto-suficiente – pois assim não sendo, não há porque incluir. Em resumo, nosso objetivo final é capacitar e subsidiar o portador de síndrome de Down para que o mesmo se desenvolva, e alcance, na medida das possibilidades, sua independência.

O referido projeto não conterà, como citado anteriormente, apenas sonhos e objetivos. Será composto também de ações e estratégias voltadas para a concretização e alcance dos objetivos propostos. No entanto, não se deve pensar em ações apenas para as pessoas a serem incluídas, mas para todos que participarão, direta e indiretamente, desse processo. Isso implica o planejamento de ações que compreendam os corpos: docente, discente, administrativo, familiar e social como um todo. Afinal, a educação inclusiva não tem por base a adaptação da pessoa portadora de necessidades

educacionais especiais à escola e sim, que esta se transforme a fim de possibilitar àquela sua inclusão

#### **4.1. ADAPTAÇÕES**

Portanto, o MEC (2001, p. 6), propõe

*a adoção do conceito de necessidades educacionais especiais e do horizonte da educação inclusiva implica mudanças significativas. Em vez de pensar no aluno como a origem de um problema, exigindo-se dele um ajustamento a padrões de normalidade para aprender com os demais, coloca-se para os sistemas de ensino e para as escolas o desafio de construir coletivamente as condições para atender bem à diversidade de seus alunos.*

##### **4.1.1. Adaptações Curriculares**

As adaptações curriculares têm por objetivo o estabelecimento de uma relação harmônica entre as necessidades educacionais dos alunos e a programação curricular. Desse modo, elas devem ser destinadas aos que necessitam, e, de preferência, em ambientes menos restritivos e em menor período de tempo, com a finalidade de promover o aluno a formas cada vez mais comuns de ensino.

*As adaptações curriculares constituem, pois, possibilidades educacionais de atuar frente às dificuldades de aprendizagem dos alunos. Pressupõe-se que se realize a adaptação do currículo regular, quando necessário, para torná-lo apropriado às peculiaridades dos alunos, com necessidades especiais. Não um novo currículo, mas*

*um currículo dinâmico, alterável, passível de ampliação, para que atenda realmente a todos os educandos.* MEC (1998, p. 33).

Nesse contexto, as adaptações curriculares implicam um planejamento de ações fundamentadas em critérios que definem: o que o aluno deve aprender; como e quando aprender; que formas de organização de o ensino são mais eficientes para o processo de aprendizagem; como e quando avaliar o aluno. A participação dos alunos portadores de necessidades educacionais especiais – e a conseqüente obtenção de resultados favoráveis – deve-se à preparação e dedicação da equipe educacional e dos professores; ao apoio adequado e recursos especializados, quando necessário; às adaptações curriculares e de acesso ao currículo. O atendimento facilitado a esses alunos se dá em decorrência de algumas características curriculares, tais como: o alcance do mesmo grau de abstração ou de conhecimento, num tempo determinado; o desenvolvimento pelos demais colegas, embora não o fazendo com a mesma intensidade ou necessariamente de igual modo ou com a mesma ação e grau de abstração. (MEC/SEESP, 1998)

Segundo descrito pelo MEC/SEESP (1998, p.40) *as adaptações curriculares não devem ser entendidas como um processo exclusivamente individual ou uma decisão que envolve apenas o professor e o aluno. Realizam-se em três níveis: no âmbito do projeto pedagógico (currículo escolar); no currículo desenvolvido na sala de aula; no nível individual.*

#### **4.1.2. Adaptações Físicas**

É descrito pelo MEC/SEESP (2001, p.37) importância da asseguaração, por parte dos gestores educacionais e escolares, de acessibilidade aos alunos que apresentem necessidades educacionais especiais, mediante a eliminação de barreiras arquitetônicas urbanísticas , na edificação. Tais incluem: instalações, equipamentos e mobiliário, bem como nos transportes escolares e barreiras de comunicação. *Para atendimento dos padrões*

*mínimos estabelecidos com respeito à acessibilidade, deve ser realizada a adaptação das escolas existentes e condicionada a autorização de construção e funcionamento de novas escolas ao preenchimento dos requisitos de infra-estrutura definidos.*

## **4.2. PREPARAÇÃO PROFISSIONAL**

Trata-se de um dos pontos chaves do sucesso da Inclusão. Não se pode e nem deve pensar em incluir, sem preparar os profissionais para atuarem, eficientemente junto aos alunos portadores de necessidades educacionais especiais, bem como junto aos ditos normais. Segundo afirmativa do MEC/SEESP (2001, p. 31) o inciso III do Artigo 59 da LDBEN refere-se a dois perfis de professores para atuar juntos aos alunos que apresentam tais necessidades, como sendo: o professor da classe comum capacitado e o professor especializado em educação especial.

*São considerados professores capacitados para atuar em classes comuns com alunos que apresentam necessidades educacionais especiais, aqueles que comprovem que , em sua formação, de nível médio ou superior, forma incluídos conteúdos ou disciplinas sobre educação especial. ...São considerados professores especializados em educação especial aqueles que desenvolveram competências para identificar as necessidades educacionais especiais, definir e implementar respostas educativas a essas necessidades, apoiar o professor da classe comum, atuar nos processos de desenvolvimento e aprendizagem dos alunos, desenvolvendo estratégias de flexibilização, adaptação curricular e práticas pedagógicas alternativas, entre outras.*

Há, nesse contexto, os profissionais que trabalham com os serviços de orientação e supervisão pedagógica. Trata-se de professores especializados que fazem visitas periódicas às escolas, e cuja finalidade é trabalhar com os alunos que apresentem necessidades

educacionais especiais. Esses são denominados professores itinerantes, que trabalham conjuntamente com os professores da classe regular de ensino, juntos a essas crianças. Há também os professores interpretes – profissionais especializados para apoiar os alunos surdos, surdos-cegos, e outros que apresentem sérios comprometimentos de comunicação e sinalização.

#### **4.3. TEMPORALIDADE**

É notória a preocupação dos educadores, pais e comunidade em geral, com a temporalidade do aluno portador de necessidades educacionais especiais na sala de aula regular. Sabe-se, portanto, que não se faz necessária a permanência do referido aluno em uma sala de educação infantil a partir dos 7 anos de idade. A escolarização desse, segundo documento do MEC/SEESP (2001, p.56),

*deve processar-se nos mesmos níveis, etapas e modalidades de educação e ensino que os demais educandos, ou seja, no ensino fundamental, no ensino médio, na educação profissional, na educação de jovens e adultos e na educação superior. Essa educação é suplementada e complementada quando se utilizam os serviços de apoio pedagógico especializado.*

Sabe-se da dificuldade que os pais têm enfrentado pelo fato de seu filho necessitar de apoio especializado. Isso não deve, no entanto, constituir motivo para dificultar seu acesso e frequência às creches e às turmas de pré-escola da educação regular. Há quem questione as capacidade e limitações da criança, e, como citado no capítulo anterior, a rotulação tem acarretado sérios comprometimentos nos resultados dos trabalhos desenvolvidos com crianças portadoras de tais necessidades.

Quando, porém, os sujeitos do processo inclusivo não alcançarem os resultados de escolarização previstos no Artigo 32.1 da LDBEN ‘o desenvolvimento da capacidade de aprender, tendo como meios básicos o pleno domínio da leitura, da escrita e do cálculo’ e, esgotando-se as possibilidades apontadas nos Artigos 24, 26 e 32 da LDBEN *as escolas devem fornecer-lhes uma certificação de conclusão de escolaridade, denominada terminalidade específica.* (MEC/SEESP, 2001, p. 59)



## **CONCLUSÕES**

Acredita-se que a inclusão da criança portadora de síndrome de Down – bem como das demais – no sistema regular de ensino, ganhará cada vez mais lugar nas rodas de discussões e seminários e cursos. Apesar de serem poucas as pessoas incluídas atualmente, tem-se como verdadeiro que não apenas os índices como também a qualidade da inclusão aumentará de modo que os sujeitos que dela fazem parte terão vantagens mil.

Ainda que a temática tratada neste trabalho seja considerada importante para o bom andamento da educação inclusiva, o tratamento dado ao estudo da inclusão revela uma preocupação ainda maior com os benefícios que tais estudos podem trazer à organização do ato de educar, sobretudo no que diz respeito aceitação do diferente no meio social e educacional por parte da sociedade em geral.

Apesar de poucas serem as práticas e ações voltadas para o que se propõem em conceitos e teorias, cresce a esperança de se incluir todas as pessoas diferentes na escola regular. Para isso precisa-se do planejamento de ações e estratégias de conscientização voltadas para a sociedade em geral, além de ações que objetivem o preparo do corpo escolar para trabalhar incluindo e incluir trabalhando.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AMIRALIAN, Maria Lúcia T. M. *Psicologia do Excepcional: Temas básicos de psicologia*. São Paulo. Epu, 1986. .

BRASIL. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL. *Conjunto de materiais para a capacitação de professores: necessidades na sala de aula*. Série Atualidades Pedagógicas, nº 2. Brasília: MEC/SEESP, 1998. 216p.

\_\_\_\_\_. *Diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica*. Brasília: MEC/SEESP, 2001. 79p.

\_\_\_\_\_. *Projeto Escola Viva – Garantindo acesso e permanência de todos os alunos na escola – Alunos com necessidades educativas especiais*. Brasília: MEC/SEESP, 2000.

BRASIL. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO FUNDAMENTAL. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL. *Parâmetros Curriculares Nacionais: Adaptações Curriculares*. Brasília: MEC/SEF/SEESP, 1998. 62p.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE SÍNDROME DE DOWN. *Perfil das percepções sobre pessoas com síndrome de Down e do seu atendimento: aspectos qualitativos e quantitativos*. Brasília: 1999. 157p.

FONSECA, Vitor da. *Educação especial: Programa de estimulação precoce – Uma introdução às idéias de Feuerstein*. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

KIRK, Samuel A. *Crianças excepcionais e sua educação familiar*. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961. 297p.

MAZZOTTA, Marcos José Silveira. *Educação especial no Brasil: História e política públicas*. São Paulo: Cortez, 1996.

PILETTI, Nelson. *Psicologia Educacional*. São Paulo: Ática, 1989.

PUESCHEL, S. M. *Síndrome de Down: Guia para pais e educadores*. 3ª ed. Campinas: Papyrus, 1998. 306p.

STAINBACK, Susan. *Inclusão: um guia para educadores* / Susan Stainback e Willian Stainback; trad. Magda França Lopes. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

WERNER, D. *Guia de deficiências e reabilitação simplificada: para crianças e jovens portadores de deficiência, famílias, comunidades, técnicos de reabilitação e agentes comunitários de saúde*. Brasília: Corde, 1994