



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Especial

**PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO
DE RECURSOS HUMANOS DO
ENSINO FUNDAMENTAL**

DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA

VOLUME 1

SÉRIE
ATUALIDADES PEDAGÓGICAS

5

Presidente da República Federativa do Brasil

Fernando Henrique Cardoso

Ministro da Educação

Paulo Renato Souza

Secretário Executivo

Luciano Oliva Patrício

Secretária de Educação Especial

Marilene Ribeiro dos Santos

**Ministério da Educação
Secretaria de Educação Especial**

**PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO
DE RECURSOS HUMANOS DO
ENSINO FUNDAMENTAL**

DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA

VOLUME 1

SÉRIE
ATUALIDADES PEDAGÓGICAS

5

Ministério da Educação

Esplanada dos Ministérios, Bloco L, 6º andar, sala 600

CEP 70047-901 - Brasília - DF

Fone (061) 410-8651 – 226-8672

Fax (061) 321-9398

PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO DE RECURSOS
HUMANOS DO ENSINO FUNDAMENTAL:
DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA VOL. 1. FASCÍCULOS I – II –
III / ERENICE NATÁLIA SOARES DE CARVALHO.
BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO,
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL, 2000.

_____ P. (SÉRIE ATUALIDADES PEDAGÓGICAS; 5)

1. DEFICIÊNCIA MÚLTIPLA. 2. EDUCAÇÃO DO DEFICIENTE.
I SÉRIE. II TÍTULO

CDU 376. 2.3

APRESENTAÇÃO

A Secretaria de Educação Especial do Ministério da Educação, objetivando a divulgação de conhecimentos técnico-científicos mais atualizados acerca das diferentes áreas de deficiência, bem como relativos à deficiência múltipla, edita textos e sugestões de práticas pedagógicas referentes à educação dos alunos com necessidades especiais.

A presente série trata da Educação de aluno portador de *deficiência múltipla*.

MARILENE RIBEIRO DOS SANTOS

Secretária de Educação Especial

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

Deficiência Múltipla Volume 1

Fascículos I, II, III

Conteudista
Erenice Natália Soares de Carvalho

Brasília / 2000

SUMÁRIO GERAL

VOLUME 1

Fascículo I - A Concepção de Deficiência

- Histórico da deficiência na humanidade
- Conceitos de deficiência
- Bibliografia

Fascículo II – Deficiência Múltipla

- Conceitos
- Incidência e diagnóstico diferencial
- Prevenção
- Questões educacionais e de cidadania
- Bibliografia

Fascículo III – O Bebê com Deficiência Múltipla

- Aspectos de desenvolvimento
- Abordagem educacional – programas de estimulação
- Serviços comunitários
- Trabalho interdisciplinar
- Bibliografia

VOLUME 2

Fascículo IV - A Criança de Quatro a Seis Anos com Deficiência Múltipla

- Aspectos de desenvolvimento
- Segregação e integração pelos modelos de atendimento
- Serviços comunitários
- Trabalho interdisciplinar
- Bibliografia

Fascículo V - A Criança de Sete a Onze Anos com Deficiência Múltipla

- Aspectos de desenvolvimento
- Educação escolar
- Segregação e integração pelos modelos de atendimento
- Serviços comunitários
- Trabalho interdisciplinar
- Bibliografia

Fascículo VI - O Adolescente com Deficiências Múltiplas

- Aspectos de desenvolvimento
- Educação para o trabalho
- Segregação e integração pelos modelos de atendimento
- Adaptações curriculares
- Serviços comunitários
- Trabalho interdisciplinar
- Bibliografia

Fascículo VI - A Competência Social

- A competência social
- A tecnologia na educação da pessoa cega e de baixa visão
- A orientação vocacional
- Estudo profissiográfico e encaminhamento ao mercado de trabalho
- Bibliografia

Fascículo VII - O Adulto com Deficiência Múltipla

- Aspectos de desenvolvimento
- Inserção no mercado de trabalho
- Constituição de família
- Segregação e integração pelos modelos de atendimento
- Bibliografia

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

Fascículo I

A Concepção de Deficiência

Conteudista
Erenice Natália Soares de Carvalho

Brasília / 2000

SUMÁRIO

FASCÍCULO I - A Concepção de Deficiência

- Histórico da deficiência na humanidade
- Conceitos de deficiência
- Verificando sua aprendizagem
- Conferindo suas respostas
- Bibliografia

Por que preparar professores para o atendimento educacional às pessoas com deficiências múltiplas?

Espera-se que o educador, de um modo geral, tenha conhecimentos adequados sobre o que pretende ensinar; que disponha das habilidades necessárias à organização e à transmissão do saber escolar aos seus alunos; que reconheça as metas educacionais; as relações estabelecidas no âmbito da escola e dessa com a sociedade, de modo a favorecer o exercício de seu papel.

Ao educador que se dedica aos alunos portadores de deficiência múltipla alguns requisitos são acrescentados: o conhecimento das particularidades educacionais dos alunos, suas potencialidades e necessidades especiais, os avanços atuais na concepção de deficiência, bem como o domínio sobre as novas formas de abordar a educação e a integração escolar e social dessa população específica.

Esse curso tem a finalidade de contribuir para a preparação desse professor e enfatiza a importância de suas características pessoais de flexibilidade, comprometimento e criatividade.

Conta com sua persistência e seu entusiasmo, aliados à competência profissional, que lhe garantem um exercício profissional eficiente e profícuo.

Como essa preparação será feita?

A preparação realizar-se-á por meio de uma série de sete programas televisionados e de sete suportes impressos com informações mais detalhadas, para que o professor possa aprofundar os conhecimentos e refletir sobre a temática da deficiência múltipla.

O conteúdo está organizado em dois volumes e sete fascículos.

1. Leia os objetivos específicos do fascículo;
2. Estude o texto do fascículo;
3. Teste seus conhecimentos, respondendo às avaliações propostas;
4. Confira suas respostas com a da chave de correção, no final do fascículo;
5. Concluindo, passe para os fascículos seguinte;
6. Se não conseguir ser bem sucedido, reestude o texto;
7. Responda novamente à avaliação. Se não conseguir, consulte o professor aplicador do fascículo.

- 1 - Estudar o texto relativo ao fascículo.
- 2 - Rever o vídeo para tirar dúvidas.
- 3 - Recorrer ao professor aplicador da unidade, caso a dúvida persista.
- 4 - Realizar a avaliação proposta e as atividades sugeridas.

Este é o volume 1 – fascículo I Série Atualidades Pedagógicas 5 – Educação Especial.

Tem como objetivo instrumentalizar os professores para atuar com alunos portadores de deficiência múltipla. O fascículo visa fornecer subsídios para que esses professores alcancem os seguintes objetivos:

- entender a evolução do conceito de deficiência na humanidade;
- identificar as raízes históricas das atuais atitudes sociais de discriminação e preconceito;
- analisar os antecedentes históricos das posturas segregacionistas que ainda prevalecem na comunidade escolar e que dificultam a educação inclusiva dos educandos com deficiência(s).

São muitos os eventos, as circunstâncias e os fatos históricos que têm influenciado a evolução no campo das deficiências.

Os registros demonstram que forças políticas expressas em ações pessoais, grupais ou institucionais contribuíram significativamente para os avanços nesse campo nos últimos tempos.

O conceito de deficiência desenvolveu-se com a história, influenciado pelas diversas culturas que, a seu tempo, lhe emprestaram naturezas e significados diversos.

Atualmente, em âmbito internacional, o movimento da *escola inclusiva* ganhou força após a *Declaração de Salamanca* (1994) que preconiza a escola para todos, sem discriminação, em ambiente integrado.

O movimento desaconselha a segregação de alunos com necessidades especiais em instituições especializadas e defende que o sistema educacional deve organizar-se de tal modo, que inclua e dê respostas educacionais adequadas a *todos* seus alunos, inclusive os portadores de necessidades educacionais especiais.

O movimento da *escola inclusiva* preconiza, ainda, que a educação desses alunos seja a mais normalizadora possível, isto é, utilize recursos, programas, serviços e tecnologias disponíveis para todos os demais, adaptando o currículo apenas no caso de necessidade evidenciada pelo aluno.

Essa postura foi adotada por quase cem países representados em Salamanca, na Espanha (1994), em conferência internacional apoiada pela UNESCO. Reflete política que prioriza os direitos humanos, a igualdade de oportunidades para todas as pessoas e a participação efetiva dos portadores de necessidades especiais, na condição de cidadãos, na sociedade em que vivem.

Os princípios que norteiam a atual linha de ação prevalecem desde a conferência e serão básicos para a

definição das políticas e das ações do milênio. Certamente, constituirão parâmetros para a postura dos cidadãos quanto aos portadores de necessidades especiais, vindo a influenciar as políticas governamentais, as ações sociais e as instituições que prestam serviços a essa população específica.

Esse é um novo capítulo da História.

As *diferenças*, ao invés de discriminadas, passam a ser aceitas e respeitadas, sem que se almeje tornar ou tentar tornar alguém “normal”. As pessoas portadoras de necessidades especiais devem ser tratadas como cidadãs, com direitos e deveres iguais.

A História, entretanto, registra atitudes e ações muito distantes dos postulados atuais.

As pessoas com deficiência viveram situações desde o extremo de consideradas *divinas* e *superiores* até situações de ameaça e consumação de morte.

Patton, Payne & Beirne-Smith (1985) fazem uma divisão do percurso histórico das deficiências na humanidade, desde a Antigüidade até nossos dias e o classifica em nove períodos representativos das diversas posturas e atitudes socioculturais prevalentes em cada um deles.

Focaliza mais detalhadamente a concepção de deficiência nos últimos duzentos anos, classificando os períodos de análise em:

1. *Antigüidade* – período anterior aos anos 1700;
2. *Emergência de um campo* – período de 1700 a 1860;
3. *Desilusão* – período de 1860 a 1890;
4. *Recuo* – período de 1890 a 1925;
5. *Movimento gradual* – período de 1925 a 1950;
6. *Redespertamento* – período de 1950 a 1960;
7. *Notoriedade* – período de 1960 a 1970;
8. *Época de litígio* – período de 1970 a 1980;
9. *Ação e reação* – período de 1980 até o presente.

Embora a análise dos autores seja restrita ao contexto histórico da deficiência mental e às influências sócio-políticas que marcaram sua concepção, verificamos que se aplica às demais deficiências, uma vez que eram vistas como categorias “iguais”.

Por essa razão, a análise dos autores será estendida às demais, sobretudo à deficiência múltipla, objeto do presente trabalho.

Pessotti (1984) caracteriza a postura sociocultural de considerar os portadores de deficiências como *semelhantes* ou cidadãos de mesma categoria, quando relata:

“ Foi assim que grandes hospitais, como o de Bicêtre e a Salpêtrière em Paris, Bethlehem na Inglaterra e muitos outros no resto da Europa se abriram para acolher, piedosa e clinicamente, em total promiscuidade, prostitutas, idiotas, loucos, ‘libertinos’, delinqüentes, mutilados e ‘possessos’ que só na Salpêtrière perfaziam, em 1778, um total de 8000 pessoas.” (p. 25)

Passamos a considerar os períodos classificatórios de Patton, Payne & Beirne-Smith (1985) e sua caracterização:

•Antigüidade: até os anos 1700

As sociedades apresentavam atitudes e percepções variadas acerca das pessoas com deficiências, especialmente as portadoras de deficiência mental. Eram tratadas como demônios ou detentoras de dons, poderes ou revelações divinas. Os comportamentos sociais em relação a essas pessoas correspondiam, naturalmente, às visões prevalecentes em seu entendimento, ou seja, de medo, rejeição, respeito ou admiração.

Durante a Renascença a concepção predominante revelava um caráter mais aberto, natural e “científico”. As forças sociais dominantes baseavam seus pressupostos numa postura filosófica humanista que situava de modo mais favorável a visão corrente das pessoas com necessidades especiais.

No período anterior a 1700, não se tem notícias de serviços de atendimento a essas pessoas. Se havia, tratava-se de locais para abrigo a oferecer cuidado e amparo, possivelmente em monastérios.

Genericamente, não há evidência de programas sistemáticos de atendimento.

•Emergência de um campo: 1700 – 1860

Esse período foi alimentado pelo humanismo renascentista. Esse movimento preconizava o valor das pessoas como seres humanos e seu direito à oportunidade de desenvolver o máximo de suas potencialidades.

Prevalencia a idéia de que todos foram criados dentro do princípio de igualdade, com direito à liberdade e a uma vida feliz.

Essa forma de pensar, certamente influenciou a mudança de atitude com relação às pessoas com necessidades especiais.

A defesa da igualdade de direitos não excluía os portadores de deficiência, o que gerou ações no sentido de lhes prestar assistência.

O pensamento filosófico de Locke trouxe mudanças nas concepções pedagógicas da época que influenciaram, inevitavelmente, a visão dominante de deficiência mental. Para o filósofo, a experiência é a fonte do saber, ou seja, todas as idéias, conhecimentos e, até mesmo, o uso da razão, são construídos sobre os dados sensoriais.

À educação caberia suprir as carências de conhecimentos e idéias nas pessoas, a serem adquiridos pelas vias e experiências sensoriais, de modo a atingir processos mais complexos do pensamento.

O período foi marcado, também, pelas idéias de Rousseau (1712–1778), que se tornaram muito difundidas.

De interesse para a educação especial, a *teoria do bom selvagem*, da qual Rousseau foi um grande expoente, pregava que “tudo o que provém da natureza é puro e imaculado, tudo que provém da sociedade é sujo e corrupto” (citado em Elkind, p. 48).

Criticava os métodos e as finalidades educacionais e reconhecia a importância de ensinar o que é útil às crianças e não o que tem utilidade para os adultos. Defendia o princípio de ensinar o que os alunos são capazes de aprender, o que é de utilidade e de interesse.

Pode-se considerar que esse período alimentou certo entusiasmo no atendimento às pessoas portadoras de deficiência. Os esforços foram sistematizados, sendo possível reconhecer o nascimento da educação especial na Europa, nos primórdios dos anos 1800.

O campo da Educação Especial foi muito influenciado por Jean Marc Itard (1774–1838), um médico interessado por pessoas com deficiência. Seu trabalho foi influenciado pelas idéias de Rousseau, com relação à persistência em utilizar a estimulação sensorial como forma de favorecer o desenvolvimento. Trabalhou na educação de surdos, na qual encontrou paralelos importantes entre “fonação e audição, linguagem e pensamento, percepção e abstração, cultura e inteligência, experiência e criação.” (Pessotti, 1984, p. 30).

O trabalho mais importante de Itard para a educação de pessoas com deficiência mental foi o que realizou com Victor, um jovem encontrado na floresta de La Caune (França), próxima a Aveyron, em 1799. Envidou esforços para transformar esse *menino selvagem*¹ em um homem civilizado, empregando métodos sistemáticos de treinamento de habilidades, tendo como pressuposto que as deficiências do jovem deviam-se à privação ambiental a que foi exposto.

O programa de treinamento tinha por desafio a grande lacuna de conhecimento de Victor e o estado deficitário em que se encontrava: déficit perceptivo e intelectual, incapacidade de discriminação sensorial em diversas áreas do desenvolvimento, ausência de linguagem, déficit de atenção, entre outros.

¹ O termo *selvagem* é utilizado para referir-se às pessoas que viveram em ambientes isolados não domésticos, por tempo prolongado, em períodos significativos para o desenvolvimento.

Itard considerou seu retardo como resultante da privação de experiências e de exercício intelectual devidos ao isolamento e acreditou no efeito favorável da estimulação. Para Itard, a indicação de tratamento para Victor era de “medicina moral”², pois, naquela época, a deficiência era concebida como um problema médico e a pedagogia não demonstrava interesse por esses assuntos. De qualquer modo, já se observava uma evolução: se o problema era médico, cabia *tratamento*.

Até então, as questões de deficiência eram vistas como insolúveis, restando o confinamento institucional como única alternativa. Itard era contra colocar os portadores de deficiência em hospícios, banidos da sociedade e de influências benéficas para o desenvolvimento. Os hospícios representavam isolamento, exclusão social e ausência de qualquer ação educativa e de ensino, restringindo-se a cuidados médicos.

Segundo Pessotti (1984), Victor recebeu atendimento educacional sistemático com Itard durante cinco anos, com base em suas motivações, êxitos e incapacidades. O atendimento partiu de uma avaliação criteriosa e revela o gênio de Itard, hoje considerado o pioneiro da educação especial de deficientes mentais. Sua obra *Mémoire sur les premiers développements de Victor de l’Aveyron* (1801) é considerada a primeira obra de educação especial para pessoas severamente comprometidas e narra as condições deficitárias de Victor bem como seus progressos ulteriores.

O trabalho de Itard exerceu muita influência em pesquisadores talentosos e destacados que criaram um clima de otimismo e vieram a contribuir, de forma significativa, para o atendimento aos portadores de deficiência. Passou-se a pensar que as pessoas com deficiência poderiam ser tratadas, treinadas e reintegradas à comunidade como seres humanos produtivos. O otimismo foi exagerado para a época, como normalmente acontece com as novas idéias.

² A “medicina moral” referia-se às atividades precursoras da psicologia clínica e da psiquiatria, que visavam à modificação do comportamento, por meio de condições emocionais e ambientais favoráveis.

• Desilusão: 1860 - 1890

Esse período caracterizou-se por uma mudança de atitude quanto à possibilidade de integração da pessoa com deficiência na comunidade, gerando um clima de pessimismo.

Os resultados obtidos com pessoas severamente comprometidas haviam sido parcialmente bem sucedidos, mas não chegavam à expectativa de “cura”, a despeito dos ganhos conquistados. Os esforços de atendimento não levaram a mudança suficiente que capacitasse a pessoa com deficiência para a esperada integração e participação, no nível das expectativas do grupo social a que pertenciam.

A desilusão que marcou esse período deveu-se aos seguintes motivos:

1. a limitação dos resultados obtidos com os severamente comprometidos, não alcançando a esperada “cura” de suas deficiências ou sua total integração como membros “normais” da sociedade;
2. a integração social e comunitária não era um objetivo previsto nos tratamentos realizados na primeira parte dos anos 1800, que priorizavam as metas de treinamento basicamente voltadas para o desenvolvimento da pessoa;
3. após a fase de esperança e excitação da primeira metade dos anos 1800, sucedeu-se um período em que os atendimentos sistemáticos e intensivos para pessoas severamente comprometidas foram-se diluindo e um número crescente de instituições foram sendo criadas;
4. os avanços que acompanharam a sociedade mais desenvolvida e complexa, urbanizada e industrializada, ressaltaram e acentuaram as diferenças entre os portadores de deficiência e os outros membros da sociedade. O século XIX caracterizou-se por um retorno às idéias de proteção e custódia, abandonando as concepções recém-

conquistadas dos programas de treinamento, visando ao retorno à vida comunitária.

Sucedeu uma mudança nas atitudes sociais, enfraquecendo qualquer movimento favorável às necessidades dessas pessoas, consideradas agora, até mesmo como perigosas à sociedade. Como resultado, a segregação e a esterilização passaram a ser vistas como meios de controle para lidar com essa população específica, de modo a evitar a “proliferação”, na sociedade, de pessoas atingidas pela deficiência.

Alguns fatores parecem ter contribuído significativamente para esse retrocesso, dentre os quais o *movimento eugênico* e o advento dos testes psicológicos.

O pensamento difundido nesse período – de que os traços individuais eram herdados e que a evolução humana era baseada principalmente na transmissão genética – alimentou o movimento eugênico, segundo o qual a sociedade reduz o número de pessoas com deficiência pelo controle de natalidade. As expressões do medo configuravam-na como tendência inata, degenerescência, degradação, etc.

Esses fortes obstáculos influenciaram para que ocorresse o arrefecimento das conquistas dos pioneiros dos anos 1800. A idéia de *incurabilidade* das deficiências enfraqueceu o entusiasmo e gerou novo retrocesso.

• Recuo: 1890 – 1925

Esse período ainda estava marcado pelo movimento eugênico, segundo o qual a sociedade deveria controlar o número de pessoas “fracas de espírito”, como eram conhecidos os portadores de deficiência mental. Esse controle deveria ser feito por meio da seleção geracional e racial.

Em reforço a essa posição, as idéias de *sir Francis Galton*, no livro *Hereditary Genius*, da época, defendem o controle genético das desordens mentais transmitidas pela hereditariedade.

As descobertas de Mendel, acerca das leis da hereditariedade, vieram a reafirmar o pensamento de Galton acerca das implicações genéticas das deficiências mentais.

Os estudos clássicos sobre diversas gerações de uma mesma família que apresentavam retardo mental, realizados por Goddard em 1912, também deram incremento a essas concepções, de tal modo que, no início do século XX, alguns países decretaram leis para a esterilização de pessoas com deficiência, a exemplo de vários estados americanos.

Os testes de inteligência, também tiveram efeito no retrocesso para a integração de pessoas com deficiências, porque foram utilizados para classificar portadores de deficiência mental. O mal uso de seus resultados justificaram a exclusão escolar e social de muitas pessoas.

Em 1816, nos Estados Unidos, já se pôde constatar a criação de classes especiais para os que apresentavam baixos resultados nos testes de inteligência.

Para agravar a situação, associava-se, naquele período, deficiência mental com delinqüência e inadaptação social com doença.

• **Movimento gradual: 1925 – 1950**

O final da I Guerra Mundial provocou a necessidade da criação de serviços de reabilitação para atender aos soldados que retornavam dos conflitos apresentando graves deficiências e reivindicando atendimento.

Os serviços criados para atender a essa demanda despertaram a necessidade de atender a outras pessoas, igualmente atingidas, que não tiveram a origem de suas deficiências na guerra.

Por força dessa nova visão, foram criados serviços para crianças com deficiências e uma perspectiva de educação especial tomou lugar em muitas partes do mundo, durante esse período.

A ciência genética, a partir daí, alcançou mais desenvolvimento e precisão. As influências ambientais ganharam força na concepção da deficiência mental, quando outros fatores etiológicos não hereditários passaram, também, a ser identificados como causadores de deficiência mental. Entre eles

destacam-se: as infecções, traumatismos e problemas endócrinos.

Embora a dimensão orgânica tivesse prevalência, a concepção genética perdeu força, como etiologia única de deficiência mental, com os avanços da ciência. Na década de 30, alguns movimentos de direitos humanos provocaram novas atitudes de apoio às pessoas com deficiência, reforçando a tese de responsabilidade social em relação a elas.

O advento da II Guerra Mundial reviveu a necessidade de apoio aos egressos das batalhas, afetados por diversas deficiências. Novas providências foram tomadas.

Essas influências, nascidas em países mais desenvolvidos, foram sendo gradativamente incorporadas a outros, a exemplo do Brasil. Algumas descobertas científicas no campo das ciências sociais e fisiológicas contribuíram para novas concepções de deficiência.

A descoberta do mecanismo da fenilcetonúria, doença que provoca deficiência múltipla foi um exemplo. A comprovação de que era um quadro reversível, desde que tratado com dieta adequada, trouxe luz à compreensão de que a deficiência deveria ser objeto de estudos e interesse científico e não de descaso e rejeição.

A perspectiva de “cura” teve repercussão favorável, como era de se esperar.

A influência de fatores ambientais na etiologia da deficiência enfraqueceu a ênfase hereditária e orgânica, atenuando a visão *fatalista*, predominante à época.

• Redespertamento: 1950 – 1960

Esse período revelou um clima de mais aceitação das pessoas com deficiência. Ampliou o interesse pelo seu atendimento, nos países mais desenvolvidos. A pressão exercida pelas famílias, o interesse e otimismo de profissionais da área somaram-se ao envolvimento estatal e de organizações privadas, dando novo impulso a essa fase de progresso.

Ainda assim, as pessoas com deficiência eram institucionalizadas em larga escala e muitas já haviam sofrido esterilização.

Os sentimentos de medo e rejeição foram dando lugar à atitude de tolerância e compaixão, como se pode observar na sociedade atual.

Os serviços educacionais, não se destinavam a todos. As pessoas que apresentavam múltipla deficiência ou limitações mais graves estavam excluídas dos programas educacionais.

Infelizmente, essa situação se mantém na maioria dos estados brasileiros, mesmo em nossos dias. Começamos a assumir, na década de 50, a educação especial em âmbito nacional por meio de campanhas. Ilustram essa fase a Campanha para a Educação do Surdo Brasileiro (1957), a Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes da Visão (1958) e a Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes Mentais (1960).

As pessoas com deficiências múltiplas e severas não eram explicitamente focalizadas em nenhuma delas, ou mesmo, mencionadas.

• **Notoriedade: 1960 – 1970**

O movimento dos direitos humanos, nos países desenvolvidos e a sua influência sobre os demais, favoreceram às pessoas com deficiência. Pesquisas multidisciplinares foram realizadas, trazendo contribuições ao entendimento das várias deficiências.

Nos Estados Unidos, a comprovação dos bons resultados dos programas de intervenção precoce deram impulso a essas iniciativas. O programa realmente prevenia os efeitos adversos das deficiências e das desvantagens sociais e culturais. Reviveu-se o otimismo naquele país e nos que absorviam sua influência.

Os Países Escandinavos, já na década de 50, preconizavam o princípio de *normalização*. Segundo esse

princípio, as pessoas com deficiência devem ter condições de vida o mais próximo possível das normas e padrões destinados aos demais membros da sociedade.

Os avanços identificados, entretanto, não chegaram a beneficiar os portadores de graves e múltipla deficiência.

• **Época de litígio: 1970 – 1980**

Os anos 70 vieram a confirmar as conquistas anteriores na área das deficiências e buscaram consolidar o movimento dos direitos humanos. Nos Estados Unidos, a legislação garantia atendimento educacional, irrestritamente, para os portadores de deficiência, sobretudo os mais comprometidos.

No período, as famílias desse país descobriram os recursos judiciais como um meio de fazer valer os direitos de seus filhos ao adequado atendimento.

A sociedade brasileira tornou-se mais receptiva e sofreu significativa influência acerca dos direitos humanos.

Nesse período, os estados brasileiros mais desenvolvidos já contavam com legislações locais que recomendavam o atendimento educacional especializado. Mesmo atenta a essas mudanças, nossa sociedade não evoluiu no sentido de contemplar o alunado com deficiências múltiplas e severas com vistas no atendimento educacional sistemático.

A atenção a esses alunos era dada pelas instituições filantrópicas e consistia muito mais em cuidados pessoais e assistenciais do que em atendimento educacional propriamente dito. Quanto aos pais, viam na instituição a possibilidade de deixar o filho em local seguro, enquanto dispunham de algum tempo para trabalhar e cuidar dos demais interesses da família.

Na visão dos professores, não havia muito o que fazer com os alunos, frente às limitações que suas deficiências lhes impunham.

•Ação e reação: 1980 até o presente

Os últimos anos têm sido de avanço na educação especial. Procura-se definir políticas adequadas e prover serviços de atendimento para as pessoas com deficiências, na maioria dos países desenvolvidos e em desenvolvimento.

No Brasil, essa evolução está configurada na própria Constituição Federal (1988) que preconiza o “atendimento educacional especializado preferencialmente na rede regular de ensino” (art. 208).

No final da década de 80, uma lei federal determinou a matrícula compulsória dos portadores de deficiência nos sistemas educacionais, indistintamente (Lei nº. 7853 / 89), embora seu cumprimento não se tenha efetivado em âmbito nacional, principalmente no que toca às pessoas com deficiências múltiplas e severas.

O movimento atual brasileiro focaliza a expansão das ofertas de atendimento, que ainda estão aquém da demanda, principalmente no interior do país. Enfatiza, também, a melhoria de sua qualidade, adotando uma constante avaliação das ações realizadas em âmbito nacional.

Numa época de globalização, incentiva-se o intercâmbio de conhecimentos, experiências e cooperação entre as nações. Com relação às pessoas com deficiências múltiplas e severas, alguns avanços já podem ser registrados, embora ainda não nacionalizados:

- capacitação de recursos humanos na área;
- garantia de educação e provimento de serviços de atendimento;
- expansão dos serviços de intervenção precoce;
- prevenção primária, por meio de campanhas nacionais;
- orientação familiar;
- desenvolvimento de programas para o atendimento aos jovens e adultos, sobretudo

focalizando a preparação e o encaminhamento para o trabalho;

- superação gradativa do caráter terapêutico e assistencial que ainda predomina na educação desses alunos.

O Ministério da Educação já fazia constar, desde os anos 80 em documentos técnicos, a deficiência múltipla. As possibilidades de captação de recursos para seu atendimento eram previstas com a mesma acessibilidade das demais categorias de necessidades especiais.

A questão principal não era tanto de incentivo ou de políticas educacionais, mas de credibilidade. Achava-se que essas pessoas não tinham acesso ao saber, em face de suas múltiplas e severas limitações. Além da atenção médica, prevalecia a convicção de que estavam *aquém* dos objetivos educacionais.

Na década de 90, observa-se uma tentativa de democratizar o ensino no país, na perspectiva de *escola para todos*, considerando a inclusão dos alunos com necessidades especiais. Nesse contexto, não há mais espaço nem aceitação para a exclusão dos alunos com deficiências múltiplas e severas, conquanto se considere, em âmbito nacional, que sua educação se realize em instituições especializadas e esse atendimento ainda não esteja universalizado. Nas políticas nacionais, entretanto, os direitos desses alunos estão claros e garantidos.

Após leitura cuidadosa do texto, responda às seguintes questões, de modo a verificar seu entendimento acerca do conteúdo do módulo:

1. Assinalar com (V) as afirmativas verdadeiras e com (F) as falsas:
 - a. () a Declaração de Salamanca (1994) preconiza a educação inclusiva, ou seja, todos os alunos na escola regular, recebendo atendimento compatível com suas condições de desenvolvimento e aprendizagem;
 - b. () as diferenças devem ser aceitas e não eliminadas;
 - c. () na história da humanidade, as pessoas com deficiências eram vistas, ora como possuidoras de dons divinos, ora discriminadas como malditas;
 - d. () havia atendimento educacional sistemático para as pessoas com deficiência na Antigüidade;
 - e. () Rousseau acreditava que o homem nasce corrompido;
 - f. () segundo Locke, todo conhecimento passa pelos sentidos;
 - g. () se todo conhecimento passa pelos sentidos, então a pessoa com deficiência não aprende;
 - h. () Itard achava que não devia perder tempo ensinando a um jovem selvagem, que nada tinha a aprender;
 - i. () o trabalho de Itard foi um marco positivo para a educação especial de hoje.

2. Preencher as lacunas com as palavras seleccionadas nos parênteses:

(movimentos eugênicos - guerras mundiais - deficiências múltiplas - justiça - direitos humanos - capacidades e potencialidades - educação especial)

- a. já se pode identificar o nascimento da _____ na Europa nos primórdios dos anos 1800;
- b. as duas _____ trouxeram expectativas de atendimento para as pessoas com deficiências, devido à demanda de reabilitação dos combatentes;
- c. os pais encontraram um reforço significativo para a conquista dos direitos de seus filhos por meio das ações da _____;
- d. a concepção de que se deve controlar o nascimento de pessoas com deficiências, de modo a evitar a sua proliferação na sociedade pelas vias hereditárias, é um pressuposto dos _____;
- e. as pessoas com _____ só nessa década começaram a conquistar espaço no sistema educacional, devido às limitações variadas que apresentam;
- f. as pessoas com deficiências múltiplas, também possuem _____ que lhe permitem beneficiar-se dos recursos educacionais e comunitários;
- g. os princípios atuais que preconizam a educação para todos e a integração social das pessoas com necessidades especiais têm suas raízes nos movimentos de _____.

Agora, verifique se suas respostas estão de acordo com os conteúdos do módulo:

1ª questão:

- a. (V);
- b. (V);
- c. (V);
- d. (F);
- e. (F);
- f. (V);
- g. (F);
- h. (F);
- i. (V).

2ª questão:

- a. educação especial;
- b. guerras mundiais;
- c. justiça;
- d. movimentos eugênicos;
- e. múltiplas deficiências;
- f. capacidades e potencialidades;
- g. direitos humanos.

- KIRK, S. A . & GALLAGHER, J. J. *Educação da criança excepcional*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- MAZZOTTA, M. J. S. *Educação especial no Brasil - história e políticas públicas*. São Paulo: Cortez, 1996.
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. *Subsídios para organização e funcionamento de serviços de educação especial - área de deficiência múltipla*. Brasília: MEC / SEESP, 1995. Série Diretrizes - 7.
- _____. *Política Nacional de Educação Especial - educação especial, um direito assegurado*. Brasília: MEC / SEESP, 1994. Livro 1.
- PADOVANI, U. & CASTAGNOLA, L. *História da Filosofia*. São Paulo: Melhoramentos, 1993.
- PATTON, J., PAYNE, J. S. & BEIRNE-SMITH, M. *Mental retardation*. USA: Merrill Publishing Company, 1990.
- PESSOTTI, I. *Deficiência mental: da superstição à ciência*. São Paulo: T. A . Queiroz / EDUSP, 1984.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

Fascículo II

Deficiência Múltipla

Conteudista
Erenice Natália Soares de Carvalho

Brasília / 2000

SUMÁRIO

FASCÍCULO II - Deficiência Múltipla

- Conceitos
- Incidência e avaliação
- Prevenção
- Questões educacionais e de cidadania
- Verificando sua aprendizagem
- Conferindo suas respostas
- Bibliografia

1. Leia os objetivos específicos do fascículo;
2. Estude o texto do fascículo;
3. Teste seus conhecimentos, respondendo às avaliações propostas;
4. Confira suas respostas com a chave de correção, no final do fascículo;
5. Concluindo com acerto passe para o fascículo seguinte;
6. Se não conseguir, reestude o texto;
7. Realize novamente a avaliação. Se não alcançar bom resultado, consulte o professor aplicador do fascículo.

- 1 - Estudar o texto relativo ao fascículo.
- 2 - Rever o vídeo para tirar dúvidas.
- 3 - Recorrer ao professor aplicador da unidade, caso a dúvida persista.
- 4 - Realizar a avaliação proposta e as atividades sugeridas.

Este é o volume 1 – fascículo II Série Atualidades Pedagógicas 5 – Educação Especial.

Tem como objetivo instrumentalizar os professores para atuar com alunos portadores de deficiência múltipla. O fascículo visa fornecer subsídios para que esses professores alcancem os seguintes objetivos:

- entender a evolução do conceito de deficiência na humanidade;
- identificar as raízes históricas das atuais atitudes sociais de discriminação e preconceito;
- analisar os antecedentes históricos das posturas segregacionistas que ainda prevalecem na comunidade escolar e que dificultam a educação inclusiva dos educandos com deficiência(s).

Deficiência Múltipla é a expressão adotada para designar pessoas que têm mais de uma deficiência. É uma condição heterogênea que identifica diferentes grupos de pessoas, revelando associações diversas de deficiências que afetam, mais ou menos intensamente, o funcionamento individual e o relacionamento social.

Grande dificuldade para os educadores que atuam nessa área é a insuficiência de literatura sobre o assunto, a falta de intercâmbio de experiências e a escassez de pesquisas científicas e de registros da prática pedagógica.

O próprio conceito de deficiência múltipla varia entre os estudiosos. Para alguns, é a ocorrência de apenas *uma* deficiência, cuja gravidade acarreta conseqüências em outras áreas. Por exemplo, um bebê com deficiência no funcionamento da tireóide (Fig.1), se não receber tratamento adequado³, pode vir a ser afetado em diversas áreas do desenvolvimento: intelectual, psicomotora e de comunicação, entre outras.

Nessa concepção, uma deficiência inicial é geradora de outras *deficiências secundárias*, vindo a caracterizar a *múltipla deficiência*.



Fig.1. Criança afetada pelo funcionamento deficiente da tireóide.

Fonte: Pequeno Dicionário da Medicina. Ed. Abril Cultural, 1991, p. 91.

³ Essa condição é atualmente curável, desde que diagnosticada a tempo. O tratamento consiste na administração de extrato da tireóide, para compensar a deficiência. Isso demonstra a importância das medidas preventivas.

A definição de *deficiência múltipla* adotada nesse trabalho, diverge da anterior e está contida na Política Nacional de Educação Especial do Ministério da Educação (1994):

“É a associação, no mesmo indivíduo, de duas ou mais deficiências primárias... com comprometimentos que acarretam atrasos no desenvolvimento global e na capacidade adaptativa.” (p. 15)

Segundo Contreras & Valente (1993), a caracterização da deficiência múltipla exige a observância de certos aspectos:

- “tem de haver simultaneamente, na mesma pessoa, duas ou mais deficiências (psíquicas, físicas e sensoriais);
- essas deficiências não têm de ter relação de dependência entre si, quer dizer, uma das deficiências não condiciona que exista outra ou outras deficiências;
- também não tem de haver uma deficiência mais importante do que a outra ou outras. Estabelecer a importância ou o predomínio de uma deficiência sobre a outra é difícil e não conduz a nada ...” (p.378).

A criança retratada na Fig.2, é considerada portadora de múltipla deficiência, pela associação de perda visual e auditiva. As duas deficiências são ditas *primárias*, porque independem uma da outra, ou seja, não guardam uma relação de causalidade entre si.



Fig.2. Criança com múltipla deficiência.
Fonte: Associação para Deficientes da Audio Visão - ADeFAV.

Com base em Contreras & Valente (1993), fazer comparações entre deficiências só tem significado prático se servir de base ao planejamento educacional dos alunos, condizente com suas necessidades especiais e potencialidades.

A impressão que se tem ao pensar em deficiência múltipla é que constitui grave condição humana, um pressuposto equivocado.

Uma pessoa com dupla deficiência sensorial – física e visual – ambas acentuadas, pode estar menos comprometida, em termos de funcionamento global do que uma pessoa com grave deficiência mental. Nesse caso, uma única deficiência pode representar mais limitações funcionais do que as duas, de natureza sensorial.

A consideração sobre *gravidade* das deficiências, depende de muitos aspectos que extrapolam as condições individuais de seus portadores.

Outros aspectos estão envolvidos:

- a atitude de aceitação por parte da família;
- a intervenção adequada para atuar nas causas e nos efeitos das deficiências;
- a oportunidade de participação e integração da pessoa ao ambiente físico e social;
- o apoio adequado, com a duração necessária, para melhorar o funcionamento da pessoa no ambiente;
- o incentivo à autonomia e à criatividade;
- as atitudes favoráveis à formação do autoconceito e da auto-imagem positivos.

Dentre todos os aspectos considerados, entende-se que a educação exerce um papel relevante. Intervenções apropriadas e iniciadas o mais cedo possível, resultam em melhores condições de desenvolvimento, de aprendizagem e de integração familiar e comunitária. A finalidade precípua da abordagem educacional é melhorar a qualidade de vida das pessoas com múltipla deficiência.

Quando os educadores avaliam os alunos com deficiência múltipla, tendem focalizar a *deficiência predominante*, ou seja, aquela que consideram *principal* ou *maior responsável* pelas limitações dos seus portadores. Às vezes, essa identificação consegue ser feita, mas nem sempre é possível. A *deficiência múltipla* não pode ser “separada” para análise individual.

Mesmo que se queira compreender de que modo as deficiências isoladas se combinam para formar deficiências associadas, não é possível abstrair essa conjunção, porque deficiências múltiplas não são a “soma” de deficiências, a exemplo das operações matemáticas. Se duas pessoas da mesma idade, com deficiência visual e auditiva, apresentam o mesmo nível de perda sensorial, não serão *semelhantes* em suas condições funcionais ou necessidades específicas e potencialidades. A semelhança entre ambas restringe-se à ocorrência da dupla deficiência sensorial.

A avaliação da deficiência múltipla objetiva seu melhor atendimento e requer o concurso de várias áreas.

Genericamente, as metodologias e os instrumentos de diagnóstico tradicionalmente adotados não são úteis para muitos casos de deficiência múltipla.

Algumas razões podem ser destacadas:

- os instrumentos mais utilizados, os testes psicológicos, nem sempre são padronizados e validados para a cultura em que estão sendo aplicados e requerem atualização quanto a novas padronizações e versões;
- os testes usuais não são adaptados para os portadores de deficiência, de modo que as suas normas de aplicação e apuração terminam sendo informalmente alteradas para ajustar-se a essa

população específica. As tabelas de referência, padronizadas para pessoas sem deficiência, são utilizadas indiscriminadamente, desconhecendo-se estudos realizados para avaliar o efeito que essas alterações têm sobre os resultados;

- as pessoas com múltiplas deficiências sensoriais, físicas e intelectuais têm experiências peculiares à sua condição. Não se pode ignorar seus prováveis atrasos no desenvolvimento, a aquisição de habilidades compensatórias e os estilos individuais de aprendizagem, que certamente interferem nos resultados dos testes padronizados;
- muitas avaliações são realizadas em clínicas e conduzidas por profissionais pouco familiarizados com portadores de deficiências;
- as avaliações vinculadas aos modelos multidisciplinares e interdisciplinares não garantem a participação da família no contexto do diagnóstico e, muitas vezes, dispõem de poucas oportunidades de intercâmbio e de troca de idéias entre profissionais acerca dos resultados obtidos;
- grande número de alunos com múltipla deficiência não consegue submeter-se a testes, em função de suas limitações cognitivas, sensoriais ou motoras.

O modelo transdisciplinar, conforme Feriole (1996) é adequado para a avaliação de crianças com múltipla deficiência, pelas seguintes razões:

- inclui a família como integrante da equipe que realiza o diagnóstico e a intervenção;
- reconhece as situações lúdicas como recursos para obter informações sobre o desenvolvimento e o comportamento da criança.

Esse modelo constitui uma alternativa dinâmica, para crianças não passíveis de avaliação pelos métodos tradicionais, uma vez que pode ser adaptado às características particulares de cada uma.

Realiza-se mediante a organização de situações que possibilitam observar as respostas naturais da criança, colocando-se objetos a sua disposição e inclui o incentivo à demonstração das habilidades infantis nesse ambiente organizado.

A observação é conduzida por um *facilitador*, enquanto a equipe de profissionais pode orientar e participar da observação. Os pais são envolvidos e contribuem de modo a favorecer o trabalho e a fornecer dados e informações não obtidos na atividade lúdica. Sua participação é imprescindível, também na elaboração do relatório final.

A avaliação das pessoas com múltipla deficiência deve contemplar informações de natureza biomédica, física, psíquica, socioafetiva e psicomotora. Convém considerar a forma da pessoa perceber, conhecer e interagir no ambiente físico e social, bem como adquirir, organizar e produzir seu conhecimento.

Deve enfatizar o aspecto funcional, ou seja, considerar o funcionamento cognitivo da pessoa e suas habilidades de integração social.

Essas habilidades podem classificar-se em dez áreas, conforme preconiza a *American Association on Mental Retardation* (1992) e podem aplicar-se às pessoas com múltipla deficiência. São as seguintes:

- *comunicação* – habilidades para compreender e expressar informações através de palavras faladas ou escritas, de linguagem gestual, digital e de sinais, de toques, gestos, expressões corporais, bem como de outras formas que levam à compreensão de emoções e entre as pessoas;
- *autocuidado* – habilidades que possibilitam a higiene pessoal, a alimentação, o vestuário, o uso do sanitário, etc.;
- *vida familiar* – habilidades necessárias à funcionalidade no lar; ao cuidado com os pertences, com o ambiente doméstico e os bens

da família; à participação nos trabalhos domésticos; ao estabelecimento de relações familiares, entre outras;

- *vida social* – habilidades para estabelecer trocas sociais; ter atitudes de respeito e bom relacionamento com vizinhos, colegas, amigos e membros da comunidade; para compartilhar e cooperar; respeitar limites e normas; fazer escolhas; controlar impulsos; resistir às frustrações, etc.;
- *autonomia* – habilidades para fazer escolhas; tomar iniciativa; cumprir planejamento; atender aos próprios interesses; cumprir tarefas; pedir ajuda; resolver problemas; defender-se; buscar apoio, etc.;
- *saúde e segurança* – habilidades para cuidar da saúde; evitar doenças; cuidar da segurança; evitar perigos; seguir leis de trânsito; tomar atitudes que visem ao bem-estar, à higiene e à saúde; fixar hábitos pessoais adequados; comunicar necessidades; pedir ajuda, etc.;
- *funcionalidade acadêmica* – habilidades relacionadas à aprendizagem dos conteúdos curriculares propostos pela escola e que tenham relação com a qualidade de vida da pessoa (ler, escrever, calcular); conhecimentos relativos à sexualidade e a outras áreas que permitam maior funcionalidade na vida, independentemente do nível escolar atingido;
- *lazer* – habilidades para desenvolver interesses e participar de atividades de entretenimento individual e coletivo, considerando a faixa etária,

o nível socio-econômico e o ambiente cultural e comunitário; comportar-se socialmente; compartilhar; completar atividades; pedir ajuda e cooperar nas oportunidades de lazer;

- *trabalho* – habilidades para realizar atividade laborativa em tempo parcial ou total; cooperar, compartilhar com os colegas, concluir as tarefas, tomar iniciativa, administrar o salário; aceitar hierarquia, as próprias limitações e as dos demais; realizar as atividades o mais independentemente possível, quando necessário.

As deficiências múltiplas manifestam-se de modo a envolver algumas das seguintes dimensões:

Física e psíquica

- deficiência física associada à deficiência mental;
- deficiência física associada a transtornos mentais;

Sensorial e psíquica

- deficiência auditiva associada à deficiência mental;
- deficiência visual associada à deficiência mental;
- deficiência auditiva associada a transtornos mentais.

Sensorial e física

- deficiência auditiva associada à deficiência física;
- deficiência visual associada à deficiência física;

Física, psíquica e sensorial

- deficiência física associada à deficiência visual e à deficiência mental;

- deficiência física associada à deficiência auditiva e à deficiência mental;
- deficiência física associada à deficiência auditiva e à deficiência visual.

Outras associações de deficiências podem encontrar-se no meio educacional, além das mencionadas.

Segundo a estimativa da Organização Mundial de Saúde, dez por cento da população brasileira é portadora de deficiência e, dentre ela, um por cento com deficiência múltipla.

Frente a essa realidade, há de se pensar um modo de prevenir as deficiências, bem como de atender à população específica que já convive com essa condição.

A forma mais eficiente de prevenir a múltipla deficiência é evitar sua ocorrência. Essa é a **prevenção primária** e implica a realização de programas de combate a doenças causadoras de deficiências; campanhas de vacinação; programas de prevenção materna sobre o uso de drogas e álcool; campanhas de prevenção de acidentes; e mais, evitar o uso de medicamentos inadequados; evitar infecções e doenças durante a gravidez; evitar contato com veneno nos alimentos, na água ou no ar, etc.

A **prevenção secundária**, que também é muito importante, diz respeito à realização de ações que reduzem ou reverterem os efeitos e a duração das deficiências que já ocorreram. Exemplos de prevenção secundária são: as dietas para crianças que nascem com fenilcetonúria e outras enfermidades; participar de programas de intervenção precoce; fazer tratamentos de saúde e usar medicamentos prescritos pelo médico.

A **prevenção terciária** refere-se à realização de ações que limitam as conseqüências das deficiências já adquiridas e melhoram o nível de funcionamento da pessoa, como ocorre com os programas de atendimento educacional e de saúde.

O conhecimento das etiologias da deficiência múltipla ajuda a entender melhor as formas de preveni-las.

• Etiologias da deficiência múltipla

A deficiência múltipla é originada de fatores:

- pré-natais;
- perinatais ou natais;
- pós-natais.

O quadro I relaciona condições diversas que provocam múltipla deficiência.

Os exemplos citados são alguns dentre muitos outros e caracterizam condições individuais diferenciadas de gravidade. Muitas das deficiências mencionadas nesse Quadro podem ser evitadas, desde que haja iniciativas familiares e governamentais.

Quadro I

Condições associadas a deficiência múltipla

Época de ocorrência do problema	Agentes que afetam	Atividade do agente	Resultado típico
Concepção	Translocação de pares de cromossomos no nascimento; erros congênitos do metabolismo.	Mudanças sérias no embrião e no feto, muitas vezes fatais; incapacidade de efetuar processos químicos e metabólicos. Danos ao desenvolvimento fetal.	Certos reagrupamentos dos cromossomos; resulta em deficiência grave e em outras complicações. Pode ser revertido parcialmente quando diagnosticada cedo, administrando-se uma dieta especial.
Pré-natal	Medicamentos como a talidomida	Medicamento usado como sedativo para a mãe. Pode prejudicar o desenvolvimento normal do embrião.	Uma criança acentuadamente deformada com anomalias sérias no coração, olhos, ouvidos, membros superiores e inferiores e outros.
Natal	Anoxia (falta prolongada de oxigênio ao feto durante o processo de nascimento)	A falta prolongada de oxigênio pode causar a destruição irreversível de células cerebrais.	Criança com paralisia cerebral que pode ou não ter deficiência mental e outros defeitos que afetam a visão e a audição.
Pós-natal	Encefalite e meningite	Doenças infecciosas (sarampo, coqueluche e outras) podem levar à inflamação das células do cérebro e a sua destruição.	Pode levar a uma variedade de problemas, como a falta de atenção e a hiperatividade. Causa epilepsia, deficiência mental e problemas de comportamento

Fonte: KIRK & GALLAGHER, 1987.

Em complementação às informações contidas no Quadro I, podem ser acrescentadas situações ambientais causadoras de múltipla deficiência, como acidentes e traumatismos cranianos, intoxicação química, irradiações, tumores e outras.

Algumas enfermidades estão comprovadamente associadas à múltipla deficiência, com efeitos significativo para seus portadores. Destacamos algumas:

- hipotireoidismo – associado à lesão cerebral, deficiência mental, se não tratado a tempo;
- rubéola congênita – associada à deficiência visual, auditiva e microcefalia, entre outras;
- síndrome de Rett – associada à deficiência mental, alterações neurológicas e motoras;
- citomegalia – associada à deficiências neurológicas e motoras;
- toxoplasmose – associada à hidrocefalia, deficiência motora e orgânica;
- Síndrome de Usher – associada à perda auditiva estável e visual progressiva;
- Síndrome de Alstrom – associada à perda visual precoce e auditiva progressiva;
- Síndrome de Bardel-Biedl – associada à perda visual progressiva, deficiência mental, perda auditiva;
- Síndrome de Cockayne – associada à perda progressiva visual e auditiva, deficiência mental, transtornos neurológicos;
- Síndrome de Flynn-Aird – associada à perda visual e auditiva progressiva, deficiência mental;
- Síndrome de Hallgren – associada à perda visual e auditiva, deficiência mental, psicose;
- Síndrome de Kearns-Sayre – associada à perda visual progressiva e auditiva, deficiência mental;
- Enfermidade de Refsum – associada à perda visual e auditiva progressiva, deficiência física progressiva.

Para considerar o impacto da deficiência múltipla, é importante analisar seus efeitos na funcionalidade da pessoa frente ao ambiente físico e social, bem como avaliar de que modo as deficiências interferem na qualidade de vida. Ainda devem ser considerados:

- os tipos e quantidades de deficiências primárias associadas;
- a amplitude ou abrangência dos aspectos comprometidos;
- a idade de aquisição das deficiências;
- os fatores ambientais relacionados – familiares, comunitários, escolares;
- a eficiência das intervenções educacionais e de saúde.

O conhecimento sobre a deficiência múltipla serve de base para evitar maior interferência adversa na vida da pessoa e reduzir seus efeitos sobre ela, bem como mediar a promoção humana. Ajuda a prevenir deficiências decorrentes das já existentes e a instrumentalizar o indivíduo para atuar eficientemente frente às demandas ambientais.

A família, a escola e a comunidade têm um papel relevante nesse processo.

Questões educacionais e de cidadania

Nos últimos anos, a concepção de deficiência múltipla tem mudado significativamente. A idéia de *gravidade*, considera as características da pessoa, mas enfatiza, também, os efeitos do ambiente comunitário e do apoio que recebe para dimensionar as limitações impostas pela deficiência.

Dizendo de outro modo, ao considerar a *gravidade* e a *extensão* do comprometimento de uma pessoa com deficiência(s), é necessário levar em conta, entre outros aspectos, as exigências do ambiente e da cultura onde ela vive.

Exigências ambientais intensas e complexas podem resultar em menos possibilidades de respostas eficientes por parte da pessoa, ou seja, evidenciar mais limitações em sua capacidade funcional.

Uma pessoa com múltipla deficiência, portanto, pode ser vista como *mais eficiente* ou *mais limitada*, de acordo com critérios individuais e socioculturais.

Outro aspecto relevante sobre a funcionalidade da pessoa com deficiência múltipla é a presença ou inexistência de apoios adequados, que favoreçam seu desenvolvimento, suas realizações e aprendizagem.

A maioria das pessoas revela muitos ganhos, quando recebe apoio adequado. A influência desse apoio pode manifestar-se no aspecto emocional e motivacional, resultando em autoconfiança para agir, compartilhar e ter uma vida plena, além de fortalecer o desejo de crescer e de realizar.

Por outro lado, o apoio incentiva o desempenho e ajuda a alcançar sucesso na aprendizagem. Está comprovado que experiências bem-sucedidas tendem a encorajar novas tentativas e conquistas, resultando em melhores condições de desenvolvimento e participação.

Vários tipos de apoio podem ser propiciados às pessoas com deficiência múltipla: tecnológico, material, espiritual, psicológico, moral, técnico, entre outros.

São exemplos de ações de apoio:

- realizar o atendimento especializado de que a pessoa necessita;
- mediar a aprendizagem de habilidades de cuidados pessoais, de maneira autônoma;
- encorajar e apoiar a realização de tarefas escolares;
- providenciar equipamentos e materiais necessários para atender às necessidades

especiais tais como, prótese auditiva, bengala branca, lupa, mobiliário adaptado e outros;

- fazer modificações no ambiente escolar que propiciem a aprendizagem dos conteúdos curriculares;
- criar serviços e programas especializados que fortaleçam a aprendizagem do aluno;
- fazer adaptações no lar que possibilitem a autonomia da pessoa nas atividades cotidianas;
- adaptar o material escolar para o acesso do aluno às provas, exercícios, leituras;
- ensinar o uso dos utensílios domésticos, aparelhos eletrônicos e outros bens materiais da família e da comunidade.

A Associação Americana de Retardo Mental (1992) define apoio como:

“Recursos e estratégias que promovem os interesses e as realizações dos indivíduos com ou sem deficiências, capacitando-os a terem acesso a recursos, informações e relacionamentos no ambiente em que vivem; resulta no aumento da independência/interdependência, produtividade, integração e satisfação na vida comunitária.” (p.101)

O apoio deve ser aplicado levando em conta as necessidades da pessoa com múltipla deficiência.

Os educadores defendem que o apoio apropriado, durante o tempo necessário, pode melhorar a atividade funcional e a qualidade de vida da pessoa com múltipla deficiência. A forma e a intensidade como é administrado contribuem em maior ou menor escala para a aquisição e o desenvolvimento de suas habilidades adaptativas.

Embora haja inúmeras possibilidades de associação de deficiências, algumas aparecem com mais frequência na escola. Por essa razão, estão destacadas nesse trabalho:

• Deficiência mental e deficiência física

Nem sempre as crianças com deficiência física são portadoras de deficiência mental, como freqüentemente se pensa na escola.

Mesmo quando uma lesão cerebral compromete a locomoção, a linguagem e outras atividades motoras, a capacidade cognitiva da criança pode estar preservada.

Os movimentos podem apresentar-se reduzidos; espásticos; a marcha pode não existir ou estar prejudicada e a linguagem oral pode estar ausente ou exprimir-se de maneira pouco clara. A impressão é de um comprometimento generalizado requerendo cuidadosa avaliação.

Em alguns casos, entretanto, a lesão do sistema motor pode afetar o cérebro de maneira mais abrangente e dar origem à deficiência mental.

A avaliação é complexa, porque a criança muitas vezes não consegue falar ou coordenar os movimentos, não podendo responder adequadamente aos testes convencionais ou atender aos requisitos das avaliações que professores ou psicopedagogos propõem.

As diversas formas de manifestação representam necessidades especiais diferentes e recomendam formas diversas de educar a criança, de modo a atingir o máximo de suas potencialidades.

A maioria das situações de crianças com deficiência mental e física no ambiente escolar, decorre de paralisia cerebral adquirida nos períodos *pré*, *peri* ou *pós*-natais.

Considera-se, atualmente, que a paralisia cerebral pode ter uma etiologia multifatorial. Segundo Willadino (1995) há situações em que essa multicausalidade justifica a ocorrência de deficiência mental, devido a problemas que afetam não apenas as áreas motoras do cérebro, mas, também áreas cognitivas.

As pesquisas científicas sobre a ocorrência associada de paralisia cerebral e deficiência mental apresentam resultados

discrepantes. Revelam, ora a existência de inteligência normal, ora de deficiência mental.

A prática pedagógica confirma esses resultados.

É importante que os educadores não partam da hipótese de deficiência associada, em princípio. Apesar das limitações dos instrumentos de avaliação, o trabalho pedagógico requer atenção às potencialidades da criança, que devem ser o ponto de partida para qualquer intervenção educacional e psicopedagógica.

As crianças com deficiências associadas, geralmente, requerem intervenção da área de saúde, além dos programas educacionais.

Convém considerar que alguns educandos, com paralisia cerebral, podem apresentar, também, problemas visuais (estrabismo, hipermetropia, catarata, coriorretinite, fibroplasia, entre outros), problemas auditivos, além de distúrbios perceptivo-motores e táteis. No entanto, nem sempre esses agravantes estão presentes.

Qualquer generalização acarretará equívocos e erros. Ressalvar essas possibilidades é importante para despertar a atenção do professor quanto a cuidados que a criança pode requerer em seu processo de desenvolvimento e aprendizagem.

Quando a deficiência física e a mental estão associadas, os procedimentos educacionais devem considerar as dificuldades da criança na formação de conceitos, no raciocínio, no processamento cognitivo e no estabelecimento de relações lógicas. Essa necessidade decorre das limitações intelectuais. Os processos encontram-se comprometidos de uma maneira diversamente agravada, dependendo do nível de deficiência mental e das demandas ambientais mais ou menos limitantes.

Quanto ao comprometimento físico, as formas de lidar e favorecer o desenvolvimento da criança requerem uma orientação de profissionais competentes das áreas de saúde.

No aspecto educacional, o educando deve desenvolver um programa compatível com sua capacidade acadêmica e receber adaptações de acesso ao currículo (cadeiras e carteiras

adaptadas, órteses, próteses, equipamentos especiais, rampas, auxiliares técnicos, sistemas aumentativos e alternativos de comunicação, etc.).

- **Deficiência mental e deficiência auditiva**

Essas deficiências associadas ocasionam os problemas de comunicação e linguagem que ocorrem na deficiência auditiva, além das dificuldades de compreensão, aprendizagem e de adaptação da criança com deficiência mental.

Funciona de uma forma mais complexa e requer atendimento educacional que atenda às peculiaridades de seus efeitos para cada criança.

Como nos demais casos, os comprometimentos decorrentes das deficiências dizem muito sobre as expectativas educacionais, bem como a idade em que se inicia a intervenção.

Um ambiente estimulador, encorajador e emocionalmente receptivo é a base favorável sobre a qual se constrói uma ação pedagógica realmente eficaz.

Quanto mais cedo possível, o educando deve ser apoiado para adquirir uma linguagem que lhe permita o desenvolvimento das habilidades sociais e de comunicação. Existem controvérsias quanto ao uso exclusivo da linguagem oral ou de sinais na intervenção das crianças surdas.

Essas divergências precisam ser equacionadas pela família e pelos profissionais, de modo a beneficiar a criança.

A relação entre pensamento, linguagem e consciência revelam o papel significativo da comunicação para o desenvolvimento e para a aprendizagem.

A criança com deficiência mental e auditiva deve ter uma programação educacional que corresponda a suas capacidades, de modo a adquirir habilidades, alcançando plenamente o seu desenvolvimento.

O currículo condizente com a competência acadêmica do aluno deve ser adequado e preconizar o desenvolvimento

das potencialidades no domínio cognitivo, socio-afetivo e psicomotor.

As adaptações de acesso à aprendizagem devem ser providenciadas e estar disponíveis e utilizadas de maneira adequada: prótese auditiva, treinadores de fala, materiais sonoros variados, tablado, etc.

Deficiências menos limitadoras não impedem a progressão acadêmica do educando. Por essa razão, o professor deve avaliar adequadamente a criança para não propor um currículo em desacordo com suas capacidades e expectativas.

A atitude docente tem muita importância nas perspectivas acadêmicas, conforme Nogueira (1997):

“... se o professor utiliza perguntas pouco estimulantes e tem atitudes que levam o surdo à passividade ou, ao contrário, se ele faz opção por formas geradoras de questionamentos, instigantes e provocadoras ... é, em grande parte, responsável pelo desempenho do surdo.” (p. 80)

Quanto à participação na comunidade e às interações que a pessoa com deficiência auditiva estabelece com os demais, a autora assegura:

“Fica claro que a efetividade-afetividade na comunidade é mais importante do que a forma usada nessa interação. Assim, a disponibilidade do ouvinte em entender o surdo e vice-versa e a forma de comunicação negociada entre ambos são decisivas para definir a postura do indivíduo surdo diante da vida.” (p. 80)

Essas afirmações são válidas, também, para os educandos com deficiência mental associada à surdez.

Esses alunos requerem um trabalho de estimulação multissensorial e de treinamento para o uso eficiente de seus resíduos auditivos e dos sentidos remanescentes (visual, olfativo e tátil-cinestésico).

A capacidade de reorganização sensorial da criança é uma via para perceber e relacionar-se adequadamente com o

mundo físico e social, interpretando, da melhor maneira possível, a realidade.

O atendimento às pessoas com deficiência mental e auditiva requer, ainda, atenção aos aspectos relacionados à saúde e ao apoio psicopedagógico que possa necessitar.

O atendimento às necessidades especiais desses alunos deve alicerçar-se na busca de seu desenvolvimento integral e focalizar os contatos sociais em um ambiente integrador e receptivo.

• Deficiência mental e deficiência visual

A prevalência de crianças com deficiência visual associada à mental, não é grande. De um modo geral, a cegueira ou a baixa visão não conduzem ao atraso intelectual. Pode ocorrer, quando a criança é submetida à privação ou restrição ambiental externo. Nesse caso, a origem da deficiência mental não é a limitação visual, mas decorre da restrição ambiental sofrida pela criança.

Situações como essas refletem a falta de orientação da comunidade, que ignora os efeitos favoráveis da educação e da estimulação para os deficientes visuais.

A Fig. 3 retrata uma sessão de atendimento onde participam crianças com deficiência visual (à direita) e com múltipla deficiência – visual e física (à esquerda).

A observação da criança no colo da mãe, à direita, revela um bebê vigoroso e bem desenvolvido. Observa-se que a deficiência visual, de *per si*, não resulta em maiores limitações ou *déficits*, principalmente quando um atendimento preventivo é propiciado.

No entanto, a observação das duas crianças, à esquerda, revela maiores comprometimentos decorrentes das múltipla deficiência de que são portadoras.

Nesses casos, o atendimento preventivo assegura ganhos ao desenvolvimento dos bebês, além de reduzir a possibilidade do aparecimento de outros *déficits*.



Fig. 3. Sessão de atendimento a crianças com deficiência múltipla (visual e física).

As crianças com deficiência mental e visual associadas enfrentam dificuldades conceituais, de compreensão, de processamento dos fatos da realidade e do estabelecimento de relações lógicas. Essas dificuldades são decorrentes das limitações cognitivas e da ausência ou insuficiência da função visual.

Beneficiam-se de um meio familiar e social estimulante e afetivamente receptivo, que servem de suporte a seu pleno desenvolvimento e aprendizagem.

Torna-se essencial que as medidas educacionais sejam propiciadas desde os primeiros meses de vida, para que a criança possa ser apoiada e estimulada a desenvolver suas habilidades sensório-motoras, perceptivas, cognitivas, lingüísticas e sociais.

O modelo educacional fundamenta-se nos seguintes pressupostos, para as crianças com múltipla deficiência:

- por mais acentuadas que sejam suas limitações, respondem favoravelmente à estimulação do desenvolvimento, e da aprendizagem promovidas pela escolarização;
- são capazes de compensar e superar suas deficiências e de encontrar estilos alternativos de aprendizagem;
- suas habilidades perceptivas passam por uma reorganização sensorial dos sentidos remanescentes, quando ocorre privação total ou parcial desses órgãos.

De nenhum modo deve o trabalho pedagógico basear-se nas limitações, mas partir das capacidades do educando,

de modo a alicerçar a aquisição de habilidades e competências diminuídas, em decorrências das deficiências

• Deficiência mental e transtorno mental

Deficiência mental é uma condição diferente de transtorno mental, embora haja uma tendência generalizada em confundí-las.

As pesquisas revelam que, na sociedade como um todo, entre 15 a 19% das pessoas podem ser portadoras dos mais diversos tipos de transtornos mentais (AAMR, 1992).

Uma prevalência dessa ordem equivale à existência de milhões de pessoas sofrendo de transtornos mentais, na população brasileira. Segundo essa mesma estimativa, entre os portadores de deficiência mental, os transtornos mentais apresentam uma prevalência que chega a atingir um percentual entre 20 a 35% da população geral. Ou seja melhor, entre os portadores de deficiência mental encontram-se milhares de pessoas que apresentam transtornos mentais associados. Dentre esses transtornos, encontram-se, no ambiente escolar, quadros autísticos, psicoses e outros associadas à deficiência mental.

Mesmo com essas cifras elevadas, é importante considerar que a maioria das pessoas com deficiência mental não tem transtorno mental associado. Do mesmo modo, está comprovado que as pessoas com transtornos mentais não apresentam, deficiência mental, embora se possa observar em alguns casos.

Quando isso ocorre, a tendência usual é imaginar que o sistema educacional pouco pode fazer pelo aluno e que o prognóstico é nebuloso.

Voltamos a ponderar que essa impressão é enganosa.

Primeiramente, há deficiências mentais que revelam pouco rebaixamento da capacidade cognitiva de seus portadores. Do mesmo modo, há transtornos mentais menos graves. As possibilidades educacionais dessas pessoas são mais favoráveis do que se essas condições se apresentassem com maior gravidade.

Mais uma vez, não se pode generalizar.

Genericamente, a capacidade de aprendizagem das pessoas com deficiência e transtorno mental associados revela a interferência das limitações cognitivas (por conta da deficiência mental) e dos problemas comportamentais (por conta do transtorno mental). Em ambos, pode haver baixa motivação e comprometimento na compreensão da realidade.

Seu atendimento requer uma atenção de natureza médica, psicopedagógica e educacional.

Qualquer que seja o nível de gravidade, a prática educacional tem revelado que as crianças com deficiência mental e transtorno mental associados beneficiam-se, como as demais, de procedimentos educacionais que atuem como mediadores de seu desenvolvimento e aprendizagem.

Igualmente, necessitam de apoio emocional de suas famílias, dos educadores e de todos os que as cercam.

Em situações de menor comprometimento, educandos com deficiência mental e transtorno mental associados têm demonstrado significativa evolução em seu comportamento, competência curricular e interpessoal.

A deficiência múltipla, mesmo nas condições mais agravadas, são sujeitas à intervenção educacional, com resultados significativos e favoráveis.

O importante é desenvolver uma atuação persistente, com propósitos claramente definidos e condizentes com as reais condições da criança. Mais uma vez, enfatiza-se a importância das medidas preventivas.

• Deficiência visual e auditiva

O Brasil não possui estatísticas nacionais de prevalência de pessoas com dupla deficiência sensorial – visual e auditiva. Estimativas americanas revelam a ocorrência aproximada de uma criança surda-cega para cada 100 mil nascimentos.

A associação de deficiência visual e auditiva representa mais implicações do que a deficiência única da visão ou da audição. Observa-se uma ampla diversificação de habilidades e necessidades entre seus portadores.

A diversificação é devida aos seguintes aspectos, entre outros:

- tanto a perda visual como a auditiva variam em níveis de comprometimento, estendendo-se de leve a profunda;
- outros canais sensoriais podem estar, ou não, prejudicados;
- o aparecimento da perda visual e auditiva pode ocorrer antes do nascimento ou mais tarde, no curso do desenvolvimento;
- a deficiência auditivo-visual não implica necessariamente falta total de audição e de visão;
- a perda visual e auditiva pode ocorrer concomitantemente ou de forma independente;
- as perdas podem ocorrer de forma gradual ou bruscamente;
- a deficiência auditivo-visual pode estar acompanhada, ou não, de outras condições deficitárias;
- as etiologias podem ser únicas ou ligadas a uma multiplicidade de enfermidades infantis.

Todos esses aspectos demonstram como são diferentes as condições das pessoas com deficiência visual e auditiva e indicam a diversidade de suas perspectivas funcionais e educacionais.

A Fig. 4 retrata uma criança com resíduos visuais e auditivos. Seu atendimento, iniciado em tenra idade, revelou muitos progressos.



Fig. 4. Criança com deficiência visual e auditiva.

A atuação do educador assume uma importância essencial no atendimento às pessoas com deficiência visual e auditiva. Seu papel mediador nas relações da criança com o meio é essencial para o desenvolvimento e a aprendizagem do aluno.

A mediação traduz-se em atitudes e ações, como as que estão especificadas a seguir:

- apoiar e encorajar a exploração dos estímulos ambientais;
- despertar a motivação e o desejo de experimentar;
- incentivar a iniciativa e a persistência nas tarefas;
- desafiar a interação com o ambiente;
- oferecer apoio nas áreas necessárias e pelo tempo requerido;
- apoiar e orientar a família.

As necessidades mais expressivas, identificadas na pessoa surda-cega, se concentram em duas áreas principais: *comunicação e mobilidade*.

Como essas áreas estão vinculadas ao estabelecimento de relações sociais e à autonomia no meio ambiente, seus efeitos podem repercutir em defasagem no desenvolvimento social, emocional e cognitivo.

As deficiências auditivo-visuais mais graves, quando associadas a danos cerebrais profundos, resultam em níveis de funcionamento mais limitados, a exemplo dos casos decorrentes

de infecção pela rubéola congênita e outras afecções pré-natais. Estima-se que 80% das pessoas surdas-cegas encontram-se nessa categoria.

Nos casos de maior comprometimento, podem apresentar comportamentos de auto-agressão, auto-estimulação, hiperatividade. Distúrbios de comportamento e estereotípias podem aparecer.

Há estudos demonstrando que essas crianças podem melhorar, com a ajuda de um programa apropriado (McInnes & Treffry, 1981). Alguns pressupostos básicos devem ser observados na educação desses alunos, segundo os autores:

- as crianças com deficiência visual e auditiva, quando atendidas adequadamente, podem vir a participar como membro ativo da sociedade, desde que sua condição não seja agravada por lesões cerebrais severas, significativamente comprometedoras;
- os mecanismos de processamento central de informação nem sempre estão afetados, a despeito das alterações sensoriais;
- uma base adequada de comunicação é indispensável ao desenvolvimento integral da criança;
- a motivação extrínseca encontra-se naturalmente limitada e precisa ser despertada;
- alguns transtornos físicos podem ser minimizados ou corrigidos mediante a intervenção médica e/ou em decorrência do processo evolutivo;
- é possível e acessível ao aluno o desenvolvimento máximo de sua capacidade residual, em cada modalidade sensorial;
- o ambiente físico e social do aluno deve ser interativo, entendido e controlado, de modo a tornar-se favorável a seu desenvolvimento.

Cada criança necessita de uma programação educacional personalizada, de acordo com suas potencialidades e necessidades identificadas. As atividades em grupo devem

ser priorizadas, embora possa haver momentos em que o atendimento individual se faça necessário.

O atendimento adequado, o mais cedo possível, a oportunidade de participação social, o ambiente familiar e comunitário favoráveis e estimuladores previnem as limitações cognitivas e ampliam as perspectivas de desenvolvimento e de aprendizagem da pessoa com deficiência auditivo-visual.

• Deficiência múltipla e perspectiva educacionais

Genericamente, as limitações nas habilidades adaptativas de crianças, jovens e adultos com múltipla deficiência estão relacionadas entre outros fatores:

- à gravidade e ao tipo de associação de deficiências de que são portadores;
- às condições físicas e de saúde de que dispõem;
- às condições afetivo-emocionais pessoais e dos familiares;
- aos estímulos e demandas ambientais;
- ao contexto familiar e comunitário favoráveis;
- ao início do aparecimento das deficiências;
- ao adequado atendimento educacional (realizado o mais cedo possível);
- ao apoio adequado e no tempo necessário.

Sabe-se que a existência de graves comprometimentos intelectuais e/ou psíquicos marcam, de certo modo, as expectativas de desenvolvimento e de aprendizagem das pessoas com múltipla deficiência.

As deficiências mentais graves e os quadros crônicos de transtornos mentais, quando associados a outras deficiências, tornam o prognóstico pouco promissor quando a meta é a socialização e a participação da pessoa como um cidadão *autônomo e ativo* na sociedade.

Nesse caso, a finalidade educacional deve focalizar o desenvolvimento da criança e dar lugar a ações que visem à

melhoria de seu nível de funcionalidade e de qualidade da vida pessoal e familiar.

Quando as deficiências associadas não comprometem o funcionamento cognitivo ou psíquico, as perspectivas de escolarização são melhores e devem considerar as possibilidades de adequação curricular.

Após uma leitura cuidadosa do texto, responda às seguintes questões, de modo a verificar seu entendimento acerca do conteúdo do módulo.

1. Assinalar com um (V) as afirmativas verdadeiras e com um (F) as falsas:

- a. () segundo o MEC, a múltipla deficiência caracteriza-se por duas ou mais deficiências primárias associadas;
- b. () as deficiências que decorrem de outra são denominadas secundárias;
- c. () o hipotireoidismo no bebê pode ser curado, se tratado a tempo;
- d. () é indispensável identificar qual a deficiência principal que uma pessoa tem para começar qualquer atendimento;
- e. () a múltipla deficiência é a mais limitante forma de deficiência;
- f. () a gravidade de uma deficiência explica-se exclusivamente pela sua intensidade;
- g. () uma criança com múltipla deficiência pode manifestar comportamento criativo e iniciativa;
- h. () a prevenção secundária atenua os efeitos das deficiências já instaladas.

2. Completar as lacunas, selecionando as palavras dispostas dentro dos parênteses que tornam as sentenças verdadeiras:

(*transdisciplinar – desenvolver-se – promovem – Rett – acadêmicas – qualidade – educacional – vida – deficiência múltipla – aprender*)

- a). A finalidade última da abordagem _____ é melhorar a _____ de _____ das pessoas com necessidades especiais;

- b. Os testes psicológicos têm limitações para avaliar com precisão as condições intelectuais das pessoas com _____;
- c. O modelo mais adequado de diagnóstico das deficiências é o _____;
- d. As habilidades _____ são relacionadas à aprendizagem dos conteúdos curriculares;
- e. A Síndrome de Rett está associada à deficiência _____, entre outras;
- f. Apoio são recursos e estratégias que _____ a pessoa com deficiência múltipla de modo a aumentar a sua funcionalidade no ambiente físico e social;
- g. Por mais que a múltipla deficiência seja acentuada, as crianças podem _____ e _____.

Agora, verifique se suas respostas estão de acordo com os conteúdos do módulo:

1ª questão:

- a. V
- b. V
- c. V
- d. F
- e. F
- f. F
- g. V
- h. V

2ª questão:

- a. educacional – qualidade – vida;
- b. deficiência múltipla;
- c. transdisciplinaridade;
- d. acadêmicas;
- e. mental;
- f. promovem;
- g. desenvolver-se – aprender.

- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico de transtornos mentais - DSM IV*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- BAUTISTA, R. *Necessidades educativas especiais*. Lisboa: Dinalivro, 1993.
- BRAGA, L. W. *Cognição e paralisia cerebral - Piaget e Vygotsky em questão*. Salvador: Sarah Letras, 1995.
- GRÜNSPUN, H. *Distúrbios psiquiátricos da criança*. São Paulo: Atheneu, 1978.
- KELMA, C. A. *Sons e gestos do pensamento: um estudo sobre a linguagem egocêntrica na criança surda*. Brasília: Ministério da Justiça / CORDE, 1996.
- KIRK, S. & GALLAGHER, J. J. *Educação da criança excepcional*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- LUCKASSON, R. A. *Mental retardation: definition, classification and systems of support*. USA: American Association on Mental Retardation, 1992.
- MCINNES, J. M. & TREFFRY, J. A. *Guia para el desarrollo del niño sordociego*. Espanha: Ministerio de Educación y Ciencia, 1981.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO. Secretaria de Educação Especial. *Política Nacional de Educação Especial*. Brasília: MEC, 1994.
- _____. *Subsídios para organização e funcionamento de serviços de educação especial - área da deficiência auditiva*. Brasília: MEC, 1995. Série Diretrizes - 6.
- _____. *Subsídios para organização e funcionamento de serviços de educação especial - área da deficiência visual*. Brasília: MEC, 1995. Série Diretrizes - 8.

- _____. *Subsídios para organização e funcionamento de serviços de educação especial - área da deficiência mental*. Brasília: MEC, 1995. Série Diretrizes - 7.
- _____. *Subsídios para organização e funcionamento de serviços de educação especial - área da deficiência múltipla*. Brasília: MEC, 1995. Série Diretrizes - 5.
- NOGUEIRA, M. de A. M. *Interação professor-ouvinte e pré-escolares surdos em duas alternativas metodológicas*. Brasília: Ministério da Justiça / CORDE, 1997.
- FERIOLI, G. *Diagnóstico, programación y seguimiento en niños plurideficientes*. USA: Programa Hilton Perkins, 1996. Material mimeografado.
- HODAPP, R. M. & ZIGLER, E. *Understanding mental retardation*. USA: Cambridge University Press, 1993.
- GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Educação / Fundação Educacional do Distrito Federal. *Atendimento educacional ao aluno portador de deficiência física*. Brasília, 1994. Orientação Pedagógica N° 21.
- _____. *Atendimento educacional ao aluno portador de deficiência múltipla*. Brasília: FEDF, 1994. Orientação Pedagógica N° 14.
- _____. *Atendimento educacional ao aluno portador de deficiência mental*. Brasília: FEDF, 1994. Orientação Pedagógica N° 15.
- _____. *Atendimento educacional ao aluno portador de deficiência da audição*. Brasília: FEDF, 1992. Orientação Pedagógica N° 17.
- _____. *Atendimento educacional ao aluno portador de deficiência da visão*. Brasília: FEDF, 1994. Orientação Pedagógica N° 28.
- LUCKASSON, R. A. *Mental retardation: definition, classification and systems of support*. Washington: AAMR, 1992.
- SMITH, D. W. *Síndromes de malformações congênitas*. São Paulo: Manole, 1989.

Nota de agradecimento

Agradecemos a colaboração do Centro de Ensino Especial 02 de Brasília, a Gildaci Rodrigues A. Couto, a Marilda M. G. Bruno e à Associação para Deficientes da Audiovisão, pela cedência das fotos e a permissão para sua publicação nesse trabalho.

Nosso carinho aos alunos e professores que possibilitaram essas imagens e, desse modo, ajudam a difundir os conhecimentos aos que desejam aprender e atuar com portadores de deficiência múltipla.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

Fascículo III

Deficiência Múltipla

Conteudista
Erenice Natália Soares de Carvalho

Brasília / 2000

SUMÁRIO

FASCÍCULO III - O Bebê com Deficiência Múltipla

- Aspectos de desenvolvimento
- Abordagem educacional – programas de estimulação
- Serviços comunitários
- Trabalho interdisciplinar
- Verificando sua aprendizagem
- Conferindo suas respostas
- Bibliografia

1. Leia os objetivos específicos do fascículo;
2. Estude o texto do fascículo;
3. Teste seus conhecimentos, respondendo às avaliações propostas;
4. Confira suas respostas com a da chave de correção, no final do fascículo;
5. Concluído com acerto, passe para os fascículos seguintes;
6. Se não conseguir aprovação, reestude o texto;
7. Responda novamente à avaliação. Se não conseguir, consulte o professor aplicador do fascículo.

- 1 - Estudar o texto relativo ao fascículo.
- 2 - Rever o vídeo para tirar dúvidas.
- 3 - Recorrer ao professor aplicador da unidade, caso a dúvida persista.
- 4 - Realizar a avaliação proposta e as atividades sugeridas.

Este é o volume 1 – fascículo III Série Atualidades Pedagógicas 5 – Educação Especial.

Tem como objetivo instrumentalizar os professores para atuar com alunos portadores de deficiência múltipla. O fascículo visa a fornecer subsídios para que esses professores alcancem os seguintes objetivos:

- entender a evolução do conceito de deficiência na humanidade;
- identificar as raízes históricas das atuais atitudes sociais de discriminação e preconceito;
- analisar os antecedentes históricos das posturas segregacionistas que ainda prevalecem na comunidade escolar e que dificultam a educação inclusiva dos portadores de deficiência(s).

A visão de um bebê com múltipla deficiência geralmente desperta preocupações. Tende-se a considerá-lo com baixas perspectivas de aprendizagem, de escolarização e com total nível de dependência por toda a vida.

A despeito dessa concepção *pessimista* tão difundida, atualmente considera-se que as crianças com múltipla deficiência têm possibilidade de vir a ser membros participativos de sua comunidade, uma vez que se dispõe de atendimentos e de medidas preventivas que podem ser adotadas desde a fase inicial de seu desenvolvimento.

A múltipla deficiência manifesta-se de variadas formas e expressa condições diversas de atuação da pessoa no meio ambiente. Essas diferenças às vezes decorrem de complexos fatores que, interagindo, influenciam o intercâmbio com o mundo físico e social.

A funcionalidade das pessoas com múltipla deficiência depende de suas potencialidades individuais, das limitações impostas pelas deficiências e das oportunidades oferecidas pelo meio.

Genericamente, diz respeito:

- ao *status* real de funcionamento da pessoa;
- ao envolvimento e à atitude de sua família;
- às possibilidades de acesso e permanência em programas de atendimento educacional.

Esses fatores, isoladamente, não respondem pela forma como a criança interage no ambiente. Por exemplo, crianças com limitações presumivelmente mais graves podem levar uma vida menos restritiva do que outras com menores comprometimentos.

É importante considerar, portanto, esses três fatores em conjunto para explicar a diversificação de comportamentos e

de possibilidades observados entre as pessoas com múltipla deficiência.

O *status real de funcionamento* está relacionado, entre outros aspectos, à capacidade cognitiva da criança, a suas habilidades motoras, de comunicação, locomoção e de autonomia.

Por sua vez, essas capacidades e habilidades decorrem das etiologias; da idade de início das deficiências; das medidas preventivas adotadas; das condições físicas, emocionais e de saúde, dentre outros aspectos.

Quanto ao *envolvimento e à atitude da família*, Bruno (1993) enfatiza que as necessidades básicas do bebê são o movimento, a proteção, o toque, o afeto e os cuidados relativos à higiene e à alimentação, para que possa crescer física e emocionalmente saudável.

É no contexto familiar que a criança tem seu primeiro e mais significativo momento de lidar com essas necessidades básicas e seu atendimento. Além disso, é no contexto familiar que se inicia a aceitação do bebê e as providências para seu adequado atendimento, além da preocupação em propiciar-lhe uma vida o mais normal possível na comunidade. Igualmente importante é a atitude da família em acreditar nas capacidades do filho, a despeito de suas deficiências e em encorajar e estimular suas realizações.

Considerando as *possibilidades de acesso e permanência com sucesso, em programas educacionais de atendimento*, é consensual que a educação constitui fator importante no estilo de vida de uma criança com múltipla deficiência.

As oportunidades educacionais devem ser propiciadas o mais cedo possível e contemplar experiências que favoreçam o desenvolvimento integral da criança e a motivação para interpretar a realidade e interagir no meio ambiente.

A esse respeito, defende-se uma educação inclusiva, onde as crianças tenham a oportunidade de contato com as demais, a possibilidade de vivenciar experiências

compartilhadas e o ensejo de aprender habilidades necessárias à efetiva integração comunitária.

O apoio adequado favoreceu condições de aprendizagem e desenvolvimento e uma melhor qualidade de vida para a criança, a despeito de sua múltipla deficiência.

Atitudes pessimistas devem ser evitadas, bem como superproteção, desinteresse e descrença por parte da família, dos educadores, enfim, de todos os que convivem com a criança.

Aspectos de desenvolvimento

Na fase de desenvolvimento compreendida entre zero e três anos, as crianças com deficiência múltipla, *como todas as demais*, estão muito receptivas aos estímulos do meio.

Seus recursos de percepção e de interação com o ambiente permitem compreensão da realidade, em que brincar faz parte da interação, promovendo prazer e desejo de participar.

Ao se desenvolver, o bebê amplia as ações no ambiente, utilizando sua capacidade sensorial, as habilidades motoras e as de locomoção. As aquisições referentes à linguagem oral e à coordenação dos grandes movimentos são iniciadas nessa fase.

O bebê com deficiência, mesmo quando múltipla e severa, possui recursos de percepção e de intercâmbio com o meio físico e social. É importante que suas capacidades sejam desenvolvidas e utilizadas adequadamente para a conquista de novas aquisições.

Aos poucos, as limitações podem ser reduzidas e a autonomia crescente vai dando espaço a novas possibilidades de *ser* e de agir no ambiente, de conhecer-se e conhecer o mundo a sua volta.

O contato humano é de essencial importância. Estar com as pessoas, imitá-las, interagir com elas, são condições essenciais de desenvolvimento e de aprendizagem para o bebê.

O “*outro*”, seja adulto ou criança, contribui para que tenha noção de sua própria existência e do mundo a sua volta. Essas relações envolvem elementos psicologicamente significativos de emoção e de afetividade que contribuem para a formação de sua identidade e da disponibilidade para estabelecer e ampliar contatos sociais.

A maioria das crianças com múltipla deficiência tende a focalizar a atenção em suas próprias ações e movimentos, devido à insuficiência de estímulos ambientais que atraiam e despertem seu interesse, bem como das deficiências sensoriais, físicas e mentais que possa apresentar.

A associação dessas deficiências tende a agravar o estado de alheamento e a desmotivação infantil, podendo resultar em auto-estimulação e comportamentos autísticos. Por essa razão, as pessoas e os objetos podem ser completamente ignorados pela criança e toda a riqueza de interação com eles deixar de ocorrer.

Todos os que convivem com a criança devem, portanto, despertá-la e “acordar” seu desejo de interagir no mundo físico e social. Genericamente, as brincadeiras que são vividas com prazer pelas crianças não deixam de sê-lo quando apresentam múltipla deficiência.

Desse modo, elas escolhem os brinquedos e as brincadeiras de que gostam, compatíveis com sua fase de desenvolvimento, de forma natural e espontânea. Essas oportunidades lúdicas constituem verdadeiras “molas propulsoras” que promovem a criança para níveis mais elevados de desenvolvimento, aprendizagem e participação no mundo em que vivem.

Esse conhecimento é muito importante para os que convivem e atendem às pessoas com necessidades especiais, particularmente com as mais comprometidas, que aparentam

uma falsa impossibilidade de atingir a menor expectativa.

As crianças com deficiências podem precisar de apoio para ingressar e intinerar-se pela atividade lúdica. Com certeza, seu interesse não será menor. Podem ser ajudadas e incentivadas a ver, sentir, perceber, tocar, ouvir, mover-se, enfim, a *querer* interação com o meio.

O brinquedo, a brincadeira e o jogo permitem à criança ingressar no mundo simbólico – alicerce necessário para seu desenvolvimento nessa fase.

A literatura especializada indica que as etapas do desenvolvimento infantil são similares e obedecem aos mesmos princípios e pressupostos para quaisquer crianças, mesmo as que apresentam graves e múltiplas deficiências.

O Programa de Intervenção Precoce⁴ destina-se a bebês de zero a três anos que apresentam necessidades especiais ou sejam considerados *de risco*.⁵ As seguintes características estão implícitas no programa, de acordo com o MEC / Secretaria de Educação Especial – SEESP (1995):

- deve ser conduzido ou orientado por profissionais preparados que tenham conhecimento de desenvolvimento e aprendizagem infantil, uma vez que uma intervenção inadequada pode resultar em danos físicos e/ou psicológicos para a criança;
- a carência, inadequação ou sobrecarga de estimulação, nos primeiros anos de vida, podem alterar o desenvolvimento natural do processo evolutivo da criança;
- o desenvolvimento cognitivo, socio-afetivo e psicomotor ocorre mediante a adequada estimulação da criança e, também, auxiliado pelas relações interpessoais favoráveis com os que realizam seu atendimento.

Os Programas de Intervenção Precoce começaram no Brasil por volta de 1978, expandindo-se, durante os últimos anos, em algumas regiões brasileiras mais desenvolvidas, onde vêm demonstrando eficiência na prevenção das deficiências ou na redução de seus efeitos nas crianças que já as adquiriram.

⁴ Também conhecido como Programa de Educação Pprecoce ou de Estimulação Precoce.

⁵ Crianças sujeitas a adquirir deficiências ou que apresentam atraso/distúrbios no desenvolvimento, devido a fatores pré-natais, perinatais ou pós-natais.

A necessidade do programa de intervenção precoce para bebês com deficiência já é reconhecida no setor educacional, sendo emergente sua universalização, uma vez que os anos mais significativos do desenvolvimento de uma criança situam-se nessa faixa etária.

Entretanto, existe ampla comprovação científica e evidência empírica de que as crianças com deficiência, que têm acesso ao Programa, evidenciam significativo desenvolvimento de suas habilidades cognitivas, psicomotoras e socioafetivas.

Na escola, as expectativas de aprendizagem e integração demonstram avanço. No lar, o preparo e a orientação destinados aos familiares revelam o fortalecimento dos vínculos afetivos e propiciam melhor forma de lidar e de conviver com a deficiência do filho.

O Programa de Intervenção Precoce é definido pelo MEC – SEESP (1995) como:

“ O conjunto dinâmico de atividades e de recursos humanos e ambientais incentivadores que são destinados a proporcionar à criança, em seus primeiros anos de vida, experiências significativas para alcançar pleno desenvolvimento em seu processo evolutivo.”(p.11)

Para cumprir os objetivos, o programa envolve a área educacional, de saúde (incluindo a alimentação) e a assistência socio-familiar. Desenvolve-se a partir de uma avaliação criteriosa da criança, antes de propiciar seu atendimento. A avaliação levanta dados para conhecimento das dificuldades da criança e a apreciação operativa de seu desenvolvimento; das condições ambientais em que vive e da dinâmica interativa de todos esses elementos.

A intervenção coloca à disposição da criança recursos humanos e de natureza física, tecnológica, material e espacial para favorecer seu processo evolutivo e o ajustamento pessoal e social.

O Programa fundamenta-se nos pressupostos das teorias psicológicas do desenvolvimento e da aprendizagem e obedece a critérios metodológicos organizados que envolvem instrumentos de avaliação, equipamentos e materiais. Esses recursos visam à atuação operativa da criança no ambiente físico e social. Considera, também, os conhecimentos das ciências biomédicas e das ações de saúde que orientam seu tratamento com base nas reais necessidades e potencialidades.

• O contexto familiar

A família recebe atenção especial no programa. Sua participação concretiza-se de dois modos:

- atuando junto com o professor na realização das sessões de atendimento, como demonstrado na Figura 5. Nesse aspecto, a orientação aos pais é sistemática e demonstrativa, realizando-se individualmente ou em grupo, de modo a permitir uma adequada continuidade do trabalho no lar;



Fig. 5. Sessão grupal do Programa de Intervenção Precoce, realizada com as mães e a professora.

- recebendo apoio emocional, que focaliza as dificuldades que possam aparecer no nascimento de um filho com necessidades especiais.

De um modo geral, a família reage com frustração e insegurança ao nascimento de um filho que esperava sadio e

“normal”. Não raro, vivencia sentimentos de compaixão ou culpa. O desapontamento pode dar lugar ao desespero, à depressão, à dúvida e à incerteza, vindo a requerer intervenção, com base em uma relação de ajuda. Além de apoiar a família para lidar com esses sentimentos, o Programa tem como objetivos, entre outros:

- favorecer a aceitação do bebê no contexto familiar;
- oferecer informações sobre as condições da criança e de seu desenvolvimento;
- incentivar e encorajar os pais frente às possibilidades e expectativas futuras do bebê;
- amenizar as dúvidas e conflitos nas relações familiares relacionadas à criança;
- favorecer a construção de um vínculo positivo entre a criança e seus familiares, especialmente o vínculo mãe-filho.

No Programa, a família representa apoio ao trabalho do professor, ao mesmo tempo que constitui objeto da intervenção. Entende-se desse modo, porque a deficiência não atinge somente a criança, mas envolve todo o contexto familiar. O êxito da intervenção deve resultar em ganhos para os membros da família e refletir favoravelmente na dinâmica familiar.

Há diversos modelos de intervenção precoce, dependendo do enfoque adotado. O modelo educacional considera os seguintes aspectos:

- a criança deve ser vista como um ser integral;
- recomenda-se não dividir os atendimentos entre diversos profissionais, ou seja, o Programa deve ser conduzido por um profissional único, com preparação e orientação em várias áreas do conhecimento;
- a intervenção inicia-se pela avaliação do desenvolvimento global da criança;
- o plano individual de intervenção é baseado no projeto de currículo educacional apropriado para a fase de desenvolvimento e adequado às condições pessoais do educando;

- a organização dos meios e recursos técnicos, tecnológicos, materiais e espaciais necessários ao atendimento é propiciada;
- a preparação e a orientação familiar é indispensável para viabilizar a participação efetiva nas sessões de atendimento e para a continuidade no lar;
- recomenda contatos com profissionais da comunidade, para intercâmbio de experiências e possíveis participações no atendimento à criança.

Nesse modelo, o atendimento pode realizar-se em dois encontros semanais, com a presença de um membro da família, co-participante das atividades desenvolvidas, devendo dar continuidade ao Programa, no ambiente doméstico, durante os demais dias da semana.

Para as crianças de até dois anos, as sessões previstas são individuais e têm a duração inicial de 20 minutos, podendo estender-se a 40 minutos, de acordo com a idade da criança e de suas condições pessoais de saúde, aprendizagem e desenvolvimento.

Quando o atendimento se realizar em grupo, poderá ter a duração de até uma hora e meia. Para as crianças maiores de dois anos, o tempo poderá estender-se gradativamente até a duração de quatro horas.

Os componentes curriculares devem corresponder às necessidades e potencialidades de cada criança e ser desenvolvidos de modo a atender a seus interesses e motivações.

Recomendam-se atendimentos preferencialmente em pequenos grupos – duas a três crianças. Considerando tratar-se de múltipla deficiência, deve dispensar-se atenção individualizada, mesmo nas atividades de grupo. Lembrar que o convívio entre as crianças é sempre recomendado.

• Os profissionais

O Programa de Intervenção Precoce, na perspectiva educacional, deve ser conduzido por um professor ou pedagogo.

Cabe a esse profissional obter conhecimentos básicos sobre o desenvolvimento e a aprendizagem infantil, pautados na área de Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e outras, para atuar numa perspectiva transdisciplinar.

Essa formação multidisciplinar do professor não significa que a criança tenha de ser vista “por partes” ou ficar sujeita a atendimentos variados com profissionais das diferentes áreas. Implica o professor possuir tais conhecimentos, o que não elimina a possibilidade de, para melhor qualidade do trabalho, vir a receber orientação direta dos profissionais dessas áreas. (Fig. 6)



Fig. 6. Sessão individual de atendimento.

O importante a considerar é que o programa educacional de intervenção precoce contemple a criança globalmente e que o profissional que conduz o processo esteja devidamente preparado para realizá-lo, não sobrecarregando a criança, mas apoiando seu desenvolvimento e sua promoção como ser humano. Esse profissional deve estar preparado, também, para lidar de forma adequada com a família.

Segundo o MEC (1995), cabe ao professor, no desenvolvimento do programa:

- identificar as oportunidades educacionais presentes no lar, oferecidas pela família;

- avaliar o desenvolvimento psicoeducacional da criança;
- analisar as condições físicas e atitudinais adversas na família e no ambiente circundante;
- elaborar e executar os planos de intervenção adequados ao atendimento da criança e de sua família, bem como organizar o ambiente favorável para sua realização;
- incentivar e orientar a família para participar do programa de intervenção e de outras ações favoráveis ao desenvolvimento e à aprendizagem do filho.

A natureza da múltipla deficiência não implica mudança na estrutura do atendimento. O que varia é a proposição curricular com objetivos e atividades adequados ao potencial e às necessidades individuais da criança.

A importância do programa reside na focalização da criança e de sua família em garantir uma abordagem ecológica e funcional e ser conduzida por profissionais competentes.

• O ambiente e os recursos

O atendimento deve considerar, entre todos os aspectos já focalizados, o espaço físico adequado, ou seja, incluir mobiliário, material pedagógico e equipamentos apropriados para que a criança seja atendida de acordo com suas necessidades e potencialidades.

O material pedagógico é o mesmo utilizado para as demais crianças que não apresentam deficiências, sendo apropriados para a idade. Deve ser atraente, atóxico e variado, podendo conter também material de sucata. O importante é que desafiem a curiosidade e o interesse da criança e estimulem o manuseio, a criatividade, a exploração e o desejo de brincar e compartilhar.

O material deve caracterizar-se pela variação de cor, tamanho, forma, produção sonora; possibilitar diversas

sensações tátil-cinestésicas e estimular movimentos variados no tempo e no espaço (lentos, rápidos, simples, longe, perto, etc.).



Fig.7. Professor apoiando a marcha

Dentre os equipamentos e mobiliários destacam-se alguns como indicados para atender às especificidades das crianças com múltipla deficiência, a exemplo dos aparelhos auditivos, mesas e cadeiras adaptadas, lupas manuais e de mesa. O espaço amplo e bem adaptado é necessário para favorecer a mobilidade das crianças (Fig. 7) e a instalação de barras, rampas, brinquedos fixos no teto ou na parede, cantinhos, tablado, cenário, dentre outros, como se vê na Fig. 8.



Fig.8. Materiais e equipamentos tornam o ambiente mais lúdico, com a participação da professora e da mãe.

Animais e plantas são importantes para o programa de estimulação, bem como parques, piscinas (ver Fig. 9) e diferentes tipos de solos para a criança deslocar-se, percebendo as diferentes texturas, obstáculos e ondulações.

As condições da criança definem o ponto de partida e a finalidade de cada sessão, bem como o ritmo e a expectativa de finalização do programa, como indicado pela avaliação processual.



Fig. 9. Atendimento em hidroestimulação.

O bebê deve participar de atividades em grupo, não apenas com crianças com necessidades especiais, mas, preferencialmente, em ambientes integradores. Seus cuidados devem ser programados de modo a atender às necessidades comuns a qualquer criança de sua idade e às que são próprias das deficiências de que é portador.

Do mesmo modo, o professor deve observar que atividades ela não consegue realmente realizar em decorrência de suas limitações, e as experiências que pode vivenciar, desde que receba o apoio apropriado.

Os excelentes resultados obtidos pelas crianças com múltiplas deficiências atendidas no Programa de Intervenção Precoce comprovam a necessidade de ampliar-se a oferta desse serviço em todo o país. Certamente, a existência dos programas pode fazer grande diferença na vida das crianças com necessidades especiais.

Os conteúdos curriculares do Programa de Intervenção Precoce são vivenciados num ambiente lúdico, natural e

acessível à criança. Estão organizados nas seguintes dimensões:

Atividades que estimulam o movimento e a ação da criança, o desenvolvimento da coordenação motora geral e do equilíbrio; a coordenação óptico-motora; a habilidade manual; a consciência e o domínio corporal e postural; a locomoção; e as relações espaço-temporais; a senso-percepção e a exploração dos objetos, propiciando prazer à criança

Possibilitam o conhecimento e a vivência corporal, o domínio do corpo no tempo e no espaço, os movimentos e sua relação com os outros (crianças ou adultos) e com os objetos. Contemplam, enfim, a dialética do *eu versus mundo*, no contexto evolutivo dos primeiros anos da infância.

O desenvolvimento psicomotor requer o envolvimento ativo da criança em todas as situações de aprendizagem e a observância de suas possibilidades. Convém levar em conta a idade cronológica, o interesse e as etapas do desenvolvimento.

A criança deve ser estimulada e encorajada pelo professor e pelos familiares a descobrir o mundo a sua volta, a interferir na ordem dos objetos e a explorar a riqueza dos estímulos circundantes.

Sugestões de atividades psicomotoras:

- estimular movimentos corporais da criança, de modo a vivenciar diversas posições no espaço, no tempo, utilizando ou não objetos;
- estimular a criança a seguir movimentos humanos e produzidos pelos objetos;
- propiciar atividades de exploração do próprio corpo e de outrem, por meio de atividades interessantes, tais como cantigas, teatro, desenhos, figuras, histórias, etc.;
- estimular movimentos e deslocamentos da criança: sentar, deitar, andar, correr, saltar, esticar-se, encolher-se, subir, descer, etc.;
- brincar livremente com brinquedos variados;
- cantar, vivenciando movimentos e gestos diversos;
- folhear revistas;

- brincar com bolas de diferentes tamanhos e cores: segurar, jogar, aparar, rolar, colocar dentro de recipientes, retirar, etc.;
- andar descalço em diferentes tipos de solo;
- estimular a criança a lidar com obstáculos: retirar, desviar, desmanchar, etc.;
- fazer encaixe, rasgar papel, montar peças, etc.

A intervenção oportuniza a criação de um ambiente que medeia o desenvolvimento da atenção, da percepção, da memória e do pensamento. Contempla a intencionalidade das ações; a classificação e a ordenação dos objetos; o exercício do pensamento e da imaginação; a observação das relações de causa e efeito entre os fenômenos circundantes; a discriminação; focaliza as noções de conteúdo e continente, entre outras habilidades.

O desenvolvimento cognitivo requer a participação ativa da criança em todas as atividades. Implica a oportunidade de exercitar suas sensações e movimentos, de modo a adquirir informações, habilidades, atitudes, valores, etc. por meio do contato com o mundo físico e social.

A atuação mediadora do professor é imprescindível, na organização de experiências de aprendizagem que impulsionem o desenvolvimento da criança, no processo de construção de funções psicológicas sucessivamente mais evoluídas.

Sugestões de atividades cognitivas:

- explorar objetos de diversos tamanhos, formas, peso, textura e utilidade, realizando movimentos como apalpar, apertar, jogar, entregar e receber;
- estimular a criança a observar os acontecimentos a sua volta, mostrando e comentando o que está vendo;
- brincar com brinquedos diversos;
- cantar, dançar, imitar animais, brincar de roda, folhear livros interessantes para a idade;
- realizar atividades que envolvam o sentido tátil: objetos macios, duros, moles, etc.;

- experimentar diferentes gostos e cheiros;
- conversar com a criança e pedir que mostre ou nomeie o que for solicitado, fazer relatos, lembrar acontecimentos;
- propiciar brincadeiras que mantenham a criança atenta;
- perguntar: *que ouviu, que viu, que aconteceu*, frente a acontecimentos circundantes;
- estimular a criança a repetir, seguir instruções, afirmar, negar, explicar, etc.;
- rabiscar, colar, amassar papel, pintar, participar de jogos e brincadeiras;
- brincar de arrumar a casa, fazer compras, costurar, fazer comida, etc.;
- observar o tempo e a temperatura local, olhar as nuvens, ver a natureza, comentar as distâncias;
- descobrir como os brinquedos funcionam, ajudar a colocar as pilhas, guardá-los, mostrar onde estão guardados, etc.

Atividades que despertam e estimulam o desenvolvimento da comunicação e da linguagem, são importantes mediadores. Focalizam as iniciativas da criança desde as primeiras emissões vocálicas, estimulando sua capacidade auditiva e o exercício dos órgãos fonoarticulatórios. Requerem ações que promovam a aquisição, o desenvolvimento e a expressão das habilidades de comunicar-se de forma verbal e não-verbal.

Considera-se importantes para o desenvolvimento da linguagem infantil as atividades que levam à compreensão de mensagens simples; à estimulação do pensamento e à produção de idéias; à exploração de sons variados; ao enriquecimento do vocabulário de maneira lúdica e espontânea. Em suma, à interpretação dos acontecimentos do mundo circundante.

Segundo Vygotsky (Oliveira, 1995), a linguagem tem dupla função: intercâmbio social e de pensamento.

A própria necessidade de comunicação do bebê estimula o desenvolvimento da linguagem, para transmitir seus desejos, suas necessidades e emoções.

A linguagem é, também, um instrumento do pensamento, fornecendo os conceitos e as formas de organização dos dados da realidade, que permitem a interação da criança com o seu meio físico e social.

No processo evolutivo, a criança passa a utilizar a linguagem como instrumento de adaptação pessoal e comunitária, daí a importância da atuação educacional em estimular, encorajar e favorecer a aquisição e o desenvolvimento das habilidades lingüísticas.

As seguintes atividades favorecem a participação prazerosa da criação no ambiente educativo:

- falar suavemente com a criança;
- falar, parar e observar a reação da criança;
- cantar com e para a criança;
- brincar com sons: fortes, fracos, longos, curtos, etc.;
- imitar a voz dos animais e o som dos objetos;
- brincar de identificar (adivinhar) sons;
- produzir sons com objetos variados;
- verbalizar para a criança, as coisas que forem fazendo: brincar, tomar banho, abrir a janela, etc.;
- estimular a criança a fazer movimentos variados com os lábios, bochechas, língua;
- nomear os objetos, perguntar nome de pessoas e objetos;
- contar histórias, fazer perguntas sobre as histórias;
- nomear partes do corpo, de forma vivenciada: – agora, vamos pentear os cabelos, etc.;
- pedir à criança para contar o que viu, o que deseja ganhar de presente, etc.;
- pedir à criança para seguir instruções simples:

- levantar-se, pegar uma bola, etc.;
- brincar de estátua, de fazer mímica e gestos;
- fazer caretas e expressões de alegria, de tristeza, etc.;
- mostrar partes do corpo, peças do vestuário, objetos de uso, brinquedos, locais, etc.;
- brincar de teatro, de programas de TV, imitar artistas, animais, etc.;
- verbalizar desejos, acontecimentos, o que gosta, o que não gosta.

O programa educacional focaliza o desenvolvimento das relações interpessoais da criança, de modo a permitir sua capacidade de discriminar e de expressar seus diferentes estados afetivos; interagir harmoniosamente com os outros; aprender condutas sociais; colaborar; ampliar suas relações afetivas e sociais, enfim, desenvolver habilidades interpessoais que a levem a experimentar uma convivência prazerosa e estimulante com seus pares e com os adultos.

Segundo Wallon (Galvão, 1995), os estados afetivos do bebê são vividos como sensações corporais e se expressam na forma de emoções. Ao adquirir a linguagem, os estados afetivos se ampliam e encontram essa nova forma de expressão. Com o desenvolvimento, a afetividade da criança vai-se diferenciando dos estados corporais e relacionando-se às situações abstratas e às idéias que serão expressas pela linguagem verbal ou não-verbal. Segundo esse autor, as emoções ocupam um lugar de destaque no desenvolvimento da criança e em suas possibilidades relacionais.

“ As emoções podem ser consideradas, sem dúvida, como a origem da consciência, visto que exprimem e fixam para o próprio sujeito, através do jogo de atitudes determinadas, certas disposições específicas de sua sensibilidade. Porém, elas só serão o ponto de partida da consciência pessoal do sujeito,

por intermédio do grupo, no qual elas começam por fundi-lo e do qual receberá as fórmulas diferenciadas de ação e os instrumentos intelectuais, sem os quais lhe seria impossível efetuar as distinções e as classificações necessárias ao conhecimento das coisas e de si mesmo.” (p. 63)

A importância que Wallon atribui às emoções baseia-se no entendimento de que elas são, tanto para o recém-nascido como para a sociedade, a primeira forma de adaptação ao meio, vindo a ser suplantada pelas funções intelectuais e mediadas pela linguagem, que é uma forma privilegiada de relação homem *versus* mundo.

Apoiar afetivamente a criança contribui para sua constituição como sujeito. É possível criar espaços e compartilhar momentos de trocas afetivas, por exemplo:

- manter contato estreito e contínuo com a criança em sua rotina diária;
- cuidar da criança com afeto e demonstrar-lhe ternura;
- cantar para e com a criança;
- demonstrar e verbalizar atenção e cuidado com animais e plantas, incentivando a criança a fazê-lo;
- expressar estados afetivos: – estou feliz, porque ... ;
- perguntar à criança sobre os seus estados afetivos: – você gostou de brincar... ?
- propiciar momentos de prazer e de alegria à criança;
- permitir o choro, confortando a criança;
- incentivar o vínculo afetivo da criança com pessoas da família e amigos;
- cumprimentar, despedir-se, acenar, etc.;
- ensinar gestos e comportamentos sociais;
- comentar sentimentos e emoções imediatas das pessoas a sua volta e de personagens de história;
- brincar em espaços amplos;

- montar e desmontar objetos;
- passear, viajar, andar pela comunidade, conhecer pessoas;
- interferir quando a criança machucar as pessoas, comentando o que fez, o que a pessoa sentiu, como devia fazer;
- oferecer segurança à criança;
- cuidar, guardar e preservar objetos;
- cuidar de animais e plantas;
- incentivar a criança a descobrir, inventar, explorar os objetos, sempre verbalizando: – que bom, você ... ;
- incentivar a criança a consertar, refazer, reaver, repetir, recuperar, retornar, etc.;
- proporcionar ambiente aconchegante e seguro;
- respeitar os interesses, o ritmo e os sentimentos da criança.

O Programa de Intervenção Precoce pode criar espaço para interessar a criança e despertar o desenvolvimento de habilidades, higiene pessoal e ambiental, à alimentação, aos cuidados com o corpo, à preservação da saúde e da segurança.

Desde a mais tenra idade, a família e a escola contribuem para a formação dessas habilidades.

As circunstâncias familiares e escolares devem oferecer oportunidade propícia para a criança sentir-se como parte integrante do ambiente, sendo amada e aceita. Estabelecem as bases para os comportamentos solidários e cooperativos e para a interdependência que deve existir entre os seres humanos para a melhoria da qualidade de vida de todos.

As atividades devem estimular, gradativamente, a autonomia e a independência da criança, de acordo com suas condições evolutivas e pessoais, compartilhando oportunidades para:

- observar os cuidados com a saúde e a segurança da criança;
- ensiná-la a evitar riscos e perigos: tomadas, fios

- elétricos, altura, objetos pontiagudos;
- folhear revistas e observar figuras de pessoas arrumadas, penteadas, fazendo higiene, cuidando do ambiente;
- estimular a criança a alimentar-se adequadamente e de forma variada;
- incentivar hábitos higiênicos;
- incentivar independência nos hábitos alimentares e de higiene;
- brincar de cuidar da alimentação e da higiene das bonecas;
- verbalizar quais são os comportamentos adequados para comer, dormir, lavar-se, etc.;
- tornar agradável a hora da alimentação, do banho, do passeio, etc.;
- ensinar a criança a identificar e a verbalizar desconforto;
- usar o sanitário;
- incentivar o respeito aos pertences dos outros;
- estimular o uso adequado dos objetos e brinquedos;
- estimular o interesse pelas atividades que envolvam outras pessoas, crianças e adultos.

Mamede & Corrêa (1997) recomendam atitudes e atividades que favorecem o desenvolvimento integral do bebê de zero a três anos e sua dimensão psíquica.

- acolher e afagar a criança para dar-lhe segurança, conforto e disponibilidade para interagir com o ambiente;
- mudar a criança de posição na cama, quando não puder fazê-lo sozinho, e estimular sua movimentação, por meio de objetos atrativos, palavras, movimentação;
- brincar de “ginástica”;
- massagear a criança;
- oferecer objetos coloridos e sonoros, variados e

motivadores;

- sorrir para a criança, falar e passear com ela, dispensar-lhe atenção e cuidados;
- dar espaço e condições para o bebê se movimentar, deixando que alcance, por si próprio, os objetos, possibilitando-lhe explorar diferentes espaços e ambientes;
- oferecer objetos dentro de recipientes ou embrulhados para a criança desvendá-los;
- esconder objetos e, depois, mostrá-los;
- colocar objetos e brinquedos na ponta de um pano e deixar a criança puxá-lo e sentir, gradativamente, que pode alcançar o que deseja, usando seu próprio corpo e esforço;
- achar objetos e pessoas escondidos;
- demonstrar emoções vivenciadas à criança;
- repetir o balbúcio da criança, falar com ela usando palavras simples e bem pronunciadas;
- vivenciar o espaço, passando por baixo da mesa, entrar em gavetas, passar por dentro de uma caixa sem fundo;
- empurrar e puxar objetos;
- apertar botões, abrir e fechar portas e janelas, apagar e acender as luzes;
- usar utensílios domésticos: prato, colher, etc.;
- procurar os brinquedos onde estão guardados;
- imitar gestos e mímicas faciais e corporais;
- ajudar a criança a caminhar, conquistar o espaço e vencer obstáculos, o mais independentemente possível;
- experimentar diferentes odores;
- jogar objetos e apanhá-los;
- conhecer animais;
- cantar, aprender e ouvir música, dançar, produzir sons;
- observar os demais fazendo atividades e “ajudá-los”;
- andar descalço e experimentar diferentes tipos de solo;

- subir e descer rampas e escadas, sofás, etc.;
- imitar, palavras, gestos, movimentos, ações e sons diversos;
- rasgar, amassar e picar papéis, embrulhar/desembrulhar;
- fazer pequenas tarefas, guardar roupas e brinquedos;
- nomear pessoas, objetos, ações e partes do corpo;
- rabiscar, colorir com lápis, giz, etc.;
- participar de brincadeiras e jogos diversos;
- folhear livros, revistas, ouvir histórias;
- observar noções temporais: rápido, lento, noite, dia, etc.

• Programas educacionais

Genericamente, todas as atividades interessantes e adequadas para um bebê sem deficiência, e são para crianças com deficiência(s).

Desse modo, a programação educacional segue os mesmos objetivos e conteúdos das demais de sua faixa etária.

As seguintes considerações são comumente observadas, de acordo com as deficiências associadas (FEDF, 1994):

Crianças com deficiência auditiva associada a outra(s) deficiência(s)

Quando a deficiência auditiva está presente – surdez ou déficit auditivo – medidas precisam ser adotadas.

É indispensável que o bebê tenha acesso aos avanços tecnológicos para amplificação dos resíduos auditivos e utilize a prótese adequada, prescrita pelo médico especializado e, ainda, que ele seja submetido à avaliação funcional da audição, para que possa receber a programação educacional correspondente a suas necessidades especiais.

As atividades acrescentadas são relativas às seguintes áreas, de acordo com as experiências realizadas no Distrito Federal (FEDF, 1994):

- **Treinamento auditivo** – visa ao uso eficiente do resíduo auditivo do bebê, de modo a melhorar as condições de sua comunicação oral. As seguintes atividades são indicadas no treinamento auditivo:

- a. explorar as fontes sonoras do meio ambiente;
- b. produzir ruídos com o próprio corpo (tossir, gritar, bater palmas, etc.);
- c. ouvir músicas, palavras, sons, etc.;
- d. identificar a origem e a presença de sons ambientais, dando um sinal convencionado;
- e. marchar em direção a um som;
- f. produzir sons com instrumentos musicais.

- **Treinamento fonoarticulatório e de fala** - Visa conscientizar a criança para a existência e o uso dos órgãos da fala, ampliando sua capacidade de produção fonoarticulatória, de consciência muscular e tônica para a emissão vocal, de uso adequado do sistema visual e tátil-cinestésico para emitir fonemas e adquirir condições de articular os fonemas da língua materna. As seguintes atividades são exemplos de treinamento fonoarticulatório e de fala:

- a. soprar velas, penas, barco de papel, bolas de sabão, língua de sogra, etc.;
- b. brincar com os lábios, a língua e as bochechas, fazendo movimentos variados, espontâneos ou imitativos;
- c. fazer mímicas faciais diversas, espontâneas ou imitativas;
- d. tocar o palato com a língua, estalar, friccionar, deslizar a língua, etc.;
- e. encher balões;

- f. inspirar e expirar, consoante movimentos bruscos, lentos, longos, seguindo um ritmo, etc.;
- g. emitir sons espontâneos ou imitando o professor;
- h. fazer movimentos variados com a mandíbula;
- i. fazer movimentos dos lábios e da língua para produzir fonemas: *t, d, s, r*, etc.;
- j. sussurrar, emitir sons breves, fracos, longos, etc.;
- k. fazer vocalizações do tipo: pa – pa – pa – pa – pa – pa... com os diversos fonemas, tocando o corpo para sentir as vibrações.

Os exercícios podem ser feitos com um espelho para a criança observar a sua produção. Procurar torná-los agradáveis e prazenteiros, dentro de um contexto de brincadeira, para não marcar o caráter de *treinamento*.

Criança com deficiência visual associada a outra(s) deficiência(s)

Quando a deficiência múltipla inclui a deficiência visual – cegueira ou baixa visão – as crianças precisam tanto do estímulo ao desenvolvimento global, como de intervenção voltada às necessidades específicas decorrentes dos déficits, de forma a reduzir seus efeitos no desenvolvimento, na aprendizagem e na vivência pessoal. O ponto de partida, entretanto é a competência da criança, suas habilidades e capacidades e natureza infantil, a exemplo de seus pares.

Quanto ao desenvolvimento da *eficiência visual*, *considere-se que*:

- as atividades destinam-se às crianças que possuem resíduos visuais;
- objetivam desenvolver as funções visuais, estimulando e motivando a consciência visual e despertando o desejo de enxergar;
- buscam favorecer o controle dos mecanismos ópticos: a fixação, o segmento visual, a focalização dos objetos;

exercitar o controle da musculatura ocular e a coordenação dos movimentos visuais, entre outros;

- é indispensável que o bebê receba a correção óptica adequada, prescrita pelo oftalmologista especializado, e que seja submetido à avaliação funcional da visão, de modo a receber as respostas educacionais correspondentes a suas necessidades especiais.

As seguintes vivências favorecem o desenvolvimento da eficiência visual:

- a. olhar o rosto da mãe, do pai e da professora, tocando-os, enquanto escuta suas vozes e recebe carinho;
- b. tocar o próprio corpo, com ou sem ajuda;
- c. olhar-se no espelho;
- d. brincar de esconde-esconde, de roda, de teatro, etc.;
- e. explorar objetos variados em cor, tamanho, forma, peso, textura, quantidade, etc.;
- f. executar variados movimentos no solo, na cama, na poltrona, com objetos, etc.;
- g. brincar com objetos sonoros;
- h. seguir ou fixar objetos brilhantes (foco de lanterna, luzes coloridas, etc.);
- i. brincar com jogos de encaixe, de montar, massa de modelar e com jogos pedagógicos variados.

Algumas crianças não dispõem de resíduos visuais. São cegas. Despertar seu desejo de brincar e de participar do mundo a sua volta é um dos objetivos do programa de intervenção precoce.

Torna-se muito importante que o professor observe o uso eficiente dos sentidos remanescentes para trabalhar com o bebê o conhecimento dos objetos, sua função e sua interação com ele. Do mesmo modo, despertar o bebê para a presença das pessoas e o prazer em interagir com elas.

Considera-se indispensável ao desenvolvimento das atividades que todos os estímulos sejam acompanhados das informações verbais pertinentes, que o bebê se sinta seguro em suas interações e que tenha seu ritmo respeitado.

O professor deve incentivar a criança a concentrar-se nos sentidos remanescentes para conhecer o ambiente circundante, de forma a apropriar-se dos conteúdos de sua cultura. Premiar a iniciativa, a intencionalidade e a criatividade, apoiando a criança quando sentir medo de deslocar-se ou de tocar objetos desconhecidos, oportunizar vivências construtivas para a criança cega, como se segue:

- tocar o rosto da mãe, do pai, da professora, explorando cada parte, enquanto ouvem sobre suas funções;
- tocar objetos de diferentes materiais, texturas, tamanhos, formas;
- brincar com objetos com diferentes sonoridades;
- massagear o corpo do bebê, para que sinta o prazer do toque e receba afeto;
- ajudar a tocar as partes do corpo, para o bebê tomar consciência corporal e de suas funções;
- exercitar movimentos corporais diversos na cama, no solo, etc.,;
- engatinhar, arrastar, caminhar, explorando diversas direções e velocidades (devagar, rápido, antes da mamãe, depois da mamãe, etc.);
- sentir os objetos com as mãos, os pés, o corpo todo;
- entrar e sair de dentro de caixas, gavetas, sacos, etc.;
- fazer encaixes;
- rasgar papel, amassar, colocar dentro e fora de recipientes;
- brincar sentado, deitado, de pé, em várias posições;
- colocar e tirar objetos, nomeados pela professora;
- vencer obstáculos físicos, com apoio (rampas,

escadas, entrar, sair, atravessar uma caixa sem fundo, etc.;

- brincar com rolo, rolar bola, empurrar e puxar carrinho;
- cantar, dançar, ouvir histórias;
- estimular a descoberta e o desejo de criar, incentivando as ações espontâneas;
- brincar de balanço e em brinquedos variados no parque, experimentando relações espaciais e temporais;
- passear, fazer compras, brincar com outras crianças, molhar as plantas, guardar os brinquedos;
- participar da higiene pessoal e dos hábitos de alimentação para o exercício do auto-cuidado;
- brincar com brinquedos móveis que apoiam a locomoção;
- andar no corrimão, nos caminhos sensoriais, rastrear.

As crianças com deficiências sensoriais apresentam problemas para compreender a realidade do mundo a sua volta, devido aos obstáculos a serem percebidos, resultantes da ausência ou alteração das vias sensoriais afetadas.

O déficit sensorial tende a deixar a criança alheia, desmotivada e desinteressada por aquilo que não pode perceber ou que percebe de forma deficiente. O trabalho precisa da mediação do professor para estimular, incentivar e encorajar a agir; despertar a curiosidade e o desejo de saber e favorecer o acesso ao mundo físico e social.

O professor precisa ser preparado para trabalhar com essas crianças, como já mencionado anteriormente.

Vygotsky (1995) ao referir-se à deficiência sensorial considera:

“deve-se e pode-se tratar o menino cego, surdo, etc., tanto do ponto de vista psicológico como pedagógico, com a mesma medida do menino normal ... a diferença está nos símbolos, nos métodos, na técnica e nos procedimentos

formais, embora exista uma identidade absoluta do conteúdo de qualquer processo educativo e de ensino.” (p. 161)

Para esse autor, a particularidade básica do desenvolvimento da criança cega é a alteração das percepções e das representações espaciais, as limitações na liberdade dos movimentos e as dificuldades com relação ao espaço. Segundo ele, *“a palavra vence a cegueira ... Precisamente, a linguagem e a comunicação com os videntes, são o meio fundamental da compensação do menino cego.” (p. 162)*

Ao referir-se à criança surda, Vygotsky atenta para as possibilidades do ensino de uma linguagem alternativa, mediada pela visão: *“habilidade do menino para perceber e compreender o quadro óptico da linguagem”* (referindo-se à leitura orofacial, a linguagem digital e gestual). Assegura que as possibilidades da criança são diversas.

Os atuais estudiosos da deficiência auditiva reafirmam a necessidade de buscar-se forma de comunicação e linguagem que favoreça o desenvolvimento, a aprendizagem e a integração da criança surda.

Quando Vygotsky pondera sobre a criança surda-cega, conclui que *“se sistema nervoso e psíquico no caso do cego-surdo não estão danificados, este menino tem possibilidades ilimitadas de desenvolvimento e de educação.” (p. 163)*

Um aspecto focalizado por todos os estudiosos, irrestritamente, é a necessidade de estimular as vias cognitivas e socio-afetivas da criança. Do mesmo modo, desenvolver a eficiência dos resíduos sensoriais e favorecer a reorganização sensorial dos sentidos remanescentes, de modo a ampliar a capacidade perceptiva da criança por meio das vias sensoriais alternativas.

Criança com deficiência física associada a outra(s) deficiência(s)

As atividades a serem desenvolvidas com essa criança devem contemplar o desenvolvimento global e focalizar os conteúdos regulares destinados às demais crianças de sua faixa etária.

É fundamental, entretanto, que o professor tenha conhecimento sobre o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, as alterações orgânicas associadas e as características específicas da deficiência física, para propiciar à criança educação de qualidade.

Os seguintes aspectos devem ser observados pelos educadores que trabalham com a criança:

- instabilidade, alta áxis;
- perda de sensibilidade tátil e proprioceptiva;
- escaras;
- uso de sonda;
- artrodese;
- luxação;
- haste na coluna;
- platina;
- movimentos espásticos, atetóides, atáxicos e flácidos.

Considerada a atenção devida às potencialidades da criança e limitações que possa apresentar, o professor deve ter cuidado em seu deslocamento, locomoção, postura e movimentos adequados a sua condição física.

A orientação e as recomendações do médico e do fisioterapeuta são muito importantes, devendo ser buscadas e observadas.

No entanto, o professor deve evitar restringir as possibilidades de participação da criança, atentando para atividades que não ponham em risco sua saúde. O uso de mobiliários (mesa, cadeira e carteiras adaptadas), a aquisição de próteses e de equipamentos adequados (computador, estabilizador de cabeça, de tronco e de quadril, andador, etc.) são importantes como recursos de acesso ao programa educacional.

Todas as atividades devem ser realizadas em um contexto lúdico e funcional, sem a característica de “exercícios escolares” ou de treinamento. O bebê deve sentir-se feliz e naturalmente estimulado.

Genericamente, o programa de intervenção precoce tem sido realizado em instituições públicas ou privadas que atendem a crianças com necessidades especiais.

Durante muito tempo, em nosso país, considerou-se que esse programa era da responsabilidade exclusiva do setor de saúde, mas a partir da década de 90, essa posição não mais prevaleceu. Atualmente, incentiva-se sua implantação preferencialmente em creches, escolas maternais e pré-escolas, para atendimento às crianças de um modo geral, inclusive as que apresentam necessidades especiais, evitando seu isolamento em ambientes restritivos e segregativos.

A tendência que se delineia, ao final da presente década, é que a intervenção precoce seja realizada dentro dos programas que integram a educação infantil.

Essa visão é preconizada na atual política adotada pelo Ministério da Educação, de acordo com os Subsídios para a Elaboração do Plano Nacional de Educação (1997). A finalidade é prestar atendimento educacional às crianças na faixa de zero a seis anos, prevendo-se a implantação gradativa dos programas nas diversas regiões brasileiras.

A inclusão do Programa de Intervenção Precoce nessas alternativas de educação infantil, constitui uma medida de educação inclusiva altamente favorável para os bebês com múltipla deficiência, uma vez que lhe dará oportunidade de convivência e aprendizagem com as demais crianças, em um ambiente rico e estimulador.

A maior parte das atividades curriculares pode ser apropriadamente conduzidas para que todas as crianças possam participar. A presença de professores especializados nesse ambiente, quando os grupos de crianças estiverem trabalhando, pode contribuir para o atendimento de todos, sem que o educador seja necessariamente identificado como *professor da criança com necessidades especiais*.

Não sendo possível uma forma de educação inclusiva, o Programa de Intervenção Precoce pode ser implantado, ainda, em instituições especializadas que prestam atendimento a pessoas com necessidades educacionais especiais.

Quando a realidade local recomendar, esse atendimento poderá ser realizado, também, em unidades hospitalares para mães de alto risco; unidades hospitalares para crianças desnutridas; unidades hospitalares pediátricas e/ou neonatais; berçários; postos de saúde; clínicas psicológicas, fonoaudiológicas e psicopedagógicas; clínica-escola das instituições de ensino superior; centros religiosos, enfim, em locais disponíveis na comunidade em que se pretende criar o serviço (MEC, 1995).

Em algumas situações, o Programa de Intervenção Precoce conta com uma equipe profissional integrada por psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais, médicos e outros profissionais. Até mesmo serviços de manutenção em aparelhos e equipamentos de uso do programa podem estar incluídos.

Nesse caso, o apoio direto ao professor é mais facilitado, conquanto essa situação seja rara em nosso país. Quando existe essa equipe, as funções desempenhadas em comum são, entre outras, as seguintes (MEC, 1995):

- participar da triagem das crianças elegíveis para o programa;
- participar do processo de avaliação, integrando as contribuições de cada área em parecer único;
- contribuir com as ações de intervenção em sua área de conhecimento, por meio de ações diretas ou mediante orientação ao professor;
- elaborar relatórios com as contribuições de seu campo de conhecimento;
- prestar informações e orientações aos familiares;
- participar das reuniões de equipe para melhorar a qualidade do atendimento;
- propiciar a complementação do atendimento ou fazer encaminhamentos, quando necessário.

Muitas vezes, esses recursos humanos das diferentes áreas não estão reunidos no mesmo local. Nesse caso, o professor realiza o trabalho, com base em sua preparação específica, orientando a família a buscar os profissionais e serviços existentes na comunidade, adequados às necessidades do bebê. Cabe ao professor trocar idéias com esses profissionais, na medida do possível, para melhor conduzir seu trabalho, trazendo o máximo de benefício para a criança.

Após leitura cuidadosa do texto, responda às seguintes questões de modo a verificar seu entendimento acerca do conteúdo do módulo.

1. Assinale com um (V) as afirmações verdadeiras e com (F) as falsas:

- a. () Todas as crianças com deficiência múltipla têm baixas expectativas escolares de aprendizagem, e não conseguem independência por toda a vida;
- b. () As limitações das pessoas com múltipla deficiência decorrem de suas condições intrínsecas;
- c. () A múltipla deficiência apresenta-se de formas variadas e com diferentes níveis de comprometimento;
- d. () O contexto familiar propicia à criança seu primeiro e mais significativo ambiente para lidar com suas necessidades básicas e relacionais;
- e. () As atividades educacionais indicadas para os bebês com múltipla deficiência são especiais e diferem das atividades dos bebês “normais” de sua faixa etária;
- f. () A família do bebê tem um espaço significativo no Programa de Intervenção Precoce, porque desempenha papel de co-autora do atendimento e, também, é alvo do apoio dos educadores que o realizam;
- g. () O Programa de Intervenção Precoce coloca o professor como o profissional por excelência desse atendimento;
- h. () As atividades do Programa requerem um espaço amplo, brinquedos variados e o uso de jogos e brincadeiras, para atingir seus objetivos;

- i. () O Programa de Intervenção Precoce destina-se exclusivamente às crianças com deficiência.

2. Preencher a lacuna com a palavra adequada escolhida nos parênteses:

- a. As atividades _____ priorizam a consciência e a vivência corporal e postural, os movimentos, as relações espaciais, temporais e as senso-perceptivas (psicomotoras – de linguagem – cognitivas – de cuidados pessoais);
- b. Adquirir habilidades _____ requer atividades relacionadas à higiene pessoal, ao uso dos recursos familiares, à participação na vida doméstica e ao cuidado com a saúde e a segurança(psicomotoras – de linguagem – cognitivas – em cuidados pessoais);
- c. As atividades _____ objetivam desenvolver a capacidade de comunicação e as habilidades de expressar-se de forma verbal ou não-verbal..... (psicomotoras – de linguagem – cognitivas – em cuidados pessoais);
- d. As áreas _____ tratam da aquisição das habilidades de atenção, memória, processamento de informações e o exercício do pensamento e da consciência.. (psicomotoras – de linguagem – cognitivas – de cuidados pessoais).

Agora, verifique se as respostas que você deu estão de acordo com as informações contidas no módulo.

1ª questão:

- a. (F);
- b. (F);
- c. (V);
- d. (V);
- e. (F);
- f. (V);
- g. (V);
- h. (V);
- i. (F).

2ª questão:

- a) psicomotoras;
- b) de cuidados pessoais;
- c) de linguagem;
- d) cognitivas.

- BAUTISTA, R. *Necessidades educativas especiais*. Lisboa: Dinalivro, 1993.
- BRASELTON, T. B. & CRAMER, B. *A dinâmica do bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- BRUNO, M. M. G. *O desenvolvimento integral do portador de deficiência visual: da intervenção precoce à integração escolar*. São Paulo: NEWSWORK, 1993.
- ELKIND, D. *Desenvolvimento e educação da criança - aplicação de Piaget na sala de aula*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- GALVÃO, I. *Henri Wallon - uma concepção dialética do desenvolvimento infantil*. Petrópolis : Vozes, 1995
- GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Educação. Fundação Educacional do Distrito Federal. *Programa de educação precoce*. Brasília: SE / FEDF, 1993. Orientação Pedagógica nº. 18.
- _____. *Conteúdos curriculares para o programa de educação precoce*. Brasília: FEDF, 1994.
- KIRK, S. A. & GALLAGHER, J. J. *Educação da criança excepcional*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- MAMEDE, M. M. & CORRÊA, M. E. G. *Da barriga da mamãe aos três anos - como ajudar a me desenvolver melhor*. Brasília: Coronário, 1997.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTO. Secretaria de Educação Especial. *Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce*. Brasília: MEC, 1995. Série Diretrizes - 3.

- _____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais-
INEP. *Subsídios para a elaboração do Plano Nacional de
Educação - roteiro e metas para o debate*. Brasília: INEP , 1997.
- OLIVEIRA, M. K. de. *Vygotsky- aprendizado e desenvolvimento -
um processo sócio-histórico*. São Paulo: Scipioni, 1995.
- PÉREZ-RAMOS, A . M. DE Q. & PÉREZ-RAMOS, J. *Estimulação
precoce - serviços, programas e currículos*. Brasília: Ministério
da Justiça / CORDE, 1996.
- RAMSEY,J. Waisman early childhood program - a model for inclusion.
USA / University of Wisconsin-Madison: *Intra-actions*, march,
1997.
- VYGOTSKY, L. S. *Obras completas - fundamentos de defectología*.
Cuba: Editorial Pueblo y Educación, 1995. Tom Cinco.

Nota de agradecimento

Agradecemos a colaboração do Centro de Ensino Especial 02 de Brasília, a Gildaci Rodrigues A . Couto e a Marilda M. G. Bruno, pela cedência das fotos e a permissão para sua publicação nesse trabalho.

Nosso carinho aos alunos e professores que, por meio dessas imagens, ajudam a difundir conhecimentos aos que desejam aprender e atuar com pessoas com deficiência múltipla.

Produção Editorial da Educação Especial

Com objetivo de expandir a oferta da educação especial no Brasil, bem como dar estímulo às inovações pedagógicas que venham a contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento, a Secretaria de Educação Especial do MEC, está divulgando textos e informações para atualizar e orientar a prática pedagógica do sistema educacional. Para tanto, ela criou uma linha editorial contendo quatro séries: Institucional, Diretrizes, Atualidades Pedagógicas e Legislação, assim especificadas:

SÉRIE INSTITUCIONAL – destinada à publicação de textos oficiais com vistas à divulgação de políticas educacionais e demais produções de órgãos gestores nacionais e internacionais.

SÉRIE DIRETRIZES – visa formar, sugerir e orientar a elaboração de planos de trabalho a serem implementados nos estados e municípios brasileiros.

SÉRIE ATUALIDADES PEDAGÓGICAS – objetiva a difusão e estímulo às inovações pedagógicas que se apresentam em muitos estados na área de educação especial, a fim de promover o intercâmbio de experiências.

SÉRIE LEGISLAÇÃO – pretende disseminar a evolução dos aspectos legais referentes às pessoas portadoras de necessidades especiais, seus direitos e deveres.

**Ministério da Educação
Secretaria de Educação Especial**



Ministério da Educação
Secretaria de Educação Especial

