

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

O PAPEL DA FONOAUDIOLOGIA NA EDUCAÇÃO DO PORTADOR DE
DEFICIÊNCIA MENTAL

PONTAL DO PARANÁ
2004

JÉSSIA OLIVEIRA MACHADO

**O PAPEL DA FONOAUDIOLOGIA NA EDUCAÇÃO DO PORTADOR DE
DEFICIÊNCIA MENTAL**

**Monografia apresentada ao Curso de Pós-
Graduação com Especialização em
Inclusão/Educação Especial, do Centro de
Educação a Distância - CEAD, Universidade
Federal do Paraná.**

Orientadora: Profª. Márcia Guimarães

**PONTAL DO PARANÁ
2004**

SUMÁRIO

RESUMO.....	iii
INTRODUÇÃO.....	4
1 DEFICIÊNCIA MENTAL.....	6
1.1 CONCEITOS E CLASSIFICAÇÕES DA DEFICIÊNCIA MENTAL.....	6
1.2 ABORDAGENS UTILIZADAS NA ÁREA DE DEFICIÊNCIA MENTAL	7
1.3 IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DA DM	8
1.4 ETIOLOGIA DAS DEFICIÊNCIAS MENTAIS.....	11
2 DEFICIÊNCIA MENTAL E OS PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM.....	15
2.1 OS TIPOS DE DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM.....	16
2.1.1 Dislexias.....	17
2.1.2 Dislalia.....	17
2.1.3 Apraxias.....	18
2.1.4 Disfalias/Audiomudez.....	18
2.1.5 Disortografia.....	18
2.1.6 Afasia.....	19
2.1.7 Disfasia	19
3 A LINGUAGEM NOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA MENTAL.....	20
4 EDUCAÇÃO ESPECIAL	22
5 A EDUCAÇÃO DO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA MENTAL.....	26
5.1 A ATUAÇÃO DO FONOAUDIÓLOGO	32
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

RESUMO

A presente monografia analisa como a fonoaudiologia pode auxiliar o desenvolvimento da linguagem da criança portadora de deficiência mental, no contexto da educação especial. Para tal, utilizou a metodologia de pesquisa documental secundária, realizando uma revisão de literatura sobre o tema, que abrangeu livros, artigos de periódicos, monografias, dissertações e teses, que consideravam o perfil do portador de deficiência mental e de dificuldades de aprendizagem; a atuação da fonoaudiologia na Educação Especial e; a contribuição da fonoaudiologia no acompanhamento de pacientes com deficiência mental. Considerou-se as possibilidades de atuação do fonoaudiólogo na área da deficiência mental e concluiu-se sobre a importância deste profissional no auxílio da melhoria das condições físicas e funcionais destes indivíduos, principalmente de seus órgãos fonoarticulatórios, bem como no desenvolvimento dos aspectos cognitivos da linguagem, no desenvolvimento das atividades pré-lingüísticas e, no desenvolvimento das atividades lingüísticas de emissão e recepção.

INTRODUÇÃO

A comunicação é uma das áreas mais prejudicadas nas crianças portadoras de deficiência mental. Desta forma, a fonoaudiologia pode oferecer um importante auxílio na melhoria das condições físicas e funcionais destes indivíduos, principalmente nestes três níveis: (a) melhoria das condições físicas e funcionais dos órgãos fonoarticulatórios, bem como desenvolver os aspectos cognitivos da linguagem; (b) desenvolvimento das atividades pré-lingüísticas, tomando-os independentes nos hábitos de alimentação e; (c) desenvolver as atividades lingüísticas de emissão e recepção.

No auxílio ao diagnóstico diferencial da deficiência mental, o papel do fonoaudiólogo é fundamental, principalmente quando há a necessidade de diferenciar as seguintes condições: (a) atraso específico no desenvolvimento da linguagem e deficiência mental; (b) deficiência mental; (c) dificuldades de aprendizagem e deficiência mental.

Contudo, a participação do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar de atendimento ao deficiente mental vai além das avaliações diagnósticas citadas. Sua atuação é de fundamental importância também na profilaxia e terapia de diversos problemas que podem surgir em consequência da deficiência mental.

Em pelo menos seis aspectos relativos à linguagem, a participação do fonoaudiólogo é de vital importância. Estes aspectos são: ausência de linguagem, problemas articulatórios graves, disfluências, dispraxia verbal, disacusias, dificuldades de linguagem escrita e leitura.

A presente monografia tem como objetivo “analisar de que forma a fonoaudiologia pode auxiliar o desenvolvimento da linguagem da criança portadora de deficiência mental, no contexto da educação especial”. De forma complementar objetiva também: (a) delinear o perfil do portador de deficiência mental e de dificuldades de aprendizagem; (b) delinear a atuação da fonoaudiologia na Educação Especial, segundo a literatura e; (c) demonstrar a contribuição da fonoaudiologia no acompanhamento de pacientes com deficiência mental.

A metodologia empregada na realização desta monografia, no que se refere ao método de abordagem do raciocínio utilizado para a interpretação dos dados levantados através da pesquisa bibliográfica na literatura específica, deu-se a partir do método dedutivo.

Para a coleta de dados serão utilizadas as técnicas de pesquisa documental secundária, através de revisão bibliográfica sobre o assunto. Esta revisão abrangerá livros sobre o tema; monografias, dissertações e teses sobre a temática desenvolvida.

No primeiro capítulo apresentaremos uma visão panorâmica da deficiência mental, seus conceitos e características. No segundo capítulo, será enfocada a relação da deficiência mental com as dificuldades de aprendizagem. Um terceiro capítulo será exclusivo para avaliar a questão da linguagem nos portadores de deficiência mental. O quarto capítulo mostrará as atuais condições da Educação Especial e, finalmente, o quinto capítulo traçará as bases da educação do portador de deficiência mental, juntamente com a atuação do fonoaudiólogo.

1 DEFICIÊNCIA MENTAL

1.1 CONCEITOS E CLASSIFICAÇÕES DA DEFICIÊNCIA MENTAL

Não é consensual entre os profissionais uma definição concreta do termo deficiência mental, no entanto a definição que reúne maior número de adeptos é aquela, proposta pela American Association on Mental Retardation (AAMR) em 1992, que define assim este conceito:

Deficiência mental refere-se a um estado de funcionamento atípico no seio da comunidade, manifestando-se logo na infância, em que as limitações do funcionamento intelectual (inteligência) coexistem com as limitações no comportamento adaptativo. Para qualquer pessoa com deficiência mental, a descrição deste estado de funcionamento exige o conhecimento das suas capacidades e uma compreensão da estrutura e expectativas do meio social e pessoal do indivíduo. (AAMR, 1992)

O termo deficiência mental ou retardo mental, segundo o DSM-IV, refere-se a um funcionamento intelectual geral subnormal, originado no período de desenvolvimento e está associado a um distúrbio no comportamento adaptativo. FONSECA (1995) define deficiência mental como sendo a designação de vários fenômenos complexos relacionados a causas das mais diversas, nas quais a inteligência inadequada, ou insuficientemente desenvolvida, constitui um denominador comum. Caracteriza-se por: lento grau de maturidade, capacidade de aprendizagem reduzida e comprometimento da linguagem.

Na prática, deficiência mental é utilizada para designar crianças que apresentam inteligência abaixo do normal, ao lado de uma reduzida capacidade para o aprendizado. Por motivos educacionais, a deficiência mental foi dividida em três subcategorias: deficiência mental leve, moderada e severa. Cada um dos grupos tem características peculiares próprias. Outra possível classificação é dada por GOMES (1990), da seguinte forma: (a) retardo mental grave ou profundo (QI abaixo de 35), (b) retardo mental moderado, acessível ao treinamento (QI entre 36 e 51), (c) retardo discreto ou leve (QI entre 52 e 67) e, (d) o retardo mental limítrofe (QI entre 70 e 79).

As pessoas portadoras de deficiência mental leve estão dentro das variações consideradas normais na maioria das áreas de seu desenvolvimento, mas é na área do crescimento intelectual em que o seu desempenho é significativamente retardado.

1.2 ABORDAGENS UTILIZADAS NA ÁREA DE DEFICIÊNCIA MENTAL

Analisando a partir de estudos bibliográficos o histórico da Educação Especial, percebemos uma nítida evolução na forma de conceituar e trabalhar com a Deficiência Mental. Segundo FONSECA (1998), esta evolução da abordagem dada a Deficiência Mental evoluiu desde o Preformismo até a Modificabilidade Cognitiva, passando pelo Predeterminismo, Envolvimentalismo e pelo Interacionismo.

O Preformismo é a antiga concepção que perdurou até meados do período medieval, que considerava a inteligência como sendo preformada, tirando qualquer influência do meio em seu desenvolvimento. Desta forma, o deficiente era visto com um ser totalmente incapaz e tratado com total discriminação ou até mesmo com desprezo e perseguição.

A seguir veio o Predeterminismo, que através de Rousseau inaugurou um período da história da cognição humana que perdurou até o início deste século. O Predeterminismo baseava-se na perspectiva de que a inteligência era pré-programada e auto-regulada endogenamente, mais tarde traduzida em termos de maturação biológica independente.

Com o surgimento de Vítor, o menino-lobo descoberto por Pinel em 1799, surgiu a primeira tentativa de se educar e reabilitar uma criança subnormal. Surgiu assim a concepção Envolvimentalista da inteligência que, ao oposto do predeterminismo, considerava o desenvolvimento em termos de estimulação sensorial adequada na infância.

No Envolvimentalismo, que nasceu com Locke no século dezessete, os fatores inatos são minimizados e os fatores do meio são supervalorizados. Nessa concepção, segundo FONSECA (1998), os fatores situacionais e extrabiológicos são reforçados e o envolvimento é considerado o fator predominante no desenvolvimento da

inteligência. Na seqüência, surgiu o Interacionismo que postulou a integração entre os fatores biológicos e sociais, alegando que ambos interagem e se influenciariam mutuamente. O movimento Interacionista nasce novas concepções de inteligência, defendidas por Pavlov, Lúria, Vygotsky, Piaget e Feuerstein, entre outros. No Interacionismo, a inteligência e a cognição são vistas como um produto acumulado e modificado de inter-relações entre a hereditariedade e o meio.

Atualmente nos deparamos com a inegável condição, demonstrada por inúmeras experiências, de possibilidade de se atingir excelentes resultados na melhoria do potencial de desenvolvimento dos deficientes mentais. Dentro dos atuais modelos cognitivistas que crescem a cada dia nas lides educacionais, a Modificabilidade Cognitiva, proposta inicialmente por Feuerstein, nos parece a mais indicada para nortear o trabalho do professor, do psicólogo e do fonoaudiólogo que atuam com deficientes mentais.

Feuerstein apud FONSECA, (1998) afirma que a experiência precoce formadora e transformadora do córtex humano é demasiado rica para se perder. Salvo em raras situações, o deficiente está aberto à modificabilidade cognitiva em vários estádios do seu desenvolvimento, fundamentalmente nos mais precoces. Por definição, não há, nem pode haver deficientes ineducáveis.

Como diz FONSECA (1998), "aprender a aprender também é possível nos portadores de deficiência. Por efeitos da educação e da reabilitação precoces, podemos transformar o deficiente num ser autônomo, independente e capaz de aprendizagem e elaboração ideacional".

1.3 IDENTIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DA DM

Na identificação de crianças com deficiência mental dá-se atenção a duas áreas: o funcionamento intelectual e os comportamentos adaptativos.

O **Funcionamento Intelectual** está relacionado com as áreas acadêmicas; a capacidade de um indivíduo resolver problemas e acumular conhecimentos e que é medido pelos testes de inteligência.

O **Comportamento Adaptativo** prende-se com as capacidades necessárias para um indivíduo se adaptar e interagir no seu ambiente de acordo com o seu grupo etário e cultural. Áreas do Comportamento Adaptativo:

- Comunicação;
- Cuidados pessoais;
- Autonomia em casa;
- Competências sociais;
- Comportamentos comunitários;
- Auto-direção;
- Saúde e segurança;
- Funcionamento académico;
- Lazer;
- Emprego.

Em virtude do património genético herdado dos nossos progenitores e das variadíssimas experiências ambientais a que somos sujeitos em todos os momentos da nossa vida, nem mesmo os gêmeos mais parecidos podem pretender ser absolutamente iguais. Simplesmente não há duas pessoas iguais e as crianças com deficiência mental não fogem a este enunciado.

No conjunto dos indivíduos com deficiência mental existe uma grande variedade de capacidades, incapacidades, áreas fortes e necessidades. Há, no entanto quatro áreas em que as crianças com deficiência mental podem apresentar diferenças em relação aos outros. São elas as áreas motora, cognitiva, da comunicação e sócio educacional.

Área motora: geralmente as crianças com D.M. ligeira não apresentam diferenças em relação aos colegas da mesma idade sem necessidades educativas especiais, podendo por vezes ter alterações na motricidade fina. Em casos com problemáticas mais severas as incapacidades motoras são mais acentuadas, nomeadamente na mobilidade, falta de equilíbrio, dificuldades de locomoção, de

coordenação, dificuldades na manipulação. Comparativamente aos seus colegas, sem necessidades educativas especiais, as crianças com deficiência mental podem começar a andar um pouco mais tarde, geralmente são de estatura mais baixa e mais susceptíveis a doenças. Apresentam uma maior incidência de problemas neurológicos, de visão e audição.

Área Cognitiva: as crianças com deficiência mental apresentam dificuldades na aprendizagem de conceitos abstratos; em focar a atenção; ao nível da memória, tendem a esquecer mais depressa que os seus colegas sem necessidades educativas especiais; demonstram dificuldades na resolução de problemas e em generalizar para situações novas a informação apreendida, conseguem, no entanto, generalizar situações específicas, utilizando um conjunto de regras. Podem atingir os mesmos objetivos escolares que os seus colegas sem necessidades educativas especiais até certo ponto, mas de uma forma mais lenta.

Área da Comunicação: apesar de podermos comunicar com os nossos pares de muitas e variadas formas, é através da Linguagem falada e escrita que geralmente o fazemos. Comunicamo-nos por meio de signos, ao que Vygotsky tanta importância dá, pelo seu papel de ponte entre o Pensamento e a Linguagem na medida em que este é recriado e transformado por aquela. Para além da sua função social e comunicativa, a Linguagem desempenha um papel de suma importância como instrumento do pensamento ao serviço da resolução de problemas cognitivos, na planificação e regulação da conduta. É através da linguagem que nos apropriamos da Cultura e interagimos socialmente. Aqui as crianças com deficiência mental apresentam muitas vezes dificuldades. Quer ao nível da fala e sua compreensão, quer no ajustamento social. Sabendo-se que os estímulos ambientais são fundamentais ao desenvolvimento do indivíduo, estes problemas poderão ser, se não causa, um fator a considerar como grande influência no desempenho das crianças com deficiência mental.

Área Sócio-Educacional: como já foi dito demonstram dificuldades, na generalização para novas situações, de aquisições e comportamentos anteriormente experimentados, assim como nas interações sociais, pelo que assume capital importância o desenvolvimento desta área para uma real e efetiva inserção na sociedade. A discrepância entre as idades mental e cronológica provoca uma diminuição das capacidades para interagir socialmente, o que é sem dúvida, agravado pelo fato de muitas das vezes estas crianças serem vistas apenas de acordo com a sua idade mental e não em relação à sua idade cronológica e colocadas fora dos grupos da sua faixa etária. No entanto é através da interação com os seus pares da mesma idade, participando nas mesmas atividades, que aprendem os comportamentos, valores e atitudes apropriados à sua idade.

A aprendizagem de competências sociais é, pois fundamental para as crianças com deficiência mental com vista à sua inclusão quer no ambiente escolar, quer na sociedade.

1.4 ETIOLOGIA DAS DEFICIÊNCIAS MENTAIS

Em relação ao aspecto motor, percebe-se que ocorre um atraso geral nas aquisições das habilidades motoras como sentar, engatinhar, andar e também na linguagem, mas isto se deve indubitavelmente mais aos fatores intelectuais envolvidos do que a uma deficiência no desenvolvimento físico e motor.

A etiologia da deficiência mental é múltipla, podendo incluir inúmeros grupos de patologias. LEFÈVRE (1981) apresenta as seguintes: distúrbios metabólicos e endócrinos (hipotireodismo congênito, fenilcetonúria, doença de Wilson, etc.); Aberrações genéticas ou cromossômicas (por ex.: síndrome de Down, síndrome de Klinefelter); malformações do sistema nervoso central (microcefalia e hidrocefalia).

Ainda segundo este autor, o retardo mental pode ainda ocorrer em alguns casos de paralisia cerebral, nas crianças nascidas prematuras e naquelas cujas mães sofreram infecção pelos vírus da rubéola ou do herpes durante a gravidez. Sabe-se também que determinadas toxinas afetam o desenvolvimento fetal, como por exemplo:

tabaco, álcool e drogas. O retardo mental também pode ser consecutivo à epilepsia, encefalite, meningite e ao traumatismo crânio-encefálico.

Um esquema etiológico mais completo pode ser apresentado da seguinte forma:

1. Causas Pré-Natais

a) Genética

a.1) Aberrações cromossômicas

- Síndrome de Down
- Anomalias dos cromossomos sexuais
- Mosaico
- Síndrome de Deleção

a.2) Alterações gênicas

- Erros inatos do metabolismo
- Neuroectodermoses
- Alterações Cranianas
- Anomalias oculares
- Síndromes Neurológicas

b) Malformações Cerebrais

- Síndromes microcefálicas
- Síndromes macrocefálicas

c) Ambientais

- Infecções intra-uterinas
- Uso de drogas
- Privação psicossocial
- Práticas educacionais restritas
- Deficiência nutricional

2. Causas Peri-Natais

- a) Anóxia
- b) Prematuridade
- c) Hiperbilirrubinemias
- d) Infecções virais

3. Causas Pós-Natais

- a) Infecções do sistema nervoso central
- b) Moléstias desmielinizantes
- c) Traumas cranianos
- d) Deficiência nutricional
- e) Intoxicações exógenas
- f) Convulsões
- g) Radiações
- h) Alergias

Os primeiros sinais de retardo mental são freqüentemente os problemas com a alimentação: o lactente mostra-se incapaz de sugar e deglutir de maneira eficiente, e não parece estar interessado em alimentar-se. Outros sinais do retardo são: o atraso das respostas sociais, tais como o sorriso e a capacidade de reconhecer o rosto da mãe; o sono excessivamente prolongado; o choro fraco, a apatia e a escassez de atividade espontânea. A criança demora a vocalizar, e quando o faz, não dispõe do mesmo repertório de sons que o lactente normal. A fala pode demorar muito a se desenvolver e, nos casos de retardo acentuado, deixa completamente de se manifestar. Observa-se às vezes uma fixação persistente da mão com o olhar. Tipicamente, a criança retardada introduz os brinquedos e as mãos na boca, além do limite normal de 12 meses de idade. O bebê pode ainda exibir movimentos e atos perseverantes ou estereotipados. Trata-se de movimentos repetitivos e sem nenhum sentido, tais como bater palma, girar a cabeça ou balançar-se. (LEFÈFRE, 1981)

O grau de motilidade que se desenvolve na criança mentalmente retardada depende, até certo ponto, da gravidade da sua deficiência mental. A falta de incentivo, do desejo de deslocar-se de um local para outro, de apanhar determinado brinquedo e de explorar as possibilidades do ambiente, são fatores de importância decisiva para a deficiência motora da criança cujas funções cognitivas estão afetadas. FICHTNER (1997) admite outro fator de importância crítica - a falta de interesse em explorar as possibilidades dinâmicas dos segmentos interligados do corpo, em sua interação com os objetos e o próprio esquema corporal.

Segundo GOMES (1990), as estratégias de prevenção da deficiência mental apontam as seguintes atuações como as mais importantes e prioritárias:

- a) Melhor nutrição materna e na primeira infância;
- b) Imunizações contra infecções bacterianas e viróticas que provocam lesões cerebrais;
- c) Exame e aconselhamento genético;
- d) Educação familiar para reduzir uniões consangüíneas e no mesmo agrupamento humano;
- e) Melhores cuidados e condições pré e peri natais;
- f) Eliminação dos perigos ambientais;
- g) Melhores práticas, incentivos e educação durante a primeira infância.

2 DEFICIÊNCIA MENTAL E OS PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM

O emprego dos termos como dificuldades, distúrbios e transtornos de aprendizagem têm sido utilizados indiscriminadamente, referindo-se, muitas vezes, ao mesmo conceito. Apesar das inúmeras controvérsias sobre suas reais distinções e a precisa definição de cada termo, optamos por considerá-los como distintos, definindo-os da seguinte maneira:

a) Transtornos da Aprendizagem

Anteriormente denominado de Transtornos das Habilidades Escolares, refere-se a um conceito de Transtorno Mental definido pelo "Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV" (1995), da seguinte forma:

Os transtornos da aprendizagem são diagnosticados quando os resultados do indivíduo em testes padronizados e individualmente administrados de leitura, matemática ou expressão escrita estão substancialmente abaixo do esperado para sua idade, escolarização e nível de inteligência. Os problemas de aprendizagem interferem significativamente no rendimento escolar ou nas atividades da vida diária que exigem habilidades de leitura, matemática ou escrita, (DSM-IV, 1995).

b) Distúrbios de Aprendizagem

Assemelha-se ao conceito de Transtorno de Aprendizagem, mas é, porém, mais abrangente, considerando uma série de alterações neurológicas, mentais, mesológicas e ambientais.

c) Dificuldades de Aprendizagem

É um termo genérico que se refere a um grupo heterogêneo de desordens, manifestadas por dificuldades na aquisição e no uso da audição, fala, leitura, escrita, raciocínio ou habilidades matemáticas. Na prática, o termo dificuldades de aprendizagem é usado indiscriminadamente para se referir aos transtornos, distúrbios e deficiências.

2.1 OS TIPOS DE DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM

Os problemas da criança com distúrbios de aprendizagem residem nas áreas de percepção, atenção, memória, associação e fixação de informações. O problema de crianças com distúrbios de aprendizagem às vezes tem sido formulado como localizado na deficiência de controle de impulsos que revelam. Parece que emitem, sem pensar, a primeira resposta disponível (muitas vezes errada), ao invés de examinarem as alternativas com cuidado e planejarem. Embora a ausência de controle de impulsos possa ser também interpretada como incapacidade de manter atenção seletiva, essa formulação levou a pesquisas consideráveis destinadas a ajudar as crianças a atingirem maneiras mais adequadas de reação. Isto se faz ensinando-se às crianças afirmações verbais envolvendo auto-instrução e auto-orientação. Muitos pesquisadores registram que esses métodos auxiliaram crianças impulsivas, com distúrbios de aprendizagem, a melhorar seu desempenho em tarefas que requerem cuidado, planejamento e a consideração de alternativas. Um método especialmente eficaz parece ser o de exemplificação de estratégias de reação adequada, e, desde que possa ser apresentado em filme, tem um potencial educativo empolgante.

Todavia, a eficácia básica dessa abordagem em termos de desempenho escolar melhorado não foi demonstrada de forma conclusiva, para o que se aguardam os resultados de mais pesquisas.

Se uma criança não consegue aprender, deve-se procurar uma forma diferente de ensino. Não se deve procurar algo que esteja errado na criança. É provável que seu método de ensino e a forma de aprendizagem pela criança estejam em defasagem. Nem a criança, nem o terapeuta devem ser responsabilizados por isso, mas o terapeuta pode se responsabilizar se não tentar algo mais.

Não se deve amedrontar por legendas imaginosas. "Dislexia" é um esforço para dizer em grego que a criança não pode ler. "Hiperatividade" significa que a criança se movimenta mais do que alguns de nós desejaríamos.

2.1.1 Dislexias

A incapacidade de aprender a ler de um indivíduo que possui a capacidade intelectual necessária. Vários são os termos dados a este distúrbio como: dislexia específica, dislexia de evolução, e no passado “cegueira verbal congênita”.

Segundo L. Bender (Teoria de atraso na maturação cerebral) - (In PENNINGTON, 1997). "Retardo de maturação", explica Bender, "significa lenta diferenciação em relação a um padrão estabelecido, sem que se especifique ser o déficit local, estrutural, específico ou fixo. Não implica em limitação obrigatória quanto ao potencial; na verdade, com freqüência sobrevém aceleração de maturação".

A dislexia representaria um tipo especial de imaturidade cerebral, na qual se atrasaria a função de reconhecimento visual e auditivo dos símbolos verbais.

2.1.2 Dislalia

Distúrbio funcional primário que corresponde ao atraso da fala, à linguagem "bebê". É um evento oculto que não pode ser controlado diretamente.

Dessa maneira, é muito parecido com o processo oculto de aprendizagem, que também não apresenta referência direta e só pode ser mensurado pela observação das alterações no desempenho. Infelizmente, a atenção é um pré-requisito da aprendizagem. Se ambos são mensurados por uma alteração no desempenho é devida à atenção imperfeita, à aprendizagem imperfeita ou ambas.

A atenção na aprendizagem refere-se à seleção de estímulos dentre os vários utilizados no processo de aprendizagem, a fim de a ele associar a resposta adequada. A criança precisa dispor da atenção seletiva para discernir dentre tantos estímulos àquele que leva a uma resposta apropriada. A atenção deve estar centrada no conteúdo propriamente, não na forma e recursos utilizados na aprendizagem do mesmo. Ao escutar uma explicação oral, além de preocupar-se com a compreensão da mesma, há uma percepção de tom de voz, sotaque, etc.; que também fazem parte do estímulo.

Caso a atenção não esteja centrada, (atenção seletiva); ela se desviará, não vingando o essencial.

2.1.3 Apraxias

Incapacidade de executar os movimentos apropriados a um determinado fim, conquanto não haja paralisias.

2.1.4 Disfalias/Audiomudez

Distúrbios raros da evolução da linguagem. Trata-se de crianças que apresentam um distúrbio da integração da linguagem sem insuficiência sensorial ou fonatória; que podem, embora com dificuldade, comunicar-se verbalmente e cujo nível mental é considerado normal.

2.1.5 Disortografia

Escrita com os erros de que tratamos, pode ser o primeiro ou único achado de exame em caso de dislexia leve não examinado logo no início, podendo ter havido, mas já desaparecido, as dificuldades à leitura. Boa parte dos disléxicos melhora razoavelmente nesta matéria, enquanto ainda cometem muitos erros à escrita.

Os disléxicos podem fazer toda a sua escrita em espelho, o que é, entretanto, raro. Quanto aos erros de omissão, o mais freqüente é suprimirem-se letras mudas ou vogais.

É comum a tendência à união de duas ou mais palavras numa só, mas se pode também verificar a divisão de uma palavra, que o disléxico escreve em duas partes. Quanto à pontuação, pode haver dificuldade na colocação de vírgulas.

2.1.6 Afasia

"Adquirida" da criança é considerada como algo excepcional. Ressalta uma redução da expressão verbal com distúrbios articulares freqüentes, uma compreensão oral raramente perturbada, uma alexia freqüente acompanhando-se de distúrbios da escrita. Afasias pós-traumáticas ou tumorais das quais poderíamos obter certas características: redução da expressão verbal oral, mas, sobretudo escrita, freqüência muito maior dos distúrbios da realização da linguagem, em menos grau, da compreensão da linguagem, evolução um tanto favorável quando a lesão não é evolutiva.

2.1.7 Disfasia

Distúrbio da linguagem-afasia congênita. Cujos transtornos se referem à recepção e análise do material auditivo, verbal e dificuldades com o discurso (perturbações na comunicação verbal).

3 A LINGUAGEM NOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA MENTAL

O desenvolvimento da habilidade da linguagem é um processo longo e complexo para todas as crianças. Para as crianças mentalmente deficientes, o processo é, com frequência, extremamente difícil e exige um esforço concentrado por parte dos pais, professores, terapeutas e da criança, durante um longo período de tempo.

O grau do conhecimento do saber sobre a organização da língua como instrumento de comunicação (regras, combinações), bem como a sua utilização dependem tanto de condições orgânicas, ligadas tanto aos fatores hereditários como aos fatores adquiridos e também de estimulação, presentes ou não, no ambiente onde cresce e se desenvolve o sujeito falante. Vale ressaltar que entre os fatores importantes e básicos às condições de estimulação encontra-se a necessidade de um clima afetivo fundamental à comunicação.

A adequação no emprego do instrumento lingüístico depende da relação que se estabelece entre os pontos acima citados. Os sujeitos que apresentam alguma dificuldade - por não cumprirem com aquilo que a sociedade requer como instrumento para que se processe uma comunicação, são considerados atípicos, deficientes de comunicação.

O grupo de indivíduos portadores de deficiência mental, em especial aqueles com síndrome de Down, por trazer em seus quadros as marcas dos problemas orgânicos próprios, apresenta uma tendência importante aos distúrbios da comunicação.

Os problemas da fala geralmente são atribuídos aos problemas cognitivos, problemas de mau funcionamento dos órgãos fonoarticulatórios, deficiência auditiva, diferentes níveis de inteligência. Mas podem também estar relacionados a outras causas, como por exemplo, a dispraxia verbal.

Em estudos realizados por IDE e cols. (1983) sobre a abrangência do campo semântico em crianças deficientes mentais, na faixa etária entre 5 e 8 anos de idade, verificou-se que havia grande prejuízo das suas funções básicas de aprendizagem,

associadas às questões da comunicação destacando-se, em especial, a presença de problemas relacionados à semântica.

Observou-se também que, à medida que o nível intelectual apresentava-se mais elevado, as crianças conseguiam obter mais rendimento lingüístico, ou seja, as crianças conseguiam identificar as palavras associando-as aos seus significados específicos e não generalizando.

Estes autores também identificaram uma das questões comumente encontrada na literatura, que se refere a estreita relação entre deficiência mental e distúrbios da fala. Estudos mostram que sempre há déficits, tanto qualitativos quanto quantitativos relacionados à aquisição e desenvolvimento da fala. Mais da metade de indivíduos portadores de retardo mental apresentam um déficit em habilidades de linguagem em relação ao esperado para sua idade mental. Alguns possuem déficit na produção da fala e outros, além desse, limitações em relações as habilidades de linguagem receptivas e expressivas.

Inicialmente, no que se refere ao desenvolvimento das habilidades verbais, as crianças portadoras de deficiência mental, principalmente as que apresentam síndrome de Down, manifestam um atraso, quando comparadas a outras crianças sem a síndrome. Depois das fases de balbúcio e do aparecimento das primeiras palavras, essas crianças apresentam uma defasagem acentuada relacionada à emissão verbal. É importante ressaltar que muitas vezes o baixo nível de emissão não condiz com o da compreensão e com o nível intelectual apresentado em testes padronizados.

4 EDUCAÇÃO ESPECIAL

Podemos, portanto dizer que, para efeitos da sua educação, as crianças e jovens com dificuldades especiais, ou com necessidades educativas especiais (NEE), são aquelas que requerem educação especial e serviços específicos de apoio para a realização total do seu potencial humano. As crianças e jovens que necessitam de educação especial podem ser muito diferentes dos outros por terem atraso mental, dificuldades de aprendizagem, desordens emocionais ou comportamentais, incapacidades físicas, problemas de comunicação, autismo, lesões cerebrais, deficiência auditiva, deficiência visual, ou mesmo dotes e talentos especiais.

Há dois conceitos importantes a reter nesta definição de crianças e jovens com necessidades especiais que são, por um lado o fato deste tipo de pessoas apresentar uma extraordinária diversidade de características, o que impede a generalização de medidas como se de um grupo homogêneo se tratasse, e, por outro lado, o fato de se tratar de alunos que requerem educação especial.

As pessoas com deficiências são aquelas que requerem ajuda por parte da sociedade, devido aos seus defeitos físicos, mentais ou psíquicos num campo de relações sociais existencialmente importante, particularmente nos campos da educação escolar, do treino vocacional, do emprego, da comunicação e das atividades recreativas, e não aquelas que falham temporariamente as suas funções no meio social onde vivem. A deficiência, portanto, não é nada de absoluto e que se possa definir com exatidão, mas sim algo que se apóia em juízos convencionais.

Ora, se o que é típico na natureza humana é a imperfeição, não nos podemos esquecer que as pessoas com deficiência são seres humanos como todos nós. De fato, na escuridão a pessoa que está em desvantagem ou é inadaptada não é a cega, mas sim a que vê, assim como, em certas circunstâncias, necessitar do uso de uma cadeira de rodas tanto pode ser uma inadaptação como o resultado de barreiras arquitetônicas ou de outro tipo de atitudes das outras pessoas. Assim, principalmente na área pedagógica, não parece correto o ter-se como ponto de referência as deficiências ou incapacidades (atitude ainda freqüente nas nossas escolas), mas sim o compreender

que o que é importante é o ser humano. Tal como a ergonomia faz já no domínio do trabalho - com a adaptação do posto de trabalho à pessoa, às suas habilidades e características individuais - no campo da pedagogia teremos de evitar que a deficiência se interponha entre nós e o ser humano impedindo-nos de ver a pessoa que está por detrás dessa deficiência.

Segundo HILL (1981), é bastante preocupante que, na maior parte dos países, para falar de educação especial, se recorra ainda à terminologia do "handicap". Esta terminologia é pejorativa, acentua mais as incapacidades do que as capacidades acentuam mais as diferenças entre as crianças e os jovens que têm dificuldades e os seus colegas da mesma idade, apóia-se num modelo errôneo das causas das dificuldades de aprendizagem das crianças, levando a considerá-las como se estivessem enraizadas no indivíduo e a ignorar os fatores ambientais que são, na realidade, a fonte principal dessas dificuldades. Finalmente, e talvez seja por isso que ela é nociva, esta terminologia semeia a confusão na organização dos serviços educativos e dos apoios necessários.

A realidade biológica independe em quase todas as situações da nossa vontade. Consequentemente esta diversidade acaba oportunizando uma vasta produção de conhecimentos sobre algumas questões em Educação Especial em destaque, certas considerações sobre dificuldades de aprendizagem apresentadas por alunos em nossas salas de aula.

Segundo JOHNSON (1984), a Educação Especial, provavelmente pela perpetuação de resquícios conceituais conservadores sobre a pessoa portadora de necessidades educacionais especiais, é ainda desconhecida, mal interpretada e questionada no momento de sua implantação pelos órgãos governamentais. Buscando minimizar essas dificuldades e reafirmar o direito à educação a todas as pessoas, independentemente de suas diferenças individuais, foi realizada a Conferência Mundial de Educação Especial, de 7 a 10 de junho de 1994, em Salamanca, Espanha, de cujas discussões originou A Declaração de Salamanca sobre Princípios, Política e Prática em Educação Especial.

Essas preocupações assumem relevância ao se constatar que no Brasil um grande contingente de crianças em idade escolar se encontra a margem do processo educacional, no qual os portadores de necessidades educativas especiais estão inseridos, e representam, segundo estimativas da ONU, 10% da população, o que no Brasil corresponderia a 15 milhões de pessoas aproximadamente.

A Secretaria do Estado da Educação do Paraná (SEED), de acordo com os princípios que regem a democratização do ensino, há cerca de 30 anos vem desenvolvendo uma política à Educação Especial, voltada aos educandos portadores de necessidades especiais, contendo um programa pedagógico que inclui: psicomotricidade, cognição, expressão livre por meio das artes e afetividade.

Para GOMES (1990), por psicomotricidade entende-se a integração das funções motrizes e mentais, sob o efeito do desenvolvimento do sistema nervoso. A psicomotricidade destaca as relações existentes entre a motricidade, a mente e a afetividade das pessoas.

As atividades psicomotoras, como resultantes de estudos científicos, podem ser consideradas como ações a serviço da educação. Cuidam do movimento, ao mesmo tempo em que põem em jogo as funções intelectivas e a afetividade (coordenação geral estática e dinâmica). O desenvolvimento psicomotor abrange aspectos como o esquema corporal, lateralidade, estruturação espacial, orientação temporal, tônus, postura e equilíbrio, pré-escrita, psicomotricidade fina ou coordenação dinâmica manual.

Para FONSECA (1995), o ato ou ação de conhecer ou de adquirir conhecimentos entendemos por cognição. O desenvolvimento da área cognitiva pressupõe a estimulação da percepção e discriminação, memória, atenção, raciocínio, conceituação e linguagem (pensamento e linguagem).

A expressão livre através das artes, com suas atividades, são geradoras de prazer, resultante da realização do potencial do sujeito. A educação artística, que abrange diferentes formas de comunicação, pode ser desenvolvida através de atividades de expressão plástica, musical e corporal.

Podemos concluir desta forma, que a integração é conseqüentemente imperativa, pois passa pelo reconhecimento efetivo de que toda criança é especial. Perante a lei, a criança (deficiente ou não-deficiente) requer proteção e respeito pelas suas necessidades; por isso o sistema de ensino deverá garantir programas mais adequados, mais integrados, ou seja, mais normalizados.

A integração é um desafio à capacidade criativa dos professores e dos técnicos de educação. Para se iniciar um movimento de integração é necessário haver um profundo sentimento de que é possível.

5 A EDUCAÇÃO DO PORTADOR DE DEFICIÊNCIA MENTAL

Atendendo à necessidade de o ensino ser encarado numa perspectiva individualizada, de forma a melhor servir as necessidades próprias de cada criança, não podemos afirmar que existam "receitas" específicas para o trabalho com alunos portadores de deficiência mental. No entanto, analisando as características gerais comuns a estas crianças, podemos enunciar alguns princípios educativos a ter em conta durante a programação e implementação desta, junto a estes alunos.

As aprendizagens processam-se de uma forma lenta pelo que é importante focarmos a atenção apenas nos objetivos que realmente queremos ensinar, criar situações de aprendizagem positivas e significativas, preferencialmente nos ambientes naturais do aluno e de uma forma o mais concreta possível, para que este se sinta motivado e com predisposição para aprender. Tendo em conta as dificuldades destas crianças em efetuar a aquisição de conceitos abstratos bem como generalizar e transferir os comportamentos e aprendizagens adquiridos para novas situações, é necessário que estas aquisições se processem nos contextos e situações o mais variado e naturais possível.

Outro fator a ter em conta é a necessidade de dividir as tarefas em conjuntos de sub-tarefas mais simples, de forma a graduar a dificuldade das aquisições tomando-a mais acessível e positiva, tendo sempre em mente que o sucesso gera sucesso e o insucesso sucessivo gera desmotivação, recusa de novas aprendizagens e mais insucesso, criando uma baixa auto-estima, logo uma pessoa infeliz para quem a escola passa a ser um penoso fardo a carregar todos os dias.

Tendo sempre em mente que todas as aprendizagens têm como objetivo principal a facilitação da vida futura numa perspectiva funcional, ou seja, permitir uma inclusão e participação ativa e válida na vida em sociedade visando sempre uma progressiva autonomia do indivíduo podemos concluir da necessidade de uma significância eminentemente prática destas aprendizagens.

Assim, relativamente aos alunos com deficiência mental ligeira não deverá existir uma grande diferença entre os seus currículos e dos outros alunos da classe.

Deverá ser dada uma grande importância aos comportamentos adaptativos por forma a dotar o aluno com as competências sociais necessárias a um pleno funcionamento e participação na vida em sociedade. No modelo de competência social são apresentados os resultados desejados, em termos sociais como fruto de três processos, determinados pela cultura dominante:

- efeito provocado nos outros socialmente (entusiasmo, confiança, otimismo, independência, boa postura, boa apresentação, assertividade);
- As Competências sociais (iniciativa para interagir, repostas às interações, comportamentos sociais pessoais, comportamentos específicos de várias situações; escolares, públicas, familiares, no local de trabalho);
- A Cognição social (empatia, discriminação e inferência social, compreensão/ entendimento social, compreensão dos motivos dos outros, julgamentos morais e éticos, resolução de problemas).

Também nas áreas académicas deverá ser sempre tida em conta a necessidade de uma aproximação funcional das aprendizagens. A aprendizagem da leitura e matemática vistas nesta perspectiva deverão dotar os alunos de competências práticas como, por exemplo, ler as bulas dos medicamentos, avisos públicos, horários, fazer orçamentos, gestão de dinheiro e situações de compra e venda. A comunicação oral deverá ser treinada sempre tendo em conta a implementação das competências sociais atrás mencionadas. Há que atender também a questões como a saúde e para os alunos mais velhos o emprego, a sexualidade e as tarefas domésticas.

Em relação aos alunos com deficiência mental moderada deverá ser também dada uma ênfase especial aos comportamentos adaptativos, nomeadamente:

- Cuidados Pessoais: saber comer e beber de várias formas e em várias situações utilizando os comportamentos adequados a cada uma destas; vestir-se, despir-se e cuidar do seu vestuário;
- Aplicar os cuidados básicos de higiene;

- Motricidade;
- Controlar a postura em várias situações: sentado, em pé;
- Coordenar movimentos finos: Desfolhar livros, enroscar e desenroscar tampas de frascos, riscar ou escrever com um lápis, rodar manípulos de portas;
- Coordenar movimentos amplos: correr, atirar uma bola, trepar, saltar;
- Comunicação: utilizar as formas mais adequadas para: fazer e responder a pedidos; expressar necessidades e desejos; fazer e responder a perguntas; narrar experiências do dia-a-dia;
- Aspectos Acadêmicos: Sempre numa perspectiva funcional; ler e escrever o nome, a morada; o telefone; utilizar o telefone;
- Ler informações das paragens de autocarro, comboio;
- Ver as horas;
- Fazer trocos;
- Aspectos sociais:
- Manter comportamentos adequados em várias situações;
- Relacionar-se com os outros, da sua idade e mais velhos;
- Ser capaz de esperar a sua vez em várias situações;
- Seguir regras em jogos;

Relativamente aos alunos com deficiência mental profunda, que necessitam apoios mais intensivos, devem ser desenvolvidos os comportamentos básicos de forma a que a criança responda a diferentes estímulos, pessoas, objetos. Deve-se ensinar a prestar atenção, a orientar o corpo e focar o olhar. Aqui o desenvolvimento da motricidade desempenha um papel fundamental atendendo às freqüentes dificuldades nesta área que estes alunos apresentam, assim como pela importância de que se reveste, seja na locomoção, comunicação ou mesmo na sua vertente lúdica.

Outra área de grande importância é a da estimulação sensorial, tátil, visual e auditiva pelo fato de mesmo nos casos de alunos com problemáticas mais profundas permitir uma interação mais positiva entre a criança e o mundo em seu redor.

Não será demais recordar que este tipo de intervenção deverá ser objeto de uma prévia e cuidada programação, os objetivos bem definidos de acordo com as reais necessidades do aluno e a avaliação do programa efetuada de modo a que este possa ser revisto sempre que tal se justifique. Esta programação e respectiva implementação deveriam ser sempre efetuadas por um conjunto de vários profissionais em colaboração, cada um dentro da sua área, de modo a proporcionar todas as condições de sucesso a estas crianças por forma a poderem dar o seu contributo a sociedade em que vivem.

Educação e reabilitação é tudo o que permite ao indivíduo aprender e reaprender novas aquisições, novas competências e novas atitudes. Tudo o que possa ajudar a crescer, desenvolver e readaptar. Sem educação e reabilitação, os deficientes não poderão atingir uma vida de valor e de significado humano. Programas educacionais e reabilitativos adaptados fazem a diferença entre uma vida gratificante e qualquer coisa muito inferior àquilo que pensamos que a vida é ou deva ser.

Aprender é desenvolver, assim como o desenvolvimento só é concebível como aprendizagem, isto é, o desenvolvimento humano é sinónimo de aprendizagem humana, uma vez que há entre ambos uma identidade intrínseca fundamental, o desenvolvimento é a condição da aprendizagem.

A criança com dificuldade de aprendizagem pode modificar-se, pode mudar a sua estrutura cognitiva, pode melhorar a captação, a elaboração e a expressão da informação. Claro que nesta perspectiva há limites, principalmente nas crianças deficientes mais severas.

FONSECA (1995) afirma que a identificação precoce da deficiência mental é atividade fundamental, quando a prevenção pré, peri, neo e pós-natal não se observou, pois só dessa forma se suprimem condições que podem agravar o desenvolvimento biopsicossocial da criança. Podem ainda garantir, por essa razão, um controle de desenvolvimento da criança, através de estudos do seu crescimento, da sua nutrição, da sua maturação social, de seu desenvolvimento lingüístico e psicomotor, que tardam ainda entre nós.

Ainda segundo este autor, a identificação precoce deve ser uma rotina nos hospitais, nos centros de saúde, nos berçários, nas creches, nos jardins de infância e nas escolas pré-primárias, mormente nas áreas de visão (discriminação, identificação, figura-fundo, constância da forma, seqüencialização, visuomotricidade, posição e relação espacial, etc.), da audição (discriminação, identificação, figura fundo, síntese e complemento, memória, associação, etc.), da psicomotricidade (controle tônico-postural, equilíbrio, lateralidade, direcionalidade, noção de corpo, estruturação espacial e rítmica, praxias globais e finas, etc.), da fala (armazenamento de informações, compreensão, integração, formulação de idéias, imitação de palavras e frases, vocabulário, silabação, articulação, etc.), da sociabilização (atividade lúdica, participação e aceitação social, organização e orientação, atenção seletiva, responsabilidade, realização de tarefas, etc.). Deve se dedicar especial atenção à linguagem, na medida em que ela se repercute no desenvolvimento cognitivo da criança.

A compreensão da linguagem evolui em primeiro lugar na criança, para aos poucos e lentamente, surgir a expressão desta linguagem. A criança deve ser capaz de indicar as coisas que a rodeiam, compreender o que se quer e o que se pede dela. Compreender o nome das coisas em seu mundo, inicialmente com objetos e depois através de figuras, o que se toma mais difícil, mas também deve ser exercitado. Em seguida, com os brinquedos e utensílios domésticos e de seu uso, fazê-la falar sobre o seu uso. O uso dos objetos deve ser exercitado com o que é familiar para a criança.

A compreensão da ação que se passa à sua volta dá margem à terapeuta para numerosas perguntas que requerem uma resposta, aumentando o vocabulário e desenvolvendo a construção de sentenças. Todas as ações dão oportunidades para uma compreensão maior do mundo à sua volta e o diálogo deve ser constante e diariamente estimulado.

Para LOPES FILHO (1997), o esquema corporal é a consciência do próprio corpo, de suas possibilidades motoras. Isto é, consciência também dos movimentos do corpo, das posturas e das atitudes. Ele é a base indispensável para todas as aquisições motoras. Constitui-se lentamente no decorrer dos primeiros anos, em função do

amadurecimento do sistema nervoso e do próprio meio onde os movimentos desenvolvem. É importante também a tonalidade afetiva deste meio e a representação que a criança faz dela mesma e dos objetos de seu mundo em relação a ela. Está completo em torno dos 12 anos. A criança terá que reconhecer em si partes do corpo em frente ao espelho, nomeando-as e dizendo a sua utilidade.

A orientação espacial é a distância existente entre o corpo e os objetos. É a colocação do corpo no espaço e sua deslocação neste mesmo espaço. São usados exercícios como: engatinhar para trás e para frente; arrastar-se e passar por baixo de uma corda sem tocá-la, marchar sobre linhas, jogar bolas num alvo, pular dentro e fora de um arco, para direita, para a esquerda, embaixo, em cima, nomear objetos que estejam localizados dos lados, na frente e atrás.

Para MOURA (1990), orientar-se no tempo é situar o presente em relação a um "antes" e um "depois", é avaliar o movimento ao tempo. A noção temporal é adquirida pela criança juntamente com o esquema corporal. São usados exercícios como: fazer a bola rolar devagar ou rápido, dar um passo grande e dois pequenos, etc. Dentro da orientação temporal, a criança poderá aprender a ter noções de: antes, depois, agora, manhã, tarde, noite, dia, ontem, hoje, amanhã, cedo, tarde, dias da semana, meses do ano, estações do ano, datas comemorativas, conhecimento do horário, associar tempo e distâncias.

Segundo a psicóloga desenvolvimentista Helen BEE (1996), todos os movimentos que fazemos tem seus aspectos espaciais e temporais. Os aspectos temporais se baseiam em ritmos de múltiplas formas, desde o simples andar, marchar, correr e dançar. As atividades rítmicas são úteis para facilitar a exploração de outras formas de consciência corporal. Também se pode complementar a expressão do eu através do emprego das atividades rítmicas.

Cada ser tem seu ritmo, uns mais rápidos outros mais lentos. No estímulo para a compreensão é importante a seqüência gramatical.

Inicialmente o substantivo deve aparecer com mais freqüência. Uma das principais e primeiras funções da inteligência é dar nomes às coisas. Falar com a

criança o nome de todas as coisas mostrando concretamente objetos é uma atividade que dá bons resultados.

IDE (1983) acredita que uma vez aprendidos e conceituados vários substantivos, o trabalho do terapeuta deverá ser o de agregar o adjetivo. Mostrar que as coisas possuem qualidades. A criança, após esta fase, começa a empregar verbos quase sempre no infinitivo. Nessa fase é importante agregar também os advérbios: andar depressa, olhar aqui, comer devagar.

O uso da música para integrar o vocabulário infantil, corrigir e melhorar o ritmo da fala, é bastante recomendável, observando sempre o emprego de palavras conhecidas e bem conceituadas pela criança.

O estímulo verbal deve ser constante, programado, progressivo, porém com aparência de ocasional. Falar sempre devagar, pausadamente, com ritmo e entonação adequada.

5.1 A ATUAÇÃO DO FONOAUDIOLOGO

FONSECA (1995) afirma que "é urgente ter fonoaudiólogos no ensino pré-escolar e fundamental, pois toda criança escolarizável deveria ser observada e acompanhada antes, durante e depois de qualquer das fases de aprendizagem".

Antes de delinear o processo da atuação do fonoaudiólogo com crianças portadoras de deficiência mental, é preciso ressaltar alguns princípios básicos válidos para o atendimento de qualquer paciente, mas quando se trata de crianças com deficiência mental, tomam-se fundamentais. São eles:

- (a) Planejar a terapia visando o potencial e as limitações do paciente;
- (b) Considerar válida qualquer forma de comunicação;
- (c) Não exigir perfeição da comunicação;
- (d) Orientar os familiares para que procedam a continuidade da terapia realizada;
- (e) Estabelecer um vínculo afetivo com a criança em primeiro lugar;
- (f) Ser paciente e otimista.

Além disto, segundo FONSECA (1995), todo o profissional que pretende trabalhar com crianças especiais deve demonstrar as seguintes capacidades para:

- (a) Avaliar as necessidades educacionais específicas das crianças;
- (b) Abordar e integrar os pais e outros colegas no processo de condução do desenvolvimento da criança;
- (c) Recomendar mudanças apropriadas no fim ou durante o programa, através de reavaliações periódicas;
- (d) Efetuar relatórios evolutivos e cumulativos;
- (e) Realizar avaliações contínuas;
- (f) Usar adequadamente as informações contidas nas avaliações de outros profissionais;
- (g) Utilizar materiais, métodos e técnicas adequadas ao estilo cognitivo da criança.

O atendimento fonoaudiológico individual tem como finalidade intervir na relação do aluno com a situação de aprendizagem, propiciando a mudança de condutas estereotipadas e/ou inadequadas que dificultem o processo de aprender.

Objetiva também fornecer condições a criança no sentido de construir vínculo adequado com a aprendizagem, reestruturando seu esquema referencial. Na elaboração do esquema de trabalho deste profissional, deverá haver integração nos aspectos psicomotores, cognitivos, sócio-afetivos do aluno permeados de conteúdos pedagógicos nas áreas de leitura, escrita e outras.

Durante este trabalho, considera-se três etapas que podem ser sucessivas ou acontecer simultaneamente. São elas:

Lúdica: onde o trabalho é realizado com atividades prazerosas e de seu interesse fora da área de conflito da criança;

Semi-real: onde são trabalhadas suas dificuldades específicas, mais utilizando materiais diversos sem a aparência acadêmica;

Real: onde diretamente é trabalhada a dificuldade num nível de consciência da mesma e com materiais muito próximos aos utilizados pela escola. Desta forma há

possibilidades do aluno trabalhar a dificuldade de maneira positiva num processo de reconstrução.

A frequência deve ser de acordo com a necessidade da criança, aproximadamente uma hora em torno de uma a duas vezes por semana. Já o atendimento grupal visa a intervenção na relação da criança com a situação de aprendizagem através de um ambiente intermediário de pequeno grupo, com características semelhantes ao contexto escolar, onde primeiramente é trabalhada a interação grupal.

As crianças são agrupados em função de suas dificuldades escolares, nível de escolaridade, idade cronológica, nível de relacionamento e estágio de estrutura cognitiva.

No trabalho grupal se desenvolvem atividades de auto e hetero-percepção, assim como a percepção da situação, ajudando a determinar os papéis de cada um dentro dos grupos, as inter-relações entre seus componentes e o trabalho comum. A percepção e o conhecimento do outro contribuem para que cada um possa aceitar suas dificuldades com mais facilidade e as dos outros, assim como valorizar as qualidades individuais dos outros componentes.

Os grupos têm a duração de 60 a 90 minutos, numa frequência de 2 a 3 vezes por semana, dependendo do critério utilizado para sua formação.

Considerando-se no máximo até 6 crianças em cada grupo para garantir a qualidade do atendimento. O tipo de grupo é o aberto podendo ingressar ou sair sem que o grupo se dilua, entretanto, deve-se garantir a estabilidade preparando os alunos para esta modalidade.

Outro aspecto importante neste trabalho é a orientação individual dada aos pais pelo terapeuta. Neste momento é discutida a dinâmica das dificuldades apresentadas, as implicações afetivas, cognitivas e sociais. Com o objetivo de informar sobre o trabalho que desenvolve com a criança, o fonoaudiólogo busca a compreensão e a colaboração da família neste processo tão importante. Esse encontro com os pais é realizado mensalmente.

A participação dos pais além do mútuo apoio ocorre a troca de experiências que são muito significativas e que servem como aprendizado da maneira de lidar com os filhos, concorrendo para melhorar a aceitação da problemática apresentada pela criança.

Ocorre ainda reunião com profissionais especializados, que atendam a criança, como psicólogo, neurologista, pediatra e outros, permitindo trocar informações que possam beneficiar o atendimento da criança.

Para amenizar as dificuldades que a criança apresenta quanto à articulação, é importante que o fonoaudiólogo faça um estudo minucioso do que a criança consegue realizar. Conhecendo a progressão que deverá seguir durante o trabalho, a mãe estará mais apta para conduzir melhor a estimulação de seu filho. O importante é não forçar a criança a realizar atividades para as quais não esteja preparada, pois poderá frustrar tanto a mãe como a própria criança. É melhor seguir um ritmo lento, do que pular etapas importantes para o desenvolvimento da criança.

O modo de estimulação deve ser agradável e sempre em forma de brincadeiras que despertem o interesse e a atenção da criança para a atividade.

Os jogos corporais, canções e objetos coloridos podem estimular a criança de maneira favorável. O espelho é um recurso muito rico, pois a criança vê os movimentos da terapeuta e dela própria. Diante dele, a criança poderá admirar os movimentos distraíndo-se e divertindo-se com as imitações e criações espontâneas.

Quanto à mímica facial, segundo MOURA (1998), podem ser desenvolvidas muitas atividades como piscar um olho ou ambos, franzir o nariz e fazer protusão de lábios, fazendo com que a criança espontaneamente faça muitas caretas.

A luz de uma lanterna ou um objeto colorido ou luminoso pode despertar o interesse visual e exercitar a coordenação visual. Com o tempo ela poderá obedecer a ordens simples.

Ainda segundo este autor, para os movimentos da práxis bucolinguofacial (bochechas, lábios, língua e palato) deve-se criar situações estimulantes, para que a criança esteja propensa a fazer esta atividade. Existem muitos exercícios que poderão ser feitos e adaptados a cada paciente.

No que diz respeito à fala, o importante para a estimulação é que se verbalize muito com a criança. Imitar sua emissão reforçando-se cada vez mais a comunicação através da linguagem oral.

Na fase de vocalização e do balbucio, a criança está se preparando para seguir em uma futura comunicação através da fala. O reforço será dado com a terapeuta imitando as suas emissões, fazendo um jogo verbal interessante e gostoso

É importante dar significado às emissões, associando o som à objetos, brincadeiras, ações e pessoas. Imitar animais, sons ambientais como a chuva, a batida de palmas e instrumentais como o tambor e o apito. Aos poucos a criança vai se enriquecendo de emissões e a linguagem interior ficará mais rica. O trabalho de estimulação da fala é longo e muitas vezes a mãe sente-se frustrada, percebendo a defasagem entre a linguagem expressiva e o desenvolvimento de outras áreas, como a motora, perceptiva e a social.

Segundo SPINELLI (1993), o trabalho fonoaudiológico não deve restringir-se no atendimento clínico da criança e orientação aos pais; o seu trabalho vai além. Este profissional precisa conhecer a criança não apenas nos seus aspectos de linguagem, fala e articulação, mas ter uma visão científica, pesquisando, observando e analisando a criança como um todo.

No futuro, o desafio está em garantir a todos a igualdade de oportunidades sociais e educacionais. As apostas e as expectativas deverão ser positivas, pois devem acentuar a originalidade, a variedade e a heterogeneidade da pessoa humana, elevando ao máximo possível seu potencial individual e promovendo, conseqüentemente, a integração social de todos os cidadãos, sem exceção.

A criança como um ser humano é um ser aberto à mudança, deficiente ou não-deficiente, pode modificar-se por efeitos da educação e, ao mudar a sua estrutura de informação, formação e transformação do envolvimento, pode adquirir novas possibilidades e novas capacidades.

Visando sistematizar melhor as práticas apresentadas neste capítulo, propomos uma abordagem baseada no "Modelo de Intervenção Terapêutica", proposta por

FONSECA (1995), que serve tanto para o psicopedagogo, quanto para o fonoaudiólogo.

O "Modelo de Intervenção Terapêutica" apresenta seis estratégias de atuação bem definidas, a saber:

(a) Primeira Estratégia - Identificação e Diagnóstico: visa detectar as características do potencial de aprendizagem da criança, de refletir o inventário das aquisições e capacidades adaptativas, a flexibilidade e a plasticidade das competências da criança.

(b) Segunda Estratégia - Perfil Intra-individual de Aquisições Básicas: visa estruturar, de forma flexível, as áreas "fortes" e as áreas "fracas" da criança, formando seu perfil de integridade e de dificuldades, determinando as necessidades específicas da criança.

(c) Terceira Estratégia - Formulação de Objetivos: visa satisfazer, de forma planejada, as necessidades determinadas pelo perfil individual, compensando suas áreas "fracas" através da ampliação das competências nas suas áreas "fortes".

(d) Quarta Estratégia - Plano Educacional Individualizado (PEI): refere-se a síntese das estratégias anteriores. Deve considerar os dados obtidos no perfil intra-individual, considerando as diversas áreas, tais como: inteligência neromotora, sensório-motora, perceptivo motora, conceitual, simbólica, etc. Além disto, realiza-se, nesta fase, a fundamentação dos objetivos terapêuticos e psicopedagógicos de curto, médio e longo prazo, até a especificação dos recursos regulares e especiais a explorar.

(e) Quinta Estratégia - Implementação de Programas: nesta etapa cuida-se da seleção e da análise das tarefas e procedimentos que constituirão o programa terapêutico. Neste estágio, é preciso considerar a possível modificabilidade dinâmica, a metodologia de apresentação das tarefas e os princípios básicos que regem a relação ensino/aprendizagem e a terapêutica propriamente dita.

(f) Sexta Estratégia - Avaliação: tem como finalidade avaliar a coerência do modelo de intervenção adotado e a relação intrínseca das várias estratégias encadeadas e interdependentes. Isto se dá através do recolhimento de informações sobre o nível de modificabilidade da criança em áreas específicas do desenvolvimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após o estudo realizado, alguns pontos se destacaram e merecem ser considerados novamente neste momento. Com o decorrer da pesquisa, foi tomando-se clara a importância da atuação do fonoaudiólogo no desempenho de suas atividades junto aos portadores de deficiência mental, bem como sobre as melhores formas de atuação deste profissional nesta área. Primeiramente, o fonoaudiólogo deve ser capaz de:

- (a) Avaliar as necessidades educacionais específicas das crianças;
- (b) Abordar e integrar os pais e outros colegas no processo de condução do desenvolvimento da criança;
- (c) Recomendar mudanças apropriadas no fim ou durante o programa, através de reavaliações periódicas;
- (d) Efetuar relatórios evolutivos e cumulativos;
- (e) Realizar avaliações contínuas;
- (f) Usar adequadamente as informações contidas nas avaliações de outros profissionais;
- (g) Utilizar materiais, métodos e técnicas adequadas ao estilo cognitivo da criança.

Além destas capacidades, é fundamental para o desempenho da terapia com portadores de deficiência mental, que o fonoaudiólogo utilize as seguintes sistematizações:

- (a) Planejar a terapia visando o potencial e as limitações do paciente;
- (b) Considerar válida qualquer forma de comunicação;
- (c) Não exigir perfeição da comunicação;
- (d) Orientar os familiares para que procedam a continuidade da terapia realizada;
- (e) Estabelecer um vínculo afetivo com a criança em primeiro lugar;
- (f) Ser paciente e otimista.

Ressalta-se também a importância de considerar que, durante o trabalho, este profissional deve seguir, naturalmente, três etapas que se integram num todo harmônico, visando um desenvolvimento por inteiro do seu paciente.

Lúdica: onde o trabalho é realizado com atividades prazerosas e de seu interesse fora da área de conflito da criança;

Semi-real: onde são trabalhadas suas dificuldades específicas, mais utilizando materiais diversos sem a aparência acadêmica;

Real: onde diretamente é trabalhada a dificuldade num nível de consciência da mesma e com materiais muito próximos aos utilizados pela escola.

No nosso entendimento, um dos melhores modelos de intervenção terapêutica a ser seguido por fonoaudiólogos, é o modelo proposto por Vitor Fonseca, em seu livro "Educação Especial", A síntese deste modelo é apresentada na seqüência:

- (a) Primeira Estratégia - Identificação e Diagnóstico: visa detectar as características do potencial de aprendizagem e de adaptação da criança.
- (b) Segunda Estratégia - Perfil Intra-individual de Aquisições Básicas: visa estruturar, de forma flexível, as áreas "fortes" e as áreas "fracas" da criança, formando seu perfil de integridade e de dificuldades, determinando as necessidades específicas da criança.
- (c) Terceira Estratégia - Formulação de Objetivos: visa satisfazer, de forma planejada, as necessidades determinadas pelo perfil individual, compensando suas áreas "fracas" através da ampliação das competências nas suas áreas "fortes";
- (d) Quarta Estratégia - Plano Educacional Individualizado (PEI) - Realiza-se, nesta fase, a fundamentação dos objetivos terapêuticos e psicopedagógicos de curto, médio e longo prazo, até a especificação dos recursos regulares e especiais a explorar.
- (e) Quinta Estratégia - Implementação de Programas: nesta etapa cuida-se da seleção e da análise das tarefas e procedimentos que constituirão o programa terapêutico.

(t) Sexta Estratégia - Avaliação: tem como finalidade avaliar a coerência do modelo de intervenção adotado e a relação intrínseca das várias estratégias encadeadas e interdependentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABUD, Maria José Milharezi. O ensino da leitura e da escrita na fase inicial da escolarização. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1987.

AJURIAGUERRA, J. Manual de psiquiatria infantil. São Paulo: Masson/Atheneu, 1994.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais - DSM-IV. Porto Alegre: Artmed, 1995.

BEE, Helen. A criança em desenvolvimento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 550p.

CAGLIARI, Luiz Carlos. Alfabetização e lingüística. São Paulo: Scipione, 1990, 189p.

CHAPMAN, R. S. Processos e distúrbios na aquisição da linguagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FERREIRO, Emilia; TEBEROSKY, Ana. Psicogênese da língua escrita. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985. 284p.

FICRTNER, N. Transtornos mentais na infância e adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

FLORENZANO, R. Educação, reabilitação e formação de técnicos para a assistência aos deficientes mentais. In KRINSKY, S. Deficiência mental. São Paulo: Ateneu, 1969.

FONSECA, Vitor da. Introdução às dificuldades de aprendizagem. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

FONSECA, Vitor da. Educação especial: programa de estimulação precoce. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

FONSECA, Vitor da. Aprender a aprender: a educabilidade cognitiva. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

GOMES, Denise P. da C. A reabilitação do deficiente mental dentro do seu contexto familiar. Monografia de Graduação. Curitiba: UTP, 1990.

HILL, Winfred F. A aprendizagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

IDE, S. M. A abrangência do campo semântico da criança portadora de deficiência mental. Dissertação de Mestrado. São Paulo: USP, 1983.

JOHNSON, Vicki M. Um guia de aprendizagem progressiva para crianças retardadas. São Paulo: Manole, 1984.

LAPIERRE, André. A simbologia do movimento: psicomotricidade e educação. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. 88p.

LEFÉFRE, Beatriz Helena. Mongolismo: estudo psicológico e terapêutico multiprofissional da Síndrome de Down. Rio de Janeiro: Sarvier, 1981.

LIPSITT, Lewis P.; HAYNE, W. Psicologia do desenvolvimento da criança. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980.

LOPES FILHO. Otacílio de C. [Editor]. Tratado de fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 1997.

MAGALHÃES, Izabel [Org.] As múltiplas faces da linguagem. Brasília: UNE, 1996. 530p.

MOURA, Maeve Regina de. O atendimento fonoaudiológico para crianças deficientes mentais de 0 a 3 anos na estimulação precoce. Monografia de Especialização em Educação Especial. Curitiba: UTP, 1998.

NUNEZ, Rose Marize de Freitas. O estudo da fala de indivíduos com síndrome de down: uma relação entre dispraxia verbal e inteligibilidade da fala. Dissertação de Mestrado em Distúrbios da Comunicação. São Paulo: PUC, 1996.

SPINELLI, M. Foniatria: introdução aos distúrbios da comunicação, audição e linguagem. São Paulo: Moraes, 1993.

WALLON, H. Evolução psicológica da criança. São Paulo: Manole, 1980.