UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE EDUCAÇÃO

A EQUIPE INTERDISCIPLINAR NA
EDUCAÇÃO ESPECIAL

Márcia Cíntia Xavier da Silva

*Monografia apresentada como
requisito parcial para a ob-
tenção do Título de Especial-
lista em Educação Especial-
Área de Deficiente Físico.*

Curitiba
1986

Agradecimentos:

Agradeço à todos aqueles que de alguma maneira contribuíram para a realização deste trabalho.

Agradeço à meus amigos, em especial ao meu marido pelo apoio e compreensão.

Aos professores e técnicos que por meio de seus ensinamentos e experiências profissionais possibilitaram o enriquecimento do trabalho.

Agradeço, em especial, à orientadora Gilda Moreira Weiss que por meio de seus ensinamentos, esclarecimentos e troca de experiências contribuiu para a realização desta monografia.

E, finalmente, ao **excepcional**, pela **crença, amor e ensinamentos...**

SUMÁRIO

<u>CAPÍTULO I</u>	-	<u>PROJETO</u>	
		1 - INTRODUÇÃO.....	01
		1.1 - Justificativa.....	01
		1.2 - Formulação e delimitação do problema.....	02
		1.3 - Objetivos.....	02
		1.4 - Definição dos termos.....	03
<u>CAPÍTULO II</u>	-	<u>CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....</u>	06
		2.1 - Educação especial e o deficiente.....	10
		2.2 - Fatores etiológicos da excepcionalidade.....	11
		2.3 - Indicadores da excepcionalidade.....	12
		2.4 - Classificação dos educandos excepcionais.....	14
		2.5 - Profissionais da educação especial.....	18
<u>CAPÍTULO III</u>	-	<u>FUNÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE COMPOEM A EQUIPE INTERDISCIPLINAR NA EDUCAÇÃO ESPECIAL.....</u>	21
		. Médico.....	21
		. Psicólogo.....	22
		. Assistente Social.....	25
		. Fisioterapeuta.....	27
		. Fonoaudiólogo.....	29
		. Terapeuta Ocupacional.....	32
		. Pedagogo.....	37
		. Professor.....	39

CONCLUSÃO..... 40

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 49

CAPÍTULO I

PROJETO

1 - INTRODUÇÃO

Segundo dados fornecidos pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social e pela Fundação do Estado do Paraná em Curitiba, existem aproximadamente 128.386 pessoas portadoras de **deficiências**.

Dessa população apenas 2.480 pessoas na faixa etária de zero a vinte ou mais anos, estão sendo atendidas em instituições credenciadas.

O atendimento que está sendo dado pelo órgão próprio do sistema - Departamento de Educação Especial da Secretaria de Educação do Estado do Paraná - caracteriza-se por atendimentos esparsos e imediatos por profissionais habilitados nas diferentes áreas como: assistência social, pedagogia, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Esses profissionais realizam um trabalho de diagnóstico das deficiências do excepcional, indicando o tratamento que consideram adequado para cada caso.

Atuam nessa área 438 professores, 20 assistentes sociais, 28 psicólogos, num total de 486 profissionais em Curitiba.

Os órgãos responsáveis pelos levantamentos apresentam como previsão para o atendimento a toda a população de excepcionais existentes na capital: 16.048 professores, 1.284 assistentes sociais e 2.567 psicólogos.

1.1 - JUSTIFICATIVA

Conforme dados constados percebe-se um esforço para o atendimento a uma parcela da população de deficientes, esforço este que se caracteriza por um a-

tendimento isolado dos especialistas e, encaminhamento do paciente à instituições que possam atender os problemas detectados. Entretanto, o que se percebe é a falta de integração dos profissionais com referência ao tratamento a ser deflagrado.

O presente estudo se justifica pela importância da preparação de equipes interdisciplinares que, através de um trabalho integrado, possam colaborar no desenvolvimento das reais potencialidades do educando.

Para a obtenção de um trabalho desse nível, há que se ressaltar duas diretrizes que deverão ser prioritárias na política da Educação Especial:

- a) - atendimento compatível às capacidades individuais do deficiente ao longo do processo escolar;
- b) - incentivo aos técnicos e professores que possibilite um trabalho integrado facilitando-lhes a realização de suas atividades para a reabilitação do educando no ambiente social.

Para a execução desta tarefa se faz necessário delimitar a atuação dos diferentes profissionais, bem como classificar seu desempenho dentro do contexto de uma equipe interdisciplinar.

1.2 - FORMULAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Este estudo pretende enfatizar quais os componentes necessários para a formação de uma equipe interdisciplinar e suas respectivas funções na área da Educação Especial para atendimento ao portador de deficiência múltipla.

1.3 - OBJETIVOS

- 1 - Destacar a importância da formação de profissio-

nais especializados nas áreas de atendimento ao excepcional;

- 2 - Analisar o tipo de clientela a que se destina a Educação Especial;
- 3 - Evidenciar quais os profissionais que constituem a equipe interdisciplinar na área de Educação Especial;
- 4 - Informar a função de cada profissional dentro do contexto da equipe interdisciplinar na Educação Especial;
- 5 - Ressaltar a importância de uma equipe interdisciplinar na área da Educação Especial.

1.4 - DEFINIÇÃO DOS TERMOS

No presente trabalho os termos terão a seguinte conotação:

- **Excepcional:** são considerados excepcionais os educandos que, em razão de desvios acentuados, de ordem física, intelectual, emocional ou sócio-cultural, apresentam necessidades educacionais que para serem adequadamente atendidos, requerem auxílios ou serviços especiais de educação.

- **Educação Especial:** é a educação que baseia-se na necessidade de proporcionar a igualdade de oportunidades, mediante a diversificação dos serviços educacionais, de modo a atender às diferenças individuais dos alunos, por mais acentuadas que elas sejam.

- **Equipe Interdisciplinar:** é concebida como a reunião de vários técnicos com formações distintas, apresentando uma mesma filosofia de trabalho, que participam através do processo de integração, da avaliação de casos, envolvendo de forma integrativa, contínua, dinâ-

mica, o diagnóstico, a orientação, a supervisão dos problemas e das dificuldades, procurando soluções adequadas e individuais para cada educando excepcional.

- **Deficiência Múltipla:** alunos que apresentam deficiência em áreas diferentes, necessitando de métodos, recursos didáticos e equipamentos especiais para sua educação.

CAPÍTULO II

II - CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A característica principal que distingue uma pessoa deficiente das demais é a falta de habilidade e comportamentos que as pessoas consideradas normais exibem diariamente. Crianças deficientes em geral, não aprendem tudo aquilo que as outras crianças absorvem por si sós, ou por métodos de ensino tradicionais.¹

Esses comportamentos ou habilidades que faltam, variam de indivíduo para indivíduo. Podem ser atividades da vida diária (vestir-se, ir ao banheiro), habilidades acadêmicas ou pré-acadêmicas (discriminar cores, ler, escrever, ver horas, contar, ter esquema corporal), comportamentos sociais (manter uma conversação, atender o telefone), ou profissionais (poder ter um trabalho, remunerado ou não).

É muito difícil, mesmo nos casos em que um diagnóstico clínico preciso existe (por exemplo, paralisia cerebral) determinar até que ponto as deficiências observadas são causadas **diretamente** pela condição orgânica ou se são resultado de uma falha no sistema de atendimento prestado a essa pessoa.

Porém, independente da etiologia ou diagnóstico, é possível conseguir mudanças significativas e rápidas no comportamento ou nível de funcionamento (inclusive cognitivo) de crianças e adultos deficientes, pela reestruturação do ambiente físico e modificação dos métodos de ensino utilizados.

¹ DUNN, Lloy de M. Crianças excepcionais: seus problemas, sua educação. P.115-97.

A postura básica de todo profissional que atua na área de Educação Especial tem que ser sempre positiva. Um caso de deficiência mental e/ou física nunca pode ser visto como sem solução. Oportunizadas condições apropriadas, o deficiente por mais lesado que seja, **pode aprender**. A função e desafio do educador é tentar descobrir, ou melhor, criar as condições de ensino-aprendizagem, que permitam ao aluno deficiente o maior rendimento possível.

Não se pode dizer com isso que não existam limites reais para a capacidade de aprendizagem de uma pessoa. A estrutura orgânico-neurológica de um indivíduo determina em grande parte o que ele vai conseguir aprender durante sua vida. *"Em termos empíricos, não existe até hoje método de avaliação que possa dizer com precisão se uma criança (deficiente ou não) está funcionando ao seu máximo potencial".*²

Assim sendo, não se pode dizer que uma criança jamais poderá aprender. A única forma de determinar o que o aluno será capaz ou não de realizar é **experimentando**. Isso significa que deve-se identificar a metodologia mais adequada de ensino, a técnica de observação e avaliação mais fidedigna, o esquema de reforçamento mais eficaz, trabalhar com o indivíduo durante algum tempo tentando diversos métodos e técnicas e só então arriscar fazer um prognóstico de seu possível desenvolvimento.

Como todo ser humano, o deficiente tem o direito de participar da vida de sua comunidade e para que seja capaz de desempenhar na sociedade o papel que lhe cabe, necessita ser preparado convenientemente. A esta preparação de cada indivíduo em particular e de todos em geral, damos o nome de educação. Somente por meio dela o homem poderá atuar na comuni-

² CASTALLAT, Dalila Molina de. Psicomotricidade. P.184.

dade como um elemento útil e capaz de desempenhar seus deveres e usar seus direitos. A educação dos deficientes tem os mesmos fundamentos de que a de qualquer grupo de indivíduos: educar para viver melhor, usar suas capacidades e tornar-se um membro útil do Grupo Social. Há certos objetivos considerados como específicos para a educação dos deficientes e devem ser relevantes para o desenvolvimento dos programas educacionais:

- a) - que a educação esteja de acordo com a capacidade do indivíduo;
- b) - que a educação permita sua participação em trabalho social;
- c) - que a educação possa contribuir para a competência social do indivíduo;
- d) - que a educação esteja de acordo com o interesse geral do meio onde vive o deficiente.

A Educação Especial terá sempre por meta a integração do deficiente na sociedade, atuando por meio de programas próprios para atender sua deficiência, visando vencer sua incompetência social, valendo-se de equipes interdisciplinares e de recursos da comunidade da qual o deficiente é integrante.

O poder de integração social de uma pessoa portadora de deficiência, varia de acordo com suas possibilidades intelectuais, mas, acima de tudo, de acordo com o meio social ao qual ele deve adaptar-se.

É difícil manter uma vida individual normal se as condições do ambiente que se vive não a favorecem. O bem-estar resulta da existência de condições objetivas e subjetivas capazes de proporcionar, combinadas, o clima e a estrutura de segurança espiritual, econômica, política, intelec-

tual e moral que permitam ao homem realizar-se plenamente. Isto vale também para o deficiente.

Dentro deste processo psicopedagógico, a Educação Especial não visa somente a educação acadêmica do deficiente, mas, também fazê-lo atingir o seu máximo de independência em relação aos outros indivíduos do seu meio. Uma autonomia que se define principalmente pela possibilidade do deficiente poder vir a resolver os problemas práticos que se coloquem nesses diferentes planos: social, emocional, educacional; senão a autonomia, ao menos a independência em todas as atividades da vida corrente.

Se observamos que o aluno não está aprendendo, é sinal de que algo precisa ser modificado no programa: pode-se estar progredindo muito rápido e ele não tem tempo suficiente para absorver o que está sendo ensinado, os passos da análise de tarefa podem estar muito grandes, as técnicas e materiais utilizados não serem adequados, ou o reforço insuficiente.

Em última análise, é o progresso do aluno que determina se os métodos são ou não adequados. Nas palavras de **James Holland** (1960), um dos criadores da instrução programada: "*Erros indicam deficiências não do aluno, mas sim do programa*". (Sidman Murray).³

³ CHAVES, Maria Cecília Morais. Uma visão clínica da educação. (in mimeo).

"Educação Especial é a educação que se baseia na necessidade de proporcionar a igualdade de oportunidades, mediante a diversificação dos serviços educacionais, de modo a atender às diferenças individuais dos alunos, por mais acentuadas que elas sejam".⁴

"Do ponto de vista educacional, são considerados excepcionais os alunos que, devido a condições físicas, mentais, emocionais ou sócio-culturais, necessitam de processos especiais de educação para o pleno desenvolvimento de suas potencialidades".⁵

"O aluno somente poderá ser considerado como excepcional quando esta condição for caracterizada por profissionais credenciados que recomendem a conveniência de encaminhá-lo à Educação Especial".⁶

A Educação Especial deve desenvolver-se no regime comum de ensino e o currículo escolar deverá adequar-se aos tipos de excepcionalidades, por níveis de desenvolvimento do aluno, sem corresponder necessariamente à séries anuais.

A escola especial deverá contar com uma equipe interdisciplinar capaz de desenvolver um trabalho integrado, visando o atendimento global, dos alunos, incluindo avaliações,

⁴ MAZZOTTA, M.J.S. Fundamentos da educação especial. P.10.

⁵ Ibid. P. 101.

⁶ Ibid. P. 101.

formulação do prognóstico e da programação terapêutica, execução do programa, reavaliação e prescrição dos auxílios complementares.

Clientela da Educação Especial

Como já foram feitas referências anteriormente, a Educação Especial se destina apenas aos educandos que forem classificados como excepcionais, ou seja, aos educandos que em razão de desvios acentuados, de ordem física, intelectual, emocional ou sócio-cultural, apresentam necessidades educacionais que, para serem adequadamente atendidas, requerem auxílios ou serviços especiais.

O excepcional, também chamado de infradotado, superdotado ou deficiente, caracteriza-se por apresentar um desenvolvimento atípico de suas habilidades motoras, intelectuais e/ou sensoriais.

2.2 - Fatores Etiológicos da Excepcionalidade

Segundo **Bobath**, a excepcionalidade pode ser causada por fatores etiológicos os quais poderão ocorrer em diferentes fases do desenvolvimento.

1) - **Primeira fase**: pré-natal (da concepção até o início do trabalho de parto).

a) - **Genético** - hereditária (incompatibilidade do fator RH);

b) - **Congênito** - por alguma causa adquirida pela mãe, que irá comprometer o feto.

Exemplo: rubéola, sífilis, radiações, medicamentos, anóxia causada pela insuficiência do suporte circulatório da mãe para o feto, toxoplasmose, etc.

2) - **Segunda fase**: Peri, Neo ou Para-Natal (do início do trabalho de parto até o nascimento).

- a) - **Anóxia** - decorrente ao envolvimento do cordão umbilical no pescoço do bebê, "circular do cordão";
 - b) - **Asfixia** - por obstrução circulatória;
 - c) - **Anestesia** - afetamento do centro respiratório do bebê;
 - d) - **Traumata** - má utilização de um fórceps (pode ocorrer quando a criança está na posição sentada);
 - e) - **Criança prematura** - partos prolongados e manobras mal sucedidas.
- 3) - **Terceira fase:** Pós-Natal (do nascimento até o 3º ano de vida).
- a) - **Acidentes vasculares;**
 - b) - **Traumatismos crânio-encefálicos;**
 - c) - **Infecções** - meningite, encefalite, sarampo, varicela e outras que possam levar a criança a ter uma febre elevada, ocorrendo conseqüentemente, uma lesão no sistema nervoso central.⁷

2.3-Indicadores de Excepcionalidade

Ao estudar diversos autores observamos que muitos podem ser os indicadores de excepcionalidade nas diferentes áreas de deficiências. Entre elas, podem ser destacados:

- 1) - **Deficiência mental:**
- . Ausência de movimentos seletivos;
 - . Sinais físicos de deficiência;
 - . Marcha lenta;
 - . Passividade social;
 - . Atraso no desenvolvimento motor;

⁷ BOBATH, Berta. Equipe interdisciplinar no tratamento da criança excepcional. P. 125-142.

- . Distúrbios visuais e auditivos;
- . Alteração de sensibilidade;
- . Transtornos da fala e linguagem;
- . Posturas e gestos inadequados;
- . Falta de adaptação a mudanças bruscas e rápidas;
- . Dificuldade na aprendizagem;
- . Vocabulário escasso;
- . Pouca criatividade;
- . Atraso na assimilação de conceitos abstratos.

2) - Deficiência auditiva:

- . Ausência parcial ou total de resposta ao som;
- . Atraso para falar;
- . Dificuldade de socialização;
- . Desconfiança;
- . Vocabulário pobre;
- . Falta de atenção;
- . Ausência de entonação;
- . Distúrbio na linguagem e aprendizagem;
- . Demora para assimilar conceitos abstratos;
- . Medo e insegurança;
- . Necessidade de tranquilidade;
- . Comportamento retraído.

3) - Deficiência física:

- . Assimetria de movimentos;
- . Atraso no desenvolvimento motor;
- . Movimentos estereotipados;
- . Ausência de adaptação às mudanças físicas e/ou bruscas/rápidas;
- . Gestos e posturas inadequados;
- . Dificuldade na articulação da fala;
- . Déficit na coordenação motora;
- . Insegurança;
- . Deformidades e contraturas frequentes;
- . Habilidades aprendidas e executadas de modo primitivo;
- . Comportamento retraído;
- . Inadequação no uso de utensílios e objetos;
- . Ausência de movimentos seletivos;

- . Alteração da sensibilidade.

4) - Deficiência visual:

- . Deformidades visuais nítidas a olho nú;
- . falta de atenção;
- . Inadequação no uso de utensílios e objetos;
- . Ausência de postura e movimentos adequados;
- . Dificuldade em locomover-se;
- . Atraso no desenvolvimento motor;
- . Habilidade precária;
- . Inadequação social;
- . Dificuldade na formação de conceitos abstratos;
- .. Comportamentos retraídos;
- . Insegurança;
- . Movimentos estereotipados.

5) - Superdotado:

- . Agitação e inquietação;
- . Habilidade incomum em resolver abstrações de alto nível;
- . Distração;
- . Agressividade;
- . Sensitivo às pessoas de nível intelectual similar;
- . Facilidade em encontrar ordem na complexidade;
- . Inadequação social;
- . Desconfiança;
- . Dificuldade de socialização;
- . Aborrece-se facilmente;
- . Perseveração na resolução de problemas;
- . Criatividade;
- . Liderança.

2.4 - Classificação dos Educandos Excepcionais

Segundo **Mazzotta**, os excepcionais são classificados por modelo clínico, porém não se pode esquecer que apresentam diferenças individuais e que somente corresponderão à classificação de excepcionais na medida em que necessitem de auxílios e serviços especiais de educação.

1) - **Excepcionais intelectuais**: são aqueles que apresentam desvios acentuados de ordem intelectual, a ponto de necessitarem de educação especial.

1.1 - **Superdotados** - de acordo com a definição proposta pelo Centro Nacional de Educação Especial, inclui superdotados e talentosos, sendo assim consideradas as crianças que apresentarem notável desempenho e/ou elevada potencialidade em qualquer dos seguintes aspectos, isolados ou combinados:

- capacidade intelectual;
- aptidão acadêmica específica;
- pensamento criador produtivo;
- capacidade de liderança;
- talento especial para artes visuais, artes dramáticas e música;
- capacidade psicomotora.

1.2 - **Deficientes mentais** - são todos aqueles que apresentam um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, evidenciado durante o período de desenvolvimento e associado a déficits no comportamento de adaptação.

a) - **Deficientes mentais educáveis** são os alunos que, embora possuam grau de inteligência abaixo da média, podem ser alfabetizados, seguindo programa curricular adaptado às suas condições pessoais, alcançando ajustamento social e ocupacional e na idade adulta, independência econômica, parcial ou total. Quando são submetidos a testes individuais de inteligência apresentam escores de Q.I. aproximadamente entre 50 e 75;

b) - **Deficientes mentais treináveis** são definidos como tendo Q.I. de 30/35 a 50/55; o seu desenvolvimento intelectual está entre um terço a metade do índice da criança média. Este grupo pode ter a capacidade suficiente para desenvolver habilidades de cuidado pessoal para vestir-se, arrumar-se, comer, aprender a falar e manter conversas simples, resguardar-se contra os perigos co-

muns em ambientes protegidos tornando-se úteis ao lar, no trabalho e na comunidade;

c) - Deficientes mentais dependentes também chamados de custodiais apresenta escores de Q.I. abaixo de 30 e, via de regra, uma série de comprometimentos associados à deficiência mental, a ponto de fazer com que apenas serviços educacionais sejam suficientes para o seu atendimento;

2) - Excepcionais por desvios físicos: são aqueles que em razão de deficiências físicas não sensoriais ou sensoriais, necessitam de auxílios e serviços especiais de educação.

2.1 - Deficientes físicos não-sensoriais - são aqueles que em virtude de ter limitações na sua capacidade de locomoção, postura ou uso das mãos, ou ainda limitações do lugar, vitalidade ou agilidade, têm o seu aproveitamento escolar comprometido, em situações comuns de ensino. A grande maioria dos alunos com deficiências físicas não-sensoriais pode se beneficiar dos serviços escolares comuns, não sendo incluídos como excepcionais, desde que lhes sejam proporcionadas facilidades de acesso e movimentação nas escolas, mediante adaptações físicas no prédio escolar;

2.2 - Deficientes físicos sensoriais - engloba dois sub-grupos:

a) - Deficientes visuais: educacionalmente são definidos como aqueles que necessitam do uso do sistema Braille e outros recursos didáticos especiais ou que lêem material impresso em tipos ampliados ou quantidades limitadas de impressão normal em condições especiais. Os que se enquadram na primeira situação são classificados como cegos, e os que se encontram na segunda são classificados como alunos de visão subnormal. Esta definição está fundamentalmente baseada na funcionalidade da visão. Difere das definições ad-

ministrativas e legais que se baseiam em dados da acuidade visual.

b) - Deficientes auditivos: são os educandos que por apresentarem uma perda de audição acima de 45 decibéis, na frequência da fala, em ambos os ouvidos, necessitam de Educação Especial. Frequentemente este grupo inclui duas categorias: surdos, aqueles cuja perda está acima de 70 decibéis, e hipocacúsicos, os que têm uma perda auditiva entre 45 e 70 decibéis, nas frequências da fala, em ambos os ouvidos.

3) - Excepcionais psicossociais: são os educandos que apresentam sérios problemas de comportamento.

3.1 - Alunos com distúrbios emocionais - são aqueles cujas reações às situações de vida são pessoalmente tão insatisfatórias e inapropriadas que não podem ser aceitos pelos companheiros e pelos adultos. Para o educador, a criança possui distúrbio emocional quando sua conduta é tão inadequada que o seu atendimento em classe comum seria prejudicial aos demais alunos;

3.2 - Alunos com desajustes sociais - são aqueles que apresentam um padrão crônico de repetidas violências e desrespeito à autoridade constituída e, persistentemente, se recusam a aceitar os padrões mínimos de conduta requeridas nas escolas e classes comuns.⁸

4) - Excepcionalidade múltipla: alunos com mais de um tipo de desvio.

São alunos que apresentam deficiências em áreas

⁸ MAZZOTTA, M.J.S. Fundamentos da educação especial. P.35.

diferentes, necessitando de métodos, recursos didáticos e equipamentos especiais para sua educação.

As deficiências podem ser classificadas em função de suas implicações na Educação. Wilson, tenta agrupar estes tipos heterogêneos de portadores de deficiências múltiplas em três categorias:

- 1) - **Deficiências musculares e neuro-musculares:** que limitam significativamente a capacidade de locomoção, de sentar-se na sala de aula e de manipular os materiais indispensáveis à aprendizagem: distrofia muscular progressiva, esclerose múltipla, poliomielite, espina bífida, P.C., agenesias, amiotomias, sequelas de traumatismo crânio encefálico (hemiplegias), sequelas de traumatismos raqui-medular (paraplegia e tetraplegia).

- 2) - **Deformações ósseas que também afetam a locomoção, postura e uso das mãos no trabalho escolar:** pé torto, luxação congênita de quadril, escoliose, quistos e tumores ósseos, amputações (congênitas ou por acidentes).

- 3) - **Deficiências que resultem em menor rendimento no trabalho escolar, em virtude da falta temporária ou crônica de vigor, vitalidade ou agilidade:** deficiências cardíacas, febre reumática, tuberculose pulmonar, nefrite, hepatite infecciosa, mononucleose infecciosa, leucemia, hemofilia, asma, epilepsia, sub-nutrição, diabete.⁹

2.5-Profissionais da educação especial

Segundo a própria legislação do Excepcional (CENESP), cada equipe técnica especializada deve ser constituída de: médico, assistente social e psicólogo.

Na prática, contudo, percebe-se a necessidade de profissionais da área de reabilitação atuando com os demais

⁹ THOM, Wilson. Excepcional children. P.171.

para um melhor rendimento global do excepcional na Educação Especial.

A equipe interdisciplinar para alcançar plenamente seus objetivos, deveria possuir como componentes os seguintes profissionais:

- . médico;
- . assistente social;
- . psicólogo;
- . fisioterapeuta;
- . fonoaudiólogo;
- . terapeuta ocupacional;
- . pedagogo;
- . professores especializados.

O conceito do tratamento da criança deve ser compreendido por todos que trabalham com ela.

A maneira pela qual cada membro da equipe vê o problema e as dificuldades da criança, deve ser coordenada a fim de evitar confusão para que os resultados obtidos possam ser aplicados à atividade da vida diária, e, ao mesmo tempo, exercitados por cada membro da equipe isoladamente.

CAPÍTULO III

3.1 - FUNÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE
COMPOÊM A EQUIPE INTERDISCIPLINAR NA
EDUCAÇÃO ESPECIAL

MÉDICO

Definição:

Como profissional que estabelece e confirma o diagnóstico médico e o grau de perturbação orgânica ou funcional . Proporciona o tratamento e oferece detalhes acerca da afecção causa da deficiência.

Função do médico na educação Especial:

- a) - Estabelecer o diagnóstico da deficiência;
- b) - Determinar o grau e a extensão da incapacidade o mais precocemente possível;
- c) - Avaliar o efeito da incapacidade sobre o desenvolvimento físico e da personalidade;
- d) - Sugerir um prognóstico baseado na gravidade do caso, nas capacidades e potencialidades da criança e na qualidade e acessibilidade dos meios para ajudá-la;
- e) - Determinar os cuidados especiais com a equipe interdisciplinar;
- f) - Recomendar e delinear um plano de tratamento.

PSICÓLOGO

Definição:

Profissional que trata acerca da alma ou das faculdades intelectuais e morais.

Função do Psicólogo na Educação Especial:

O Psicólogo Educacional ou Escolar atua como um consultor que fornece esclarecimentos, estuda problemas, assessora na compreensão dos fatores que influenciam o comportamento do educando. Oferece informações e discute medidas a serem tomadas com o propósito de solucionar os problemas de ordem psicológica.

Coopera nas atividades desenvolvidas pela direção, outros técnicos e professores, no sentido de facilitar a atuação destes junto aos alunos.

Uma outra função do Psicólogo dentro da escola na Educação especial é procurar capacitar o professor em estratégias para modificação de comportamento, treinando-o em observação e registro de comportamento.

O Psicólogo não faz observação dos acontecimentos na sala de aula, focalizando tanto o professor como aluno, de forma a poder apresentar, em reuniões que são realizadas, sugestões concretas para o professor na solução de problemas.

Ele atua, diretamente, nos processos de ensino e aprendizagem, aplicando e desenvolvendo técnicas psicoló-

gicas, com a finalidade de promover maior integração e aproveitamento dos recursos humanos e materiais envolvidos nestes processos.

Este profissional, na educação especial, também trata da aplicação de testes e realiza entrevistas com o aluno, pais, técnicos e professores procurando chegar a um diagnóstico dos problemas em que são envolvidos os alunos. Acompanha estes casos, realizando um planejamento de atendimento ao aluno ou encaminhando-o para outros profissionais.

Na Educação Especial é responsável pelo atendimento psicológico das crianças. Visa obter uma adaptação emocional para uma adequada integração ao núcleo familiar e social.

Realiza avaliações para verificar a possibilidade de se engajar no atendimento escolar especial.

Orienta pais para uma dinâmica familiar harmoniosa e sadia.

Orienta professores quanto às técnicas de manejo de classes.

Detecta problemas de aprendizagem, verificando os pontos fortes e fracos para assessorar o trabalho do professor.

Realiza atendimento terapêutico individual ou em grupo, conforme a necessidade.

Mantém contato permanente com a equipe técnica a fim de discutir casos e obter subsídios para estudo.

A avaliação psicológica pressupõe o estudo indireto e direto do educando. O estudo indireto refere-se a análise de todos os dados informativos sobre o examinado obtidos na anamnese, nos exames médicos e nos pareceres en-

viados por outros técnicos que tenham atendido o educando. O estudo direto realiza-se em contatos pessoais, utilizando-se recursos técnicos compatíveis com as características do excepcional examinado. A partir dessa avaliação determina-se a elegibilidade ou não do deficiente para o atendimento escolar e/ou para o tratamento psicológico.

Inúmeras são as formas que o tratamento psicológico pode assumir quanto à técnica e à modalidade de atendimento (individual ou em grupo). São consideradas as características pessoais do deficiente, sua capacidade de desempenho motor e sua faixa etária para se determinar a escolha técnica do tratamento.

O atendimento aos pais e funcionários em geral que trabalham com as crianças se faz sempre necessário, sendo importante trabalhar, sobretudo com os pais, suas fantasias em relação a si mesmos e ao filho deficiente.

ASSISTENTE SOCIAL

Definição:

Profissional que visa determinar os fatores sociais, emocionais e ambientais que possam ter valor no planejamento do programa para o educando e também conhecer os fatores que possam prejudicar o processo escolar.

Função do Assistente Social na Educação Especial:

Partindo-se da premissa de que objeto do Serviço Social é o homem, o Assistente Social realiza seu trabalho em contato direto com a pessoa humana. Decorrem daí suas atividades e características fundamentais.

Por meio da metodologia de Serviço Social de Caso cabe ao Assistente Social o levantamento da situação do indivíduo, usando técnicas de questionários, entrevista, contatos diretos, visitas, etc., procurando formular um diagnóstico da situação do indivíduo e de todas as variáveis intervenientes em tal processo. Tendo sido diagnosticada a situação do indivíduo-educando procura fazer o tratamento do caso levando-o a encontrar as soluções possíveis para sua situação, em vista de um ajustamento pessoal e social (em relação ao meio ambiente) do caso-educando.

Mediante a metodologia de Serviço Social de Grupo, o Assistente Social promove, enfatiza e motiva o funcionamento de vários grupos, de maneira tal que tanto a interação grupal como a atividade de programa, permitam e contribuam para o crescimento do indivíduo e para obtenção

de objetivos sociais desejáveis.

Procura por meio de várias técnicas levar o grupo a atingir seu amadurecimento de maneira completa e global atingindo seus objetivos e de todos os componentes do grupo individualmente.

Em resumo, cabem ao Assistente Social as atividades de supervisão, coordenação e orientação de trabalhos relacionados com o desenvolvimento, diagnóstico e tratamento do deficiente em seus aspectos sociais.

O Serviço Social na reabilitação procura orientar a sua prática de forma condizente a realidade social da clientela.

O desenvolvimento das atividades inerentes à sua área, exige uma prática fundamentada em experiência concreta a partir de um referencial teórico compatível com o processo de sociabilização da criança deficiente, onde a reflexão dos vários níveis dessa prática ofereça possibilidades e condições do desenvolvimento de um processo de ação transformadora.

FISIOTERAPEUTA

Definição:

Profissional da área médica que emprega agentes físicos naturais e artificiais como meios terapêuticos.

Função do Fisioterapeuta na Educação Especial

A ação do Fisioterapeuta tem por finalidade a cura e diminuição das incapacidades decorrentes de doenças, restaurando, desenvolvendo e conservando a capacidade física do paciente.

Para uma melhor compreensão, pode-se definir as atividades do Fisioterapeuta como sendo:

- cura de uma doença ou lesão;
- diminuir as incapacidades consequentes à doença ou lesão;
- desenvolver as capacidades remanescentes.

O Fisioterapeuta trabalha sob instruções médicas, embora se responsabilize diretamente pela execução do tratamento. Essas instruções vêm através do diagnóstico.

- ajuda a restabelecer deficiências-musculares, ensinando aos pacientes a prática de exercícios físicos adequados, e a utilização de aparelhos mecânicos auxiliares;
- aplica massagens e manipulações do corpo;
- faz aplicações de luz natural e artificial, com raios infravermelhos, ultravioletas ou elétricos (ondas curtas, etc.);

- aplica banhos e duchas e outros tratamentos hidroterápicos;

Ve-se, assim, que o Fisioterapeuta se utiliza de recursos físicos e aparelhos especiais na execução de seu trabalho.

Visando a reabilitação física das crianças, o setor de Fisioterapia trabalha diretamente ligado ao Departamento Médico e demais setores.

A programação do tratamento desenvolvido é baseada numa avaliação minuciosa, valorizando a individualidade de cada caso e tendo como fator de suma importância diagnóstico concedido pelo Serviço Médico.

. É de responsabilidade do setor, tornar a criança o mais independente possível;

- . Limitar, corrigir ou prevenir deformidades;
- . Treinar a criança ao uso de órteses e próteses;
- . Normalizar tonus e padrões posturais anormais;
- . Melhorar a capacidade respiratória;
- . Prepará-la fisicamente para funções da vida diária.

A todo programa de tratamento é feito paralelamente, orientação aos pais visando a participação efetiva destes no processo de reabilitação.

FONOAUDIÓLOGO

Definição:

O Fonoaudiólogo é um profissional de grande valor para a sociedade, pois estuda a linguagem humana e audição com a finalidade de constatar fenômenos, analisá-los, numa avaliação que conduz ao aperfeiçoamento da transmissão de conceitos, através da expressão oral e escrita.

O comportamento individual e social do homem depende, em grande parte, de uma linguagem correta e de uma audição normal.

Sem esses requisitos, a comunicação sofre alterações negativas, tornando difícil a adaptação do indivíduo ao meio em que vive, dificultando, inclusive sua aceitação em alguns locais de trabalho.

Portanto, sendo o homem um ser social e sua integração na sociedade dependendo fundamentalmente da comunicação, daí a Fonoaudiologia desempenhar importante papel na sociedade.

E é para que sejam reconhecidas suas qualidades de profissional indispensável no tratamento e no aperfeiçoamento da linguagem humana, que ele vem tentando, há algum tempo, situar-se em seu merecido lugar na área científica brasileira.

Função do Fonoaudiólogo na Educação Especial:

O Fonoaudiólogo, além do aperfeiçoamento normal da

comunicação oral e escrita, é também um terapeuta da voz, fala, linguagem, audição, escrita e leitura, aplicando-se principalmente no que diz respeito a diagnóstico, tratamento e reabilitação de problemas destas funções.

Na reabilitação atuará na habilitação de crianças sem linguagem, procurando criar condições para seu desenvolvimento. Auxiliando o neurologista, o Fonoaudiólogo pode participar da recuperação de pessoas que tenham problemas neurológicos que interferem na fala. Trabalhando em conjunto com o endocrinologista, promove a reabilitação de problemas da voz, dando exercícios aos pacientes, ensinando-lhes a maneira correta de usar seu aparelho fonador, realizando, então, o que se chama impostação da voz, dicção e pronúncia.

O setor educacional também constitui campo de atuação profissional do Fonoaudiólogo, no qual este se dedicará ao estudo específico dos processos de aquisição da linguagem escrita pela criança e à orientação do professor sobre seu comportamento verbal, principalmente com relação à voz.

Os casos de distúrbio da voz, fala e linguagem, geralmente são enviados a este profissional com diagnóstico médico. Partindo daí, o Fonoaudiólogo, inicialmente, realiza uma entrevista com o paciente obtendo dados específicos para que possa traçar um programa terapêutico que visará a recuperação do indivíduo.

Na Educação Especial tem como objetivo treinar o paciente a uma maneira de falar ou se expressar compreensível, aceitável dentro de suas limitações, relacionada com o seu desenvolvimento, capacidade, fator emocional e segurança.

A base de tratamento da terapia da fala e linguagem oral e escrita é traçada enfatizando os objetivos imediatos a serem atingidos a nível das atividades possíveis a

serem executadas.

A terapia da palavra necessita de testes que incluem exames da musculatura da fala, vocalização, observação de qualquer distúrbio rítmico e testes para verificação da dominância cerebral.

Com base na estimulação muscular e sensorial, procura levar a criança a adquirir um padrão adequado em suas funções **reflexo-vegetativas** e adquirir uma melhor coordenação neuro-muscular, com o objetivo de se estabelecer uma maior comunicação com o seu meio.

Uma avaliação do aspecto geral da criança é muito importante para o prognóstico e tratamento. A terapia básica é baseada no estado que se encontra os órgãos da fala, como a criança realiza a mastigação e deglutição, movimento dos lábios, mandíbula, a língua, se o palato é mole, e como se realiza o balbucio.

O plano de trabalho do Fonoaudiólogo de forma genérica procura a conscientização e inibição da baba, correção e automatização da mastigação, deglutição e articulação, estimulação e aquisição da linguagem.

Definição:

É o profissional que orienta a participação dos indivíduos em atividades selecionadas para restaurar, fortalecer e desenvolver a capacidade, facilitar a aprendizagem daquelas habilidades e funções essenciais para adaptação e produtividade, diminuir ou corrigir patologias e promover e manter a saúde. É fundamental o desenvolvimento e conservação da capacidade, durante toda a vida, para que os indivíduos possam executar com satisfação, para si e para os outros, aquelas tarefas e papéis essenciais a uma vida produtiva e ao domínio de si e do meio ambiente.

A prática da Terapia Ocupacional está baseada em conceitos que reconhecem que:

- a atividade é uma necessidade vital do ser humano; a privação da oportunidade de agir gera infelicidade;

- empregando-se em atividades, o indivíduo explora a natureza de seus interesses, necessidades, capacidades e limitações, desenvolve motricidade, funções perceptivas e cognitivas, aprende uma série de atitudes sociais e interpessoais, comportamentos necessários para o domínio de tarefas vitais e manejo dos elementos de seu meio-ambiente;

- o produto final inerente à atividade tem importância secundária, à medida que possibilita concreta evidência da capacidade do indivíduo ser produtivo, ou ser habilidoso em determinado campo.

Função do Terapeuta Ocupacional na Educação Especial:

Terapia Ocupacional tem sido indicada para os indivíduos cujas habilidades para lidar com as atividades da vida estão ameaçadas ou impedidas por distúrbios de ordem física, psicológica ou social.

Assim, os programas desenvolvidos em Terapia Ocupacional variam conforme o campo de ação.

1 - Programas de Prevenção e Manutenção da Saúde:

Tem como objetivos: promoção do desenvolvimento normal, proteção e conservação das funções existentes, prevenção contra incapacidade e garantia de recuperação ou adaptação em diferentes níveis. O objetivo central é fornecer experiências que capacitam o indivíduo a usar produtivamente suas habilidades existentes, capacidades e forças;

- atividades que produzem satisfação pessoal, sentimento de hetero-aceitação, realização, criatividade, execução, decisão própria, auto-afirmação e relações sociais;

- atividades que forneçam oportunidade para o indivíduo conhecer e desenvolver seu interesse, explorar seu potencial, desenvolver capacidades e aprender através dos seus próprios recursos e do meio em que vive.

2 - Programas de Recuperação:

Estes programas focalizam a redução da patologia ou deficiência específica, fornecendo atividades que possam diminuir a incapacidade e restaurar ou desenvolver a capacidade funcional. Neste contexto, as atividades selecionadas serão aquelas cujas características e propriedades permitam a execução de exercícios específicos e aprendizagem motora; desenvolvam respostas aos estímulos sensoriais, força muscular, resistência e coordenação; atendam aos distúrbios intelectuais e emocionais; ofereçam a necessária gratificação psicológica e os corretos conceitos de auto-imagem e identifica-

ção pessoal; desenvolvam aquelas atitudes básicas para a completa independência pessoal.

3 - Programas de Atividades da Vida Diária e Ajustamento Vocacional;

Estão ligados a adaptação para o trabalho e orientação profissional e onde as atividades promovem o treino de independência funcional (capacidade para alimentar-se, vestir-se, realizar sua higiene pessoal, locomover-se e comunicar-se) desenvolvem e aumentam a habilidade para trabalhar e/ou cumprir as tarefas e papéis relativos à faixa etária em particular. Estes objetivos desenvolvem o conhecimento e avaliação dos papéis e funções essenciais para a adaptação do indivíduo à sua comunidade, avaliação da natureza e nível da sua capacidade laborativa, atitudes e habilidades; identificação da aprendizagem e em que consequência ela deve ocorrer; programação de atividades gradativas que proporcionem a aquisição das habilidades e desenvolvimento das atitudes necessárias ao trabalho.

Estes programas não são mutuamente exclusivos, e com frequência ocorrem simultaneamente. Assim, por exemplo, uma criança com desenvolvimento deficiente, pode ser auxiliada por meio da participação em um jogo, montando um quebra-cabeça, ou desenvolver orientação espacial pintando. O deficiente físico pode adquirir a coordenação muscular necessária por meio de exercícios de preensão em jogos pessoalmente gratificantes como dama, xadrez ou num projeto de marcenaria; ou às vezes, pode sentir compensado praticando esporte competitivo, esculpindo ou operando uma calculadora. Os familiares podem ajudar a desenvolver o sentimento de capacidade através da participação em uma série de atividades caseiras (varrer, preparo de alimentos, confecção de objetos para decoração do lar, etc.). As pessoas desadaptadas socialmente ou emocionalmente perturbadas podem ser auxiliadas a desenvolver respostas mais realistas e adaptadas aos fracassos e sucessos, maior flexibilidade para reagir aos estímulos do meio através da participação em jardinagem

ou outros projetos em grupos; ou aprender a manejar seus sentimentos e testar sua adaptação através de pintura, redação ou teatro.

Na Educação Especial tem como objetivo geral transformar a movimentação e dissociação adquiridas na Fisioterapia e Fonoaudiologia em praxis, especificamente função-mão. O trabalho consiste em dar condições ao paciente de ter uma função melhor dos membros superiores dentro do componente global corpo, visando principalmente, a independência nas atividades da vida diária.

É feita uma avaliação inicial em cada paciente na qual se baseia o tratamento e as variações desse tratamento seguem de acordo com a evolução de cada caso e consiste em: treinos de A.V.D. (higiene, vestuário, alimentação), manuseio com adaptações, criação de adaptações no ambiente que facilitem a locomoção e atividades posturais, que favoreçam a normalização do tonus, o equilíbrio e a inibição de reflexos patológicos dando condições práticas aos membros superiores como preensão e coordenação motora. Estimula a utilização da potencialidade do paciente na exploração do meio em que vive.

Funções:

- 1) - Avaliar o cliente particular ou paciente em sua capacidade e deficiências;
- 2) - Selecionar atividades específicas para atingir os objetivos propostos a partir da avaliação;
- 3) - Facilitar e estimular a participação e colaboração do paciente no processo de habilitação ou reabilitação;
- 4) - Avaliar os efeitos, estimar e medir mudanças e evolução;

5) - Baseado nas avaliações, redefinir objetivos, reformular programas e orientar adequadamente o paciente e familiares.

PEDAGOGO

Definição:

Profissional que exerce a arte da educação e do ensino.

Função do Pedagogo na Educação Especial:

O objetivo principal do Pedagogo é propiciar melhores condições para o desenvolvimento e conclusão do processo ensino-aprendizagem. Desenvolve, então, a atividade de planejar, coordenar, controlar, avaliar, fornecer subsídios e estimular a ação dos educadores.

Trabalha com equipe de professores, garantindo a unidade do planejamento pedagógico e a eficácia de sua execução. Deve colaborar para que o corpo docente seja unificado em torno dos objetivos gerais da escola e diversificando em função de suas respectivas áreas de trabalho.

O pedagogo deve coordenar o planejamento didático-pedagógico, procedendo o exame de seleção dos objetivos do trabalho a cada nível escolar e de curso; estabelecendo atividades em classe e extra-classe, bem como os processos e instrumentos de avaliação.

Coordena a execução do planejamento e verifica seu rendimento contínuo por meio de avaliação. Para obter um rendimento crescente, deve orientar os professores na solução de problemas no emprego de métodos, técnicas didáticas, na seleção de material didático adequado, bibliografia, e na

forma de avaliação.

É sua contribuição, também, promover e dirigir reuniões de professores e, promover o replanejamento periódico, sempre que tal se fizer necessário.

Organiza programas de treinamento e atualização para professores, principalmente planejando programas de estudo sobre teoria e prática didática.

Deverá, ainda, acompanhar e avaliar o trabalho do corpo docente.

PROFESSOR

Definição:

Indivíduo que ensina uma ciência ou uma arte, profissional que instrui e educa.

Função do Professor na Educação Especial:

O Professor precisa ter a inteira confiança do educando para que possa ajudá-lo a superar suas dificuldades.

Tem como objetivos principais reduzir as deficiências da criança incomum para aumentar ao máximo seu bem-estar e ajudar a criança a adaptar-se a seu mundo de maneira que possa viver eficientemente apesar de suas deficiências. A preocupação primordial de tais objetivos é a criança, e essa preocupação deve ser ponto de partida em qualquer tentativa para definir a tarefa dos professores.

O professor deve identificar a criança incomum e conhecê-la completamente. Deve ser capaz de avaliar o estado da criança, ajudá-la a estabelecer suas metas, designar e implantar tratamentos que possam efetivar as mudanças desejadas e avaliar os resultados. Deve também, estar pronto a proporcionar ou assegurar a coragem e o apoio que a criança necessita para enfrentar, com suas deficiências, o mundo.

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Infelizmente é verdade que existe considerável controvérsia acerca dos méritos relativos ao tratamento e a educação da criança excepcional. Em muitas escolas ainda existem atritos e rivalidades entre os professores e os terapeutas com relação as respectivas importâncias no atender destas crianças. A questão, entretanto, é: "De que maneira pode o tratamento e a educação serem combinadas para beneficiar a criança" e "até que proporção é o excepcional um problema médico ou paramédico e qual é o seu relativo lugar nos cuidados médicos e educacionais respectivamente, no programa total do atendimento destas crianças".

A condição de deficiência existe, na maioria dos casos, desde cedo e pode ser o resultado de uma lesão ou de um mal desenvolvimento do sistema nervoso no útero, durante o período pré-natal ou pós-natal. A lesão interfere na maturação do sistema nervoso e com o crescimento e o desenvolvimento normal do bebê. Entretanto o problema do tratamento e da educação pode ser considerado com um significado duplamente único. De um modo, uma preparação da criança para a educação formal, durante o período de formação - aqui o atendimento desta condição pode ser considerado um problema predominantemente médico - enquanto, por outro lado, deve ser reconhecido como um período de aperfeiçoamento da criança para a educação formal escolar.

A legislação brasileira indica como ano de ingresso na educação formal a idade de 7 anos, os anos precedentes devem ser considerados como de formação, isto é, como preparação para a educação formal. Durante estes anos o tratamento e o

atendimento são da maior importância.

A esperança é que o desenvolvimento físico e mental da criança progrida para podermos colocar o tratamento durante os anos escolares em um plano secundário. Contudo, o período inicial do tratamento não significa somente fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. É importante também, influenciar o desenvolvimento físico e mental. O tratamento deve ter um sentido amplo, ou seja, significa o uso de todas as possibilidades médicas, psicológicas e de métodos educacionais que nós temos para guiar o desenvolvimento da personalidade.

O desenvolvimento da criança normal é caracterizado por dois fatores essenciais:

- 1) - A aquisição do controle postural e do movimento contra a gravidade;
- 2) - A modificação e elaboração dos primeiros padrões de movimentos primitivos e totais dentro da mais alta organização, mais variada e seletiva atividade, pelo desenvolvimento do controle inibitório.

Um bebê normal move-se muito; ele explora seu corpo, toca sua boca e brinca com seus pés. Deste modo, ele aprende a conhecer o seu corpo como uma entidade separada do espaço ao seu redor, resultando disto a percepção corporal.

Um importante fator do desenvolvimento é a aquisição do controle normal da cabeça e do tronco, a habilidade de elevar a cabeça estando em supino e prono e mantê-la nas posições normais de alinhamento com o tronco. Estas habilidades tornam possíveis à criança sentar e ficar de pé contra a gravidade. A elevação da cabeça em prono, iniciada cerca da quarta ou quinta semana é introduzida na extensão total do tronco e membros aparecendo cerca do sexto mês a extensão total da cabeça, tronco

e membros contra a gravidade e a habilidade para suportar o corpo com os membros superiores estendidos, "reação de para - quedas". As reações de equilíbrio aparecem por volta do sexto mês; primeiro em prono e supino, gradualmente de joelhos, sentada, de pé e andando. Elas atingem a perfeição e maior complexidade nos próximos 3 a 5 anos. Paralelamente com este desenvolvimento e perfeição do controle postural dinâmico contra a gravidade, e harmoniosamente integrado a ele está a elaboração dos padrões de movimentos totais da primeira infância. Os ponta-pés primitivos alternados possibilitam de uma certa maneira, o ficar de pé e o andar com independente ação das ação das coxas, pernas e pés. A preensão total da mão possibilita a independência dos movimentos dos dedos e a emancipação do polegar, primeiro em abdução, mais tarde em posição e então, conduzindo à atividade tríplice do polegar e dos dois primeiros dedos. Isto é possível pelo desenvolvimento espontâneo da fixação postural máxima dos ombros, braços, antebraços e mãos. Entretanto, pela exploração do seu próprio corpo e pela evolução dos controles anteriores posturais e do controle motor, a criança começa a se relacionar com o seu ambiente e adquire conhecimento do espaço ao redor. Ela coloca cada atividade motora nova imediatamente dentro da exploração mental e do crescimento. Este primeiro período é o dos mais extensos e importantes no crescimento da atividade física, intimamente unido ao crescimento mental. Este desenvolvimento não toma lugar no vazio mas é associado ao relacionamento da criança com seu ambiente e, especialmente com sua mãe.

Muitos dos padrões de movimentos superiores, desenvolvidos e ajustados, posturais da criança são primeiro desenvolvidos como proteção e reações automáticas em resposta ao manuseio da sua mãe. Sob circunstâncias normais, a criança rapidamente estabelece um vínculo, uma relação fechada, entre oferecer e receber, com sua mãe. Nesta situação, o relacionamento constante e recíproco, no qual a criança e a mãe ensinam um ao outro, a mãe aprende a separar a sua ajuda gradativamente no momento que o crescimento da criança permite-a controlar sua própria cabeça, tronco e membros. Neste relacionamento, a criança normal tem uma participação ativa. Suas respostas

mostram a mãe quando e onde ela deve ajudar e apoiar, ou onde não ajudar e apoiar. O relacionamento entre mãe e filho é o instrumento do desenvolvimento da fala e do vocabulário e a camada de conceitos básicos da relação espacial, direita e esquerda, acima e abaixo, e de outros aspectos fundamentais da orientação espacial, prioritários para os necessários pré-requisitos da educação formal.

Na criança excepcional este desenvolvimento não acontece. A mãe frequentemente desenvolve reações específicas anormais condicionadas pela deficiência da criança. Estas são obstáculos para o atendimento da criança, uma vez que elas estão completamente estabelecidas. As alterações patológicas, a deficiência do desenvolvimento motor e o distúrbio da relação mãe-filho, podem retardar ou distorcer o conceito corporal da criança e serem fatores que causam muitos dos distúrbios perceptuais do conhecimento normal tão frequentemente existentes nestas crianças e os quais são difíceis obstáculos para a educação formal. Isto significa que o menor distúrbio da integração viso-motora, a orientação espacial e discriminação, pode ser e frequentemente é, devido a parada da experiência ou perda.

Os familiares, os terapeutas e o objetivo determinado devem estar combinados e seguramente integrados para um fim. Tratamento deve significar um atendimento total da criança e do seu ambiente:

- 1) - A melhoria das condições físicas pela construção da atividade motora normal e do controle postural normal;
- 2) - Orientação intensiva dos familiares no atendimento destas crianças;
- 3) - A preparação para a educação ajuda a criança a obter uma experiência sensório-perceptual do seu próprio corpo e do seu ambiente numa idade precoce.

Estes seriam os requisitos básicos, especificamente referidos para o desenvolvimento de uma personalidade to-

tal, física, mental, social e emocional, antecipando a bem sucedida educação formal.

Se as crianças são atendidas precocemente e se não estão severamente comprometidas elas são preparadas para a educação formal aos 7 anos de idade. Problemas podem surgir quando a criança entra numa escola especial com 3 anos de idade, especialmente quando o primeiro tratamento e atendimento da criança na escola especial não acompanha o mesmo princípio básico. O ideal é a escola especial ser ligada ao centro de tratamento. A professora especializada deve ser um membro da equipe, completamente familiarizada com o conceito e observar os problemas da criança da mesma maneira que os demais membros da equipe interdisciplinar. Deste modo, o atendimento contínuo é mantido e muitos transtornos e erros de familiares, dificuldades e antagonismos dos professores e terapeutas desapareceriam. A combinação da escola especial e do centro de tratamento se complementam. Uma vantagem desta união é que as atividades mental e social das crianças podem ser estimuladas e demonstradas pelo seu progresso, principalmente no aspecto motor além do desenvolvimento da fala e do vocabulário.

É necessário uma boa compreensão das dificuldades da criança no que concerne ao seu bem-estar. Deve haver um relacionamento restrito e amável, de respeito mútuo e os professores e terapeutas devem entender a participação de cada um no programa total. Devem trabalhar juntos, aprender entre si e adaptar seus especiais conhecimentos e experiências para o mesmo aperfeiçoamento e conceito. Os professores encorajam os terapeutas a entrar nas salas de aula e observar as crianças durante as atividades escolares. Da mesma forma, a professora observaria sua criança durante as sessões de fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia e fonoaudiologia. Eles podem trocar experiências e discutir meios para chegar a uma conclusão sobre as dificuldades específicas, físicas, perceptuais e individuais da criança.

O problema do tratamento combinado com educação da criança excepcional tem sido discutido em muitos aspectos. Dá-se grande importância de que o tratamento não pode ser

separado da educação especial no bebê e na criança jovem, na qual o atendimento dos familiares é essencial no preparo da criança para os anos em que estiverem recebendo educação formal. O tratamento interdisciplinar em sentido amplo no atendimento da criança pode refletir em favor da educação e do crescimento. O tratamento e educação, entretanto, devem em todos os estágios do desenvolvimento da criança estarem harmonizados. Terapeutas, professores e familiares devem trabalhar com harmonia e com o mesmo conceito básico.

O tratamento de excepcionais reúne grupos de professores e de terapeutas, sendo isto essencial para que possa existir um melhor relacionamento entre eles, procurando fazer com que todo o tratamento seja coordenado e que um máximo de benefícios seja derivado dele. Isto somente pode ser realizado se todos os profissionais, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, professores e outros forem conscientizados para o tratamento da criança como membros de uma equipe, cada um contribuindo para o trabalho do outro e atendendo a criança como um "todo". Mesmo que cada profissional tenha conhecimento e treinamento especializado, formam uma equipe interdisciplinar que diante do problema do excepcional, devem respeitar-se como terapeutas desta equipe. O fisoterapeuta não pode se interessar somente pelo corpo da criança; o médico pelo diagnóstico; o fonoaudiólogo somente pela articulação e linguagem; o terapeuta ocupacional somente pelo uso das mãos; o professor pela aprendizagem e o psicólogo somente pelos distúrbios emocionais, mentais e sociais mas, cada um deve ser informado sobre o que os outros estão fazendo, tornando-se assim, capazes de utilizar o que os outros fazem em seu próprio campo de trabalho. Desta maneira, enquanto concentrados em grupo de terapia, juntos formarão uma equipe unida, usando os mesmos fundamentos básicos para o tratamento. O conceito de tratamento, a evolução dos problemas e as necessidades de cada criança, individualmente deverão ser os mesmos para todos os membros da equipe. Somente assim um programa de tratamento pode ser planejado de forma integrada, incluindo também o atendimento em

casa e na escola. A equipe unida deve ter uma única conduta. O mesmo método de avaliação e plano de tratamento poderão ser diretamente aplicados por cada terapeuta em seu setor particular de terapia, e isto deve ser relacionado por todos os outros e usados por eles. As técnicas e tratamentos usados pelos membros da equipe devem ser aplicadas, variadas e alteradas dentro do possível, capazes de serem adaptadas às necessidades individuais de cada criança.

O desenvolvimento físico e o desempenho da criança tem uma ligação direta com o seu progresso mental e educacional. Na escola deverá haver uma atmosfera em que, tanto o tratamento quanto a educação sejam vistos como complementos um do outro, considerando a criança como um todo, sempre. A equipe de fisioterapia, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e professores é um aspecto essencial do tratamento. O conceito e a finalidade do tratamento e do atendimento devem ser os mesmos para todos que trabalham com a criança. O modo pelo qual cada membro da equipe vê o problema e as dificuldades de uma dada criança deve ser coordenado, afim de evitar confundir a criança e seus pais, de modo que os resultados obtidos possam ser transportados para as Atividades da Vida Diária e tornarem-se com a ajuda de todos os membros da equipe, indivíduos independentes.

A falta de um dos membros na equipe interdisciplinar pode reduzir sua eficácia, visto que cada um possui um papel importante dentro da mesma.

Contudo, esta não é a realidade atual do nosso Estado, pois conforme dados fornecidos pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social sobre as instituições credenciadas de atendimento ao deficiente, constatamos que apenas 5% destas possuem uma verdadeira equipe interdisciplinar trabalhando em harmonia, traçando metas de tratamento e educação, reunindo-se e discutindo os casos. Outros 30% possuem alguns profissionais que pela falta de integração e de outros profissionais em áreas especializadas têm trabalho dificultado. Mas a grande parte das instituições, cerca de 65%, possui

um número mínimo de profissionais com atendimento isolado, muitas vezes voluntário, sacrificando assim, o seu trabalho e a educação do deficiente.

Na equipe não existe número determinado de profissionais mas, deve conter especialistas em cada uma das áreas para que o objetivo final possa ser atingido da melhor forma possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- . AJURIAGUERRA, J. de. Manual de psiquiatria infantil. Rio de Janeiro, Wasson do Brasil, 1980. P.209 a 223.
- . BOBATH, Berta. Equipe interdisciplinar no tratamento da criança excepcional. Rio de Janeiro, Interamericana, 1983 . P.125-142.
- . BUENO, Francisco da Silveira. Dicionário da língua portuguesa - L.L.A. Rio de Janeiro, Fename, 1976. P.32-44-53-57 62-98.
- . CENTRO NACIONAL DE EDUCAÇÃO ESPECIAL. Subsídios para organização e funcionamento de serviço de educação especial: área de deficiência física. Rio de Janeiro, 1984.
- . COSTALLAT, Dalila Molina de. Psicomotricidade. Porto Alegre, Globo, 1983. P.184.
- . CRUICKSHANK, Johnson et alii. Educação de excepcionais. Porto Alegre, Globo, 1982. P.99-73.
- . _____. & JOHNSON O. G. A educação da criança e do jovem excepcional. Porto Alegre, Globo, 1975. P.115-97.
- . DUNN, Lloy de M. Crianças excepcionais: seus problemas, sua educação. Rio de Janeiro, Ao Livro Técnico, 1971. P.54-59.
- . EDDER, Rosita et alii. Educação especial: atuais desafios. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. P.93-95.

- . FLEMING, C.M. Psicologia social da educação. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1955. P.135-31.
- . _____. A criança excepcional. Editora 2. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1982. P.253-260.
- . LUCK, Heloisa. Equipe interdisciplinar na avaliação do educando. Trabalho apresentado no VII Encontro Nacional de Orientadores Educacionais. Julho/1979 (in mimeo).
- . MAZZOTTA, M.J.S. Fundamentos de educação especial. São Paulo, Pioneira, 1982. P.35-39.
- . MUSSEN, Paul. O desenvolvimento psicológico da criança. Rio de Janeiro, Zahar, 1970. P.125-159.
- . NOLL, Victor. Introdução às medidas educacionais. São Paulo, Pioneira, 1965. P. 89-93.
- . NOVAES, Maria Helena et alii. Educação especial, atuais desafios. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980. P.29-35.
- . PEREIRA, Olívia et alii. Educação especial. Interamericana, P.89.
- . PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO (in mimeo).
- . RAUCEK, Joseph. A criança excepcional. São Paulo, Ibrasa, 1973. P.210-215.
- . SHAKESPEARE, Rosemary. Psicologia do deficiente. Rio de Janeiro, Zahar, 1977. P.165.
- . SIDMAN, Murray. Uma visão da educação especial. 1985. Maria Cecília Morais Chaves (in mimeo).
- . TELFORD, Charles W. & SAWREY, James H. O indivíduo excepcional. 3ªed. Rio de Janeiro, Zahar Editores. P.416-346.

- . THOM, Wilson. Excepcional children. Mc Graw-Hill, 1980.

- . VERGASON, G. Accoutability in Special Education, in: Kirk & Lord. Excepcional children: education resources an perspectives. Boston, Houghton Miffin, 1984.