CRISTIANE DE MEDEIROS MACIEL

MARIA HELENA MENDES NIZIO

ROSANA MAZETTO

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS ALUNOS DO
CURSO DE PEDAGOGIA DA FUNDAÇÃO FACULDADE ESTADUAL
DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE PARANAGUÁ
NA ÁREA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

Monografia apresentada ao Curso
de Pós-Graduação em Educação
Especial, da Universidade Federal
do Paraná em convênio com a Fun-
dação Faculdade Estadual de Filo-
sofia, Ciências e Letras de
Paranaguá, para obtenção do títu-
lo de Especialista em Educação
Especial, na Área da Deficiência
Mental.

PARANAGUÁ

1989

D E D I C A T Ó R I A

Dedicamos a todos os nossos familiares
pelo apoio recebido durante o curso e
no decorrer deste trabalho.

A G R A D E C I M E N T O S

No momento em que se finaliza mais uma etapa da nossa vida acadêmica e profissional, bastante árdua e difícil, mas valiosa, pela oportunidade de elaboração deste trabalho científico, desejamos agradecer àquelas pessoas que mais contribuíram para a sua realização e para a vivência deste momento altamente significativo em nossas existências:

- . **Gilda Moreira Weiss e João Carlos Waltrich**, pela orientação constante.
- . **Mauro Stival**, pela consultoria dedicada e cooperação amiga.
- . **Mara Luzia Guerra Macuco**, pelos trabalhos de datilografia.
- . **À Direção da Fundação Faculdade Estadual de Filosofia, Ciências e Letras de Paranaguá (FUNFAFI)**, pelo apoio dado à realização da pesquisa.
- . **Aos Alunos do 8º Período do Curso de Pedagogia da FUNFAFI**, pela colaboração na fase de coleta de dados.

PROFESSORES ORIENTADORES

. GILDA MOREIRA WEISS

Mestre em Educação pela
Universidade Federal do
Rio Grande do Sul

. JOÃO CARLOS WALTRICH

Mestre em Educação pela
Universidade Federal do
Paraná

S U M Á R I O

1	INTRODUÇÃO	1
	1.1 Justificativa	1
2	REVISÃO LITERÁRIA	5
	2.1 Perspectivas Históricas Acerca da Educação Especial	5
	2.2 A Evolução da Educação Especial no Brasil	9
	2.3 A Legislação Brasileira e a Educação Especial ...	11
	2.4 A Clientela da Educação Especial	13
	2.4.1 Conceito de Excepcionalidade	13
	2.4.2 Classificação dos Excepcionais	14
	2.4.3 Características dos Indivíduos Excepcionais ...	17
	2.4.3.1 Deficiência Mental	17
	2.4.3.2 Superdotação	21
	2.4.3.3 Deficiência Visual	22
	2.4.3.4 Deficiência Auditiva	25
	2.4.3.5 Deficiências Físicas não Sensoriais	29
	2.4.3.6 Distúrbios Emocionais	33
	2.4.3.6.1 Esquizofrenia Infantil	35
	2.4.3.6.2 Autismo	36
	2.4.3.6.3 Psicose Maníaco Depressiva na Infância	36
	2.4.3.6.4 Psiconeuroses	36
	2.4.3.6.5 Distúrbios Psicofisiológicos	37

2.4.3.6.6	Distúrbios da Personalidade	37
2.4.3.6.7	Distúrbios Transitórios	37
2.4.3.7	Distúrbios da Comunicação	39
2.4.3.8	Desajustes Sociais	41
2.4.3.9	Múltiplas Deficiências	42
2.4.3.10	Distúrbio da Aprendizagem	43
2.5	Instituições e Locais Especializados onde se Presta Atendimento Especial	43
2.5.1	Centro de Estimulação Precoce	44
2.5.2	Escola Especial	44
2.5.3	Centro Ocupacional	44
2.5.4	Oficina Protegida	45
2.5.5	Clínica de Atendimento Psicopedagógico	45
2.5.6	Classe Comum com Consultor	45
2.5.7	Sala de Recursos	45
2.5.8	Classe Especial	45
2.5.9	Centro de Dia	46
2.5.10	Centro de Reabilitação	46
2.5.11	Residência	46
3	METODOLOGIA	47
3.1	Seleção do Tema	47
3.2	Fases da Pesquisa	47
3.2.1	Pesquisa Bibliográfica	47
3.2.2	Pesquisa de Campo	47
3.2.2.1	População e Amostra	47
3.2.2.2	Instrumento de Coleta de Dados	48
3.2.2.2.1	Estrutura do Instrumento	48

3.2.2.2.2	Validação do Instrumento	49
3.2.2.2.3	Aplicação do Instrumento	49
3.2.2.2.4	Critérios de Análise dos Resultados	50
3.2.2.2.5	Agrupamentos das Questões	50
3.3	Tipo de Pesquisa	51
4	RESULTADO	52
5	CONCLUSÃO E SUGESTÕES	62
6	ANEXOS	64
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80

LISTA DE QUADROS

Quadro I	
Conceito de Excepcionalidade	52
Quadro II	
Classificação da Excepcionalidade	53
Quadro III	
Características do Excepcional	54
Quadro IV	
Causas da Excepcionalidade	55
Quadro V	
Conceito de Educação Especial	56
Quadro VI	
Objetivos da Educação Especial	57
Quadro VII	
Processos de Identificação da Excepcionalidade	58
Quadro VIII	
Programas de Educação Especial	59

Quadro IX

Integração do Indivíduo Excepcional 60

R E S U M O

Consiste este trabalho num estudo sobre o nível de conhecimento dos alunos do Curso de Pedagogia da Fundação Faculdade Estadual de Filosofia, Ciências e Letras de Paranaguá (FUNFAFI) na Área da Educação Especial. Tem por objetivos enriquecer o currículo e a formação dos pedagogos e preparar profissionais capazes de identificar e encaminhar, para um atendimento adequado, a clientela da Educação Especial. Para solucionar o problema acima proposto, empreendeu-se uma pesquisa de campo, mediante a utilização de um questionário, junto aos alunos do 8º período do Curso de Pedagogia da FUNFAFI do ano de 1989. Os resultados da pesquisa revelaram um regular nível de conhecimento da parte desses alunos no que concerne à Área da Educação Especial, justificando, na conclusão das pesquisadoras, a necessidade de se implantar uma disciplina que trate especificamente dessa área no currículo do Curso de Pedagogia. Tal disciplina, abordando as características e a educação do indivíduo excepcional, viria a melhorar o nível de formação do pedagogo.

1 INTRODUÇÃO

1.1 JUSTIFICATIVA

Os estudantes do Curso de Pedagogia da Fundação Faculdade Estadual de Filosofia, Ciências e Letras de Paranaguá são os futuros professores, orientadores educacionais e administradores escolares. Esses profissionais concluem o curso de graduação sem receber, por meio de uma Disciplina específica, informações científicas a respeito da Educação Especial.

De acordo com estimativas aceitas mundialmente e divulgadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% da população, em qualquer parte do mundo, apresenta algum tipo de deficiência.

O Estado do Paraná, com uma população de cerca de 9.000.000 (nove milhões) de habitantes, conforme projeção para 1990 realizada pelo Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), deverá ter perto de 900.000 (novecentas mil) pessoas que apresentam alguma excepcionalidade. Articulando esses dados ao município de Paranaguá, cuja população, também de acordo com a projeção do IPARDES para 1990 é de cerca de 130.000 (cento e trinta mil) habitantes, presume-se haver perto de 13.000 (treze mil) pessoas portadoras de algum tipo de excepcionalidade em nosso município.

Estão incluídas, no percentual de 10% indicado, tal como proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pessoas com deficiência múltipla, autismo, distúrbios de aprendizagem, distúrbios de comportamento severos e superdotados.

Conforme a Organização das Nações Unidas, cerca de 50% da população deficiente se enquadra na Deficiência Mental, que pode variar de um grau leve a um grau profundo, sendo necessário que todas recebam o atendimento adequado para o desenvolvimento das suas potencialidades.

Está expresso no Art. 208 da Constituição Federal: "O dever do Estado com a Educação será efetivado mediante a garantia de: ... III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino". E no Art. 9º da Lei 5.692/71: "Os alunos que apresentem deficiências físicas ou mentais, os que se encontrem em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e os superdotados deverão receber tratamento especial, de acordo com as normas fixadas pelos competentes Conselhos de Educação".

E o Art. 6º da Deliberação nº 020/86 do Conselho Estadual de Educação do Paraná, que determina as normas para a Educação Especial no Sistema de Ensino, preconiza: "Além do atendimento especializado ao portador de excepcionalidade, a Educação Especial se caracteriza pela prestação dos seguintes serviços:

- a) prevenção de distúrbios do desenvolvimento do indivíduo;
- b) avaliação diagnóstica adequada para definir a extensão e a natureza da excepcionalidade".

Apenas a citação dessa Legislação é suficiente para que se verifique a necessidade de envolver e sensibilizar o maior número de pessoas possível para o problema da Educação Especial,

justificando a preocupação das pesquisadoras com relação à formação dos pedagogos da Fundação Faculdade Estadual de Filosofia, Ciências e Letras de Paranaguá (FUNFAFI), porquanto os mesmos atuarão fundamentalmente na área da Educação.

E, se um dos fins da FUNFAFI, expresso no Art. 6º do seu Estatuto é: "estender o ensino e a pesquisa à comunidade mediante cursos ou serviços especiais", é importante que essa instituição esteja atenta às reais necessidades da comunidade e prepare educadores conscientes da realidade educacional e das dificuldades a serem enfrentadas.

Mediante dados coletados nas instituições que oferecem Educação Especial nesta cidade, verificou-se que recebem atendimento especializado 298 (duzentas e noventa e oito) pessoas, sendo que 100 (cem) delas estão matriculadas na Escola Municipal de Ensino Especial; 48 (quarenta e oito) freqüentam a Associação de Pais e Amigos do Excepcional (APAE) e 150 (cento e cinquenta) são alunos das Classes Especiais. Estes números mostram que apenas 3% da população excepcional do nosso Município recebe atendimento especial.

Assim, levando-se em consideração as implicações sociais, legais e curriculares da problemática em estudo, justifica-se plenamente o questionamento que se faz, neste trabalho, sobre o nível de conhecimento dos estudantes do Curso de Pedagogia da FUNFAFI na Área de Educação Especial.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivos Gerais

. Enriquecer o Currículo e a formação dos Pedagogos da

FUNFAFI.

- . Preparar profissionais capazes de identificar e encaminhar, para um atendimento adequado, a clientela da Educação Especial.

1.2.2 Objetivos Específicos

- . Verificar o nível de conhecimento teórico-científico dos alunos do Curso de Pedagogia da FUNFAFI na Área de Educação Especial.
- . Implantar, no Currículo do Curso de Pedagogia da FUNFAFI a Disciplina de Introdução à Educação Especial.

1.3 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

Qual o nível de conhecimento dos alunos do Curso de Pedagogia da Fundação Faculdade Estadual de Filosofia, Ciências e Letras de Paranaguá na área da Educação Especial?

2.1 PERSPECTIVAS HISTÓRICAS ACERCA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

No século IX a.C. Licurgo organizou o Estado e a Educação em Esparta.

Segundo PILETTI, C. & PILETTI, N., (1986 p.69), o objetivo da educação espartana "era dar a cada indivíduo um nível de perfeição física, coragem e hábito de obediência às leis que o tornassem um soldado ideal". Por essa razão, as crianças que nasciam com defeito físico ou tinham uma constituição fraca eram eliminadas. Em função disso, talvez, tenha surgido o estigma preconceituoso com relação ao indivíduo deficiente.

A história da humanidade mostra as diversas formas pelas quais o homem buscou enfrentar as suas limitações biológicas. Frente à adversidade, quando não podia compreender nem dominar experiências que o ameaçavam, ele recorria a certas explicações, crenças e rituais que serviam para aliviar sua ansiedade e incerteza.

A educação dos povos europeus da Idade Média teve como ponto de partida a doutrina da Igreja.

Nesse período, a crença de que a enfermidade podia ser curada pela intervenção divina passou a fazer parte de uma fé religiosa.

De acordo com LENIG (1977 p.14):

Com a queda do Império Romano e durante o obscurantismo a medicina desapareceu da Europa, tendo-se mantido apenas latente pelo amparo e cuidados médicos que as ordens religiosas prodigalizavam aos pobres e aos enfermos. A crença de que Deus é quem podia combater a enfermidade, não só através dos recursos médicos mas também com preces, era confirmada pelo sentido humanitário com que os monges tratavam os doentes.

As enfermidades, principalmente as de natureza mental, eram, nessa época atribuídas ao demônio. Acreditava-se que as bruxas poderiam impor a loucura às pessoas por meio de sortilégios. Quando havia suspeita de que alguém fizera pacto com o diabo, condenava-se a infeliz à fogueira.

Com o correr dos tempo, o homem passou a considerar a enfermidade como um estado patológico, buscando explicar a causa das doenças de modo mais racional.

LEINIG (1977 p. 16) assim se expressa:

Com a Renascença houve um marcado reflorescimento nas ciências, o que fez com que a medicina se desvencilhasse dos laços supersticiosos da época medieval e seguisse os rumos próprios de uma verdadeira arte de curar. Com esse ressurgimento o doente mental passou a ser encarado sob critério científico.

Segundo MACHADO e ALMEIDA, (s.d. p.11), "em 1.550 iniciou-se na Espanha a Educação dos Surdos, com o padre Beneditino Ponce de Leon".

E no século XVII, em Portugal, Jacob Rodrigues Pereira criou um alfabeto manual (linguagem gestual) que foi aperfeiçoado pe-

lo abade L'Epée no mesmo século.

Vários autores consideram que, a partir da experiência realizada por Jean Itard, o qual, usando de estimulações sensoriais e sociais, conseguiu bons resultados no trabalho educativo do "Selvagem de Aveyron", a área médica despertou para a possibilidade de se trabalhar com os deficientes mentais.

Itard escreveu um livro a respeito do assunto que, para KOHLER (1954 p. 10), "pode ser considerado o primeiro manual de reeducação dos retardados".

Em 1.784, Valentin Haüy fundou a Sociedade dos Cegos Trabalhadores e enfatizou a importância do tato na educação desses deficientes.

Quase cem anos depois, Louis Braille organizou o sistema gráfico para os cegos, o chamado "Sistema Braille", que é usado até hoje, permitindo um grande avanço na educação dos deficientes visuais.

Pestalozzi e Froebel foram os educadores que se destacaram durante o século XIX, pelas inovações que propuseram no campo da educação.

Enquanto, na Suíça, Pestalozzi empreendia a recuperação de pequenos infelizes entre os quais devia existir grande número de deficientes, e Froebel punha em execução seu método de educação ativa, cronologicamente o primeiro na Alemanha, o professor Edouardo Séguin tentava educar os idiotas amontoados em Bicêtre (KOHLER 1.954 p.10).

Para Séguin, que se preocupou com a educação dos surdos e retardados, a estimulação dos órgãos sensoriais, assim como a realização de tarefas práticas, eram de fundamental importância.

Foi o fundador, nos Estados Unidos, de dezenove Escolas Especiais.

O início do século XX foi marcado por avanços tecnológicos, guerras e revoluções.

Diante de um mundo caracterizado por constantes e rápidas transformações, numerosos educadores propuseram a mudança da escola e da educação com base em duas idéias centrais:

- a) o aluno como centro e sujeito da própria educação;
- b) os métodos ativos, em que o próprio aluno constrói o conhecimento (PILETTI, C. e PILETTI, N. 1986 p. 149).

John Dewey propôs uma educação não só adequada ao mundo atual, mas que fosse fator de progresso e de ação social concreta nesse mundo. Para Dewey, a escola deve harmonizar os aspectos psicológicos e sociais da educação.

Ovide Decroly se preocupou com a globalização do ensino em torno de centros de interesse: a criança e a família; a criança e a escola; a criança e o mundo animal; a criança e o mundo vegetal; a criança e o mundo geográfico; a criança e o universo.

Decroly "estudou as crianças excepcionais e os métodos para a reeducação dos afásicos, aplicando-os às crianças que nunca tinham conseguido ler" (MACHADO e ALMEIDA, s.d. p. 12).

Maria Montessori propôs a reconstrução, na escola, de um mundo adaptado à criança, em que tudo - móveis, instalações, etc - tivesse as dimensões da criança e no qual ela dispusesse de numerosos materiais didáticos que lhe possibilitassem educar-se a si mesma.

Segundo MACHADO e ALMEIDA (s.d. p. 12), Montessori ocupou-se primeiro das crianças excepcionais e o seu método se ba-

seia na educação das sensações táteis e motoras, sendo de fundamental importância a liberdade de ação.

Os trabalhos de vários estudiosos como Jean Piaget na Suíça, Ana Freud na Áustria e Ivan Pavlov na Rússia contribuíram para o avanço da Psiquiatria Infantil e do tratamento aos indivíduos excepcionais.

Na atualidade, vários cientistas, médicos e professores como Mme. Barel-Maisonny na França, Queiróz na Argentina, Lindemam na Alemanha, Kirk nos Estados Unidos, Krynski e Grünspun no Brasil se destacam pelo trabalho desenvolvido em prol do excepcional.

Hoje, a educação dos excepcionais tem bases científicas, existindo a preocupação em se buscar a causa dos problemas, diagnosticar as síndromes e traçar as diretrizes do trabalho educacional.

2.2 A EVOLUÇÃO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL NO BRASIL

Segundo JANNUZZI (1.985 p. 21-101), o atendimento escolar ao deficiente físico, no Brasil, teve início em 1.600, em São Paulo, por iniciativa particular, na Santa Casa de Misericórdia.

Somente em 1.854 foi criado, graças aos esforços do escritor cego Álvares de Azevedo, o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, hoje denominado Instituto Benjamin Constant.

Data de 1.856 a criação do Instituto dos Surdos-Mudos, mais tarde transformado em Instituto Nacional da Educação dos Surdos (INES).

Até o fim do Império, só vamos encontrar duas instituições administradas pelo Estado atendendo aos deficientes mentais. Uma

em Salvador, funcionando junto ao Hospital Juliano Moreira, em 1.874; e outra no Rio de Janeiro, a Escola México, de ensino regular com atendimento especial para deficientes físicos e visuais, em 1.887.

A preocupação e a crença na ação pedagógica no tratamento dos deficientes mentais podem ser constatadas já no ano de 1.900, quando o médico Carlos Eiras escreveu uma monografia intitulada: "Da Educação e Tratamento Médico-Pedagógico dos Idiotas".

E, em 1.905, por iniciativa dos doutores Juliano Moreira e Fernando Figueira, foi fundado o Pavilhão Bourneville, no Rio de Janeiro, anexo ao Hospital da Praia Vermelha, para o tratamento e a educação das crianças deficientes mentais. Assim, essas crianças recebiam, além do tratamento clínico, a orientação pedagógica.

Em 1.913, o professor Clemente Quaglio realizou uma pesquisa em duas escolas públicas de São Paulo, aplicando pela primeira vez, no Brasil, a escala métrica de inteligência de Binet e Simon, cujo resultado publicou em: "A solução do problema pedagógico-social da educação da infância anormal de inteligência, no Brasil, em 1.913".

Foi Ulysses Pernambucano que, em 1.929, organizou a primeira equipe multidisciplinar (psiquiatra, pedagogo e psicólogo) para trabalhar em conjunto no atendimento das crianças excepcionais.

Pode-se dizer que os serviços de atendimento ao excepcional se revestem de um caráter mais sistemático e científico a partir do trabalho realizado pela professora Helena Antipoff. Entre outras propostas, insistiu na necessidade do diagnóstico do excepcional como ponto de partida para a educação; e na impor -

tância da formação psicológica do professor para que ele possa, por meio da compreensão da criança, adotar a metodologia mais adequada ao trabalho educativo.

2.3 A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA E A EDUCAÇÃO ESPECIAL

A lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (lei nº 4.024/61) foi a primeira a englobar todos os graus e modalidades do ensino e expressa no seu Art. 88: "A educação de excepcionais deve, no que for possível, enquadrar-se no sistema geral de educação, a fim de integrá-lo na comunidade".

Com a reforma do ensino de 1º e 2º graus estabelecida pela Lei nº 5.692/71, fica determinado, pelo Art. 9º, atendimento especial aos educandos "que apresentem deficiências físicas ou mentais, os que se encontrem em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e os superdotados". Esse atendimento deve ser organizado de maneira que possa "propiciar ao educando a formação necessária ao desenvolvimento de suas potencialidades como elemento de auto-realização, qualificação para o trabalho e preparo para o exercício consciente da cidadania". (Art. 1º da Lei 5.692/71).

De acordo com a Indicação 001/83 do Conselho Estadual de Educação do Paraná, "... a atividade educacional que se destina ao atendimento do excepcional visando integrá-lo à sociedade denomina-se Educação Especial".

Regida pelos mesmos princípios que orientam o ensino comum, a Educação Especial visa a alcançar o objetivo geral da Educação Brasileira, expresso no Art. 1º da Lei 5.692/71.

E prossegue:

A Educação Especial tem por objetivo específico estimular ao máximo o potencial do educando, em razão direta de suas possibilidades, nos aspectos intelectual, ético, estético, cívico-social, físico e de trabalho, mediante ampliação de conhecimentos, hábitos, habilidades e aptidões, visando alcançar seu desenvolvimento integral.

A Educação Especial é dinâmica e progressiva: toma como ponto de partida o diagnóstico e o nível de desenvolvimento da criança, analisando-a etapa por etapa e facilitando assim a programação da aprendizagem.

A Educação Especial deverá integrar-se ao sistema de ensino comum e às respectivas unidades escolares estaduais, municipais e particulares e será ministrada através de programas adequados a cada tipo de excepcionalidade.

A Educação Especial deverá ser ministrada por professores com a formação mínima estabelecida no Art. 30 da Lei 5.692/71, e com habilitação específica para o ensino especial, obtida em curso a nível de 2º Grau, conforme o Parecer nº 349/77 do Conselho Federal de Educação, ou em formação de nível superior, conforme o Art. 33 da referida Lei.

O funcionamento de escolas, classes, centros ou outras instituições destinadas à Educação Especial, só será autorizado após Parecer Técnico do Conselho Estadual e resoluções da Secretaria de Estado da Educação.

A Secretaria de Estado da Educação manterá convênio de assistência técnica previsto no Art. 3º do Decreto nº 1.765/76 do Governo do Estado, com as entidades que dispensam Educação Especial.

Caberá à SEED, por seus órgãos próprios, supervisionar e

fiscalizar a Educação Especial no Sistema Estadual de Ensino, visando a sua melhoria, aperfeiçoamento e adequada integração às normas do Sistema.

Os cuidados que devem ser tomados quando do encaminhamento de crianças ao ensino especial levam a determinar que nenhum educando será colocado em regime de educação especial, a menos que a avaliação médica, psicológica, pedagógica e social revelem ou assinalem características que justifiquem um atendimento especial.

O aluno permanecerá, então, em regime de educação especial, o tempo necessário à sua educação ou reabilitação, não se estipulando duração de Curso ou de programa para atingir os objetivos desta modalidade de ensino.

2.4 A CLIENTELA DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

2.4.1 CONCEITO DE EXCEPCIONALIDADE

O indivíduo excepcional é todo aquele que, do ponto de vista intelectual, físico, social ou emocional, está notavelmente desviado do que é considerado crescimento e desenvolvimento normais e que necessita, por conseguinte, de serviços especiais, educação especial ou ambos.

Para ALVIM (1.871 p. 85),

Excepcional é um termo usado para identificar crianças, adolescentes e adultos que se desviam acentuadamente para cima ou para baixo da norma do seu grupo em relação a uma ou várias características mentais, físicas ou sociais ou qualquer combinação destas, de forma a criar um problema especial com referência à sua educação, desenvolvimento e ajustamento ao meio social".

CRUICKSHANK e JOHNSON, (1.974 p.3) assim conceituam:

"A criança excepcional é aquela que se desvia intelectual, física ou emocionalmente de forma tão marcante do que é considerado crescimento e desenvolvimento normais, que ela não pode receber o benefício máximo mediante um programa regular de escola, e exige uma classe especial ou serviços e instruções complementares".

2.4.2 CLASSIFICAÇÃO DOS EXCEPCIONAIS

A classificação dos indivíduos excepcionais varia de um autor para outro. Em geral, essas classificações dizem respeito à área ou forma de desvio e são utilizadas para caracterizar grupos e não indivíduos, com a finalidade principal de formular programas de reabilitação, bem como programas e currículos educacionais específicos.

Assim, DUNN (1.977 p.41) considera sete categorias gerais, que incluem doze tipos de excepcionalidade:

- . Limitações intelectuais:
 - retardados mentais educáveis
 - retardados mentais treináveis
- . Inteligência superior:
 - superdotados
- . Problemas de comportamento:
 - distúrbios emocionais
 - desajustes sociais
- . Problemas da palavra
- . Deficiência da audição:
 - surdos
 - hipoacústicos

- . Deficiências da visão:
 - cegos
 - amblíopes
- . Problemas neurológicos e físicos:
 - deficientes físicos não sensoriais
 - doentes crônicos.

Em KIRK (1.972 p. 5), encontram-se os seguintes desvios por ele considerados:

- . Distúrbio da comunicação
 - a) dificuldade de aprendizagem
 - b) defeitos da fala
- . Desvios mentais
 - a) superdotados
 - b) mentalmente deficientes
- . Deficiências sensoriais
 - a) deficiências auditivas
 - b) deficiências visuais
- . Deficiências neurológicas e outros problemas de saúde
- . Problemas de conduta.

Para TELFORD e SAWREY (1.978 p.34) as áreas de desvio são seis, a saber:

- . Desvio intelectual:

que pode ser em ambas as direções, a partir da média. Na parte inferior da escala de inteligência estão os retardados mentais e na parte superior estão os bem dotados e talentosos.
- . Desvio motor:

os mutilados, os ortopedicamente deficientes, os defeituosos da fala e os epiléticos.

- . Desvio sensorial:
o duro de ouvido e o surdo, o parcialmente visual e o cego.
- . Desvio da personalidade:
são os desajustamentos de personalidade, como neuroses e psicoses.
- . Desvio social:
delinqüentes juvenis e os criminosos adultos.
- . Problemas de velhice:
foram incluídos pelo autor, pois, apesar de nas cinco áreas anteriores também se encontrarem os velhos, há problemas de ajustamento mais gerais que são típicos dessa faixa etária.

No Brasil, o CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, através do Parecer nº 1.682/74, apresenta a seguinte classificação:

- . Deficientes mentais
 - a) educáveis
 - b) treináveis
 - c) dependentes
- . Superdotados
- . Portadores de problemas de conduta
- . Portadores de deficiência múltipla
- . Deficientes da fala
- . Hipoacústicos
- . Deficientes da Audiocomunicação
- . Visão reduzida (amblíopes)
- . Cegos
- . Deficientes físicos não sensoriais.

2.4.3 CARACTERÍSTICAS DOS INDIVÍDUOS EXCEPCIONAIS

Os diversos autores estudados abordam características comuns a cada grupo, tal como serão descritas a seguir.

2.4.3.1 DEFICIÊNCIA MENTAL

A deficiência mental caracteriza-se pelo déficit intelectual, associado a uma dificuldade de adaptação, que é originada durante o período de desenvolvimento.

A definição proposta pela ASSOCIAÇÃO AMERICANA de DEFICIÊNCIA MENTAL (A.A.M.D.), citada por KIRK (1.987 p. 14), é a seguinte: "A deficiência mental refere-se ao funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, que coexiste com falhas no comportamento adaptador e se manifesta durante o período de desenvolvimento".

A deficiência mental constitui-se num problema que envolve uma gama de fenômenos complexos e aspectos diversos, que podem ser agrupados em três categorias interrelacionadas: os fatores biológicos, os psicológicos e os sociais.

Os fatores etiológicos referentes aos aspectos biológicos da deficiência mental podem ser classificados em três classes:

- Pré-natais: condições anormais ocorridas durante o período de gestação. Por exemplo, infecção materna, incompatibilidade sangüínea, radioatividade, ação medicamentosa, alterações cromossômicas, distúrbios metabólicos.

- Peri-natais: condições anormais que ocorrem durante o nascimento. Por exemplo, prematuridade e pós-maturidade, asfixia, anoxia, lesão traumática e outras.

- Pós-natais: iniciam-se duas semanas após o nascimento e prolongam-se até a maturidade. Por exemplo, infecções, choques anestésicos, lesão cerebral, crises convulsivas freqüentes, desnutrição, etc.

Os fatores etiológicos psicológicos são aqueles relacionados a psicopatologias. Por exemplo: autismo, psicoses, neuroses graves e outros.

Os fatores etiológicos sociais são aqueles que surgem por inadequações culturais precoces, ambiente social inadequado e pobres estimulações.

A classificação da deficiência mental é realizada de forma quantitativa, mediante testes formais que avaliam o quociente intelectual (Q.I.); e de forma qualitativa, que se refere ao comportamento adaptativo.

Níveis de deficiência segundo vários autores.

Kirk, 1.972; Hewett e For- ness, 1.974	Heber, 1.961 Grossman, 1.973	Dunn, 1973	NARC	APA	OMS
Slow learner ou borderline Q.I. (80-90)	Borderline (68-83)	Ligeiros (55-65 a 70-80)	Marginal- mente dependentes (50-75)	Ligeiramente DM (70-85)	Subnormali- dade ligei- ra (50-69)
Educáveis (50-55 a 75-79)	Ligeiros	Moderados (30-40 a 55-65)	Semi-depen- dentes (25-50)	Moderada- mente DM (50-70)	Subnormali- dade mode- rada (20-49)
Treináveis (50-55 a 75-79)	Moderados (36-51)	Severos (15-25 a 30-40)	Dependentes (25)	Severamen- te DM (0-50)	Subnormali- dade severa (0-19)
Dependentes ou profun- dos (25-30)	Severos (20-35) Profundos (20)	Profundos (15-25)			

NARC - National Association for Retarded Citizens.

APA - American Psychiatric Association.

OMS - Organização Mundial da Saúde

O comportamento adaptativo é aceito ou rejeitado, conforme normas e padrões que são impostos segundo critérios sociais. Embora a classificação etiológica tenda à origem biológica e seja explicada em termos médicos, os critérios sociais estão implicados nessa classificação, ou seja, mesmo sendo a deficiência mental um termo de origem médica, é definida por critérios sociais (éticos, morais, legais, etc).

A preocupação centra-se no nivelamento do comportamento adaptativo, revelando aspectos de maturação, desenvolvimento, educação e ajustamento social.

Níveis de comportamento adaptativo segundo Sloan e Birch, (1.955).

	Idade pré-primária (0-5) Maturação e desenvolvimento.	Idade escolar (6-21) Educação e treino	Adulto (21) Ajustamento social
LIGEIRO (mild)	.Pode desenvolver aquisições de comunicação e de sociabilidade; .Atraso mínimo nas áreas sensório-motoras;	.Pode aprender aquisições acadêmicas até ao 6º ano (6th grade); .Não pode aprender assuntos de nível secundário;	.Capaz de ajustamento social e vocacional; .Precisa frequentemente de supervisão perante situações económicas e sociais sofisticadas.
MODERADO (moderate)	.Não se distingue da criança normal, senão numa idade mais avançada. .Pode aprender a falar e a comunicar; .Reduzida consciência social; .Desenvolvimento motor satisfatório;	.Precisa de E.E. aos níveis de ensino secundário; .Pode aprender aquisições académicas funcionais até ao 4º ano de escolaridade, se integrado em EE.	.Apto para ocupações qualificadas; .Precisa de orientação em situações que exijam o mínimo de aquisições.

SEVERO (severe)	<ul style="list-style-type: none"> .Pode se beneficiar de treino nas áreas de auto-suficiência; .Pode ser orientado com uma supervisão moderada. 	<ul style="list-style-type: none"> .Pode falar ou aprender a comunicar; 	<ul style="list-style-type: none"> .Pode contribuir parcialmente em tarefas completamente supervisionadas;
	<ul style="list-style-type: none"> .A fala é mínima; .Não se beneficia do treino nas áreas da auto-suficiência; .Poucas aquisições na área da comunicação. 	<ul style="list-style-type: none"> .Pode ser treinado nos hábitos de higiene; .Não aprende as aquisições acadêmicas funcionais; .Beneficia-se de hábitos de treino sistemático. 	<ul style="list-style-type: none"> .Pode desenvolver comportamentos de auto-proteção em envoltimentos controlados.
PROFUNDO (profound)	<ul style="list-style-type: none"> .Grande atraso; .Capacidade mínima para funcionar nas áreas sensório-motoras; .Necessita de cuidados maternos (nursing care) 	<ul style="list-style-type: none"> .Registra-se algum desenvolvimento sensório-motor; .Raramente se beneficia de treino na área da auto-suficiência; .Necessita de cuidados permanentes. 	<ul style="list-style-type: none"> .Algum desenvolvimento motor e da fala; .Incapaz de automanutenção; .Precisa de cuidados e de supervisão permanentes.

Adotar-se-á a classificação de DUNN (1.977 p. 55 e 98), por estar articulada aos objetivos educacionais. DUNN classifica os deficientes mentais em dois grupos:

1. Educável (Q.I. 50 a 75)
2. Treinável (Q.I. 30 a 49)

O grupo educável foi assim classificado, porque tem capacidade de adquirir habilidades escolares suficientes para alfabetizar-se.

O grupo treinável tem essa designação, porque compreende pessoas com aptidão para adquirirem habilidades rudimentares em cuidado pessoal, socialização e comunicação oral, mas que são

inaptas à alfabetização.

Os programas educacionais oferecidos aos deficientes mentais empregam métodos, técnicas e procedimentos especiais e detalhamento dos currículos comuns de ensino.

De acordo com as necessidades dos portadores de deficiência mental, os mesmos podem ser encaminhados aos diversos serviços de educação especial, tais como: instituições residenciais, programas de atendimento domiciliar, escolas especiais, classes especiais, classes comuns e sala de recursos.

2.4.3.2 SUPERDOTAÇÃO

Há muita diversidade entre os autores quanto ao significado do termo superdotado.

KIRK e GALLAGHER (1.982 p. 113), "definem-se como superdotado crianças que manifestam capacidades excepcionais em várias áreas, incluindo capacidade intelectual, aptidão acadêmica, talento para pensamento criativo, capacidade de liderança e habilidades em artes visuais e de representação".

DUNN (1.977 p. 119) define o superdotado como:

São superdotados os alunos cujo potencial intelectual está em nível superior, tanto no raciocínio crítico, de modo que se possa imaginar que serão os futuros solucionadores de problemas, os inovadores e os críticos da cultura, se lhes forem proporcionadas experiências educacionais adequadas.

TELFORD e SAWREY (1.983 p. 221) consideram superdotadas "As que apresentam Q.Is. elevados ou as que distinguem sistematicamente em outras áreas de desempenho".

CRUICKSHANK e JOHNSON (1.988 p. 156), afirmam que: "A superdotação é mais comumente definida em termos do quociente in-

telectual ou Q.I.".

A definição proposta pelo CENESP/MEC (1.986 p. 10) é a seguinte:

Serão consideradas crianças superdotadas e talentosas as que apresentam notável desempenho e/ou elevada potencialidade em qualquer dos seguintes aspectos, isolados ou combinados: capacidade intelectual geral; aptidão acadêmica específica; pensamento criador ou produtivo; capacidade de liderança; talento especial para artes visuais, dramáticas e musicais e capacidade psicomotora..

Embora haja uma diversidade na combinação de alguns critérios para considerar a superdotação mas, o denominador comum é a superioridade intelectual.

De acordo com as DIRETRIZES do MEC/CENESP, a identificação do superdotado, para efeito de atendimento educacional, será feita o mais cedo possível, desde os níveis pré-escolares do aluno.

Os procedimentos de identificação devem ser realizados de maneira pluridimensional e por equipe de profissionais especializados.

Dentre os traços comuns ao aluno superdotado, destacam-se os seguintes:

- Apresenta grande curiosidade a respeito de objetos, situações ou eventos, envolvendo-se em muitos tipos de atividades exploratórias.

- Auto-iniciado, principia sozinho e persegue interesses individuais procurando sua própria direção.

- Mostra julgamento superior quando avalia, ponderando e procurando respostas lógicas, percebe implicações e consequências, decide facilmente.

- Produz variedade de idéias e resposta, gosta de aperfeiçoá-las e ampliá-las.

- Gosta de correr risco em várias atividades.

- Aprende rápido, fácil e eficientemente, especialmente no campo da sua dotação e interesse.

Segundo as DIRETRIZES BÁSICAS traçadas pelo MEC, os alunos superdotados frequentarão classes comuns e o atendimento especial a ser proporcionado compreenderá, conforme o caso, programação de enriquecimento curricular, de aceleração de estudos ou as duas modalidades conjuntas.

2.4.3.3 DEFICIÊNCIA VISUAL

A deficiência visual pode ser definida de duas formas:

a) Quantitativa.

Para fins legais a cegueira é usualmente definida como: "acuidade visual 20/200 ou menos no olho melhor, com correção adequada, ou uma limitação de tal ordem nos campos da visão que o diâmetro máximo do campo visual subentende uma distância angular não superior a 20 graus".(Fundação Norte Americana para Cegos, 1961)

b) Funcionais.

Que variam de acordo com os objetivos que pretendem servir.

Para fins educacionais: "As pessoas educacionalmente cegas são aquelas cuja visão é tão deficiente que não podem ser educadas através dela. Sua educação deve ser realizada através dos sentidos auditivo, tátil e cenestésico".

Para TELFORD e SAWREY(1.983 p.470), dentro desta definição, existe uma diferenciação entre crianças cegas, que necessitam de

Braille para ler, e crianças amblíopes que, por possuírem um grau relativamente baixo de visão, podem ler tipos aumentados, ou ainda, as que possuem visão remanescente que permita a leitura de quantidade limitada de escritas em tipos regulares.

DUNN (1.983 ps. 321-322) diz que a etiologia de defeitos visuais, de acordo com um estudo das informações fornecidas sobre os olhos de cegos, pode ser:

- a) causas pré-natais
 - de origem indeterminada;
 - de origem hereditária;
- b) envenenamentos;
- c) tumores;
- d) doenças infecciosas;
- e) indeterminadas.

A etiologia de defeitos visuais, de acordo com um estudo das informações sobre os olhos de amblíopes, pode ser:

- a) defeitos de refração;
- b) anomalias no desenvolvimento das estruturas;
- c) defeito no funcionamento dos músculos;
- d) defeitos causados por doenças;
- e) causas indeterminadas.

Os programas educacionais para crianças com limitações visuais têm o conteúdo e o método de ensino semelhantes aos das crianças com visão normal. Diferenciam-se apenas na forma (meios) de aprendizagem, utilizando-se de aparelhos táteis e visuais, tipos grandes e Braille.

"O Braille é o meio mais eficiente e útil utilizado por crianças cegas. Usando as 63 combinações possíveis na célula Braille, virtualmente qualquer material literário, numérico ou

musical pode ser apresentado". (TELFORD e SAWREY, 1.983 p.494).

As crianças visualmente limitadas tem as mesmas necessidades de adquirir habilidades em leitura, escrita e cálculo, necessitam também de estudos sociais e de ciências, linguagem, etc; os métodos para um bom ensino dessas matérias são essencialmente os mesmos empregados para crianças normais . (DUNN, 1.977 p. 333).

Os programas educacionais para crianças com limitações visuais, no entanto, devem apresentar aspectos da atividade da vida diária (locomoção e orientação) e adaptação social.

"A atitude de aceitação em relação as crianças com visão limitada é extremamente importante para seu ajustamento pessoal, psicológico, social e vocacional". (DUNN, 1.977 p. 333).

Quando se torna claro que os planos educacionais regulares fornecidos a todas as crianças são insuficientes e inadequados para a aprendizagem de determinada criança com visão limitada, deve-se encaminhar para atendimento especializado.

2.4.3.4 DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A Portaria Interministerial nº 186, de 10 de março de 1.978, em seu Artigo 3º, classifica os deficientes da audição em dois grupos:

- a) Surdos. São os que apresentam perda da audição em grau que impeça a percepção da voz humana, necessitando de métodos, recursos didáticos e equipamentos especiais para aquisição, correção e desenvolvimento da fala e linguagem.
- b) Parcialmente surdos. São as pessoas que, embora com

perda auditiva, possam perceber a voz humana, apresentando dificuldades de compreensão da mensagem e da expressão oral, necessitando de métodos, recursos didáticos e equipamentos especiais para correção e desenvolvimento da fala e da linguagem.

Consistindo a surdez na perda, maior ou menor, da percepção normal dos sons, verifica-se a existência de vários tipos de deficientes auditivos, de acordo com os diferentes graus da perda da audição.

Com base na classificação do BUREAU INTERNACIONAL D' AUDIOPHONOLOGIEBIAP, considera-se:

Portador de Surdez Leve. O indivíduo que apresenta perda auditiva situada até 40 decibéis. Esta perda impede que a criança perceba igualmente todos os fonemas da palavra; a voz fraca ou distante não é ouvida. Em geral, essa criança é considerada como desatenta, solicitando, frequentemente, a repetição daquilo que lhe falam. Essa perda auditiva não impede a aquisição normal da linguagem, mas poderá ser a causa de algum problema articulatorio ou dificuldade na leitura.

Portador de Surdez Média. Apresenta perda auditiva situada entre 40 e 70 decibéis. Nesse caso os limites encontram-se ao nível da percepção da palavra, sendo necessário uma voz de certa intensidade para que seja convenientemente percebida. É freqüente o atraso de linguagem e as alterações articulatorias, havendo, em alguns casos, maiores problemas linguísticos. Esse deficiente tem maior dificuldade de discriminação auditiva em ambientes ruidosos. Em geral, o deficiente identifica palavras mais significativas, tendo dificuldade de compreender certos termos de relação e/ou frases gramaticais complexas. Sua com-

preensão verbal está intimamente ligada à sua aptidão individual para a percepção visual.

Portador de Surdez Severa. Apresenta perda auditiva situada entre 70 e 90 decibéis, sendo que este tipo de perda vai permitir apenas que o deficiente identifique alguns ruídos familiares. O deficiente só poderá perceber a voz forte, podendo chegar até 4 ou 5 anos sem aprender a falar. Se a família estiver bem preparada, a criança poderá chegar a adquirir alguma linguagem. A compreensão verbal vai depender, em grande parte, da aptidão para utilizar a percepção visual e para observar o contexto das situações.

Portador de Surdez Profunda. Apresenta perda auditiva superior a 90 decibéis. Sua gravidade é tal que priva a criança das informações auditivas necessárias para perceber e identificar a voz humana, impedindo que adquira a linguagem oral. As perturbações da função auditiva estão ligadas tanto à estrutura acústica, quanto à identificação simbólica da linguagem. O bebê que nasce surdo balbucia como o bebê de audição normal, mas no momento em que a estimulação auditiva externa, à qual não tem acesso, passa a ter importância para a aquisição da linguagem oral, suas emissões verbais começam a desaparecer. Não adquire a fala como instrumento de comunicação, uma vez que, não percebendo, não se interessa por ela, e, não tendo feedback auditivo, não possui modelo para dirigir suas emissões.

A identificação da perda da audição é um problema técnico. As perdas severas ou profundas são facilmente reconhecidas. Entretanto, casos de surdez leve e até mesmo alguns casos de surdez média podem passar despercebidos, tanto à família como ao professor da escola comum.

KIRK e GALLAGHER (1.987 ps. 231, 232) citam uma lista organizada por Stephens, Blackhust e Manglioca (1.982) com o objetivo de ajudar o professor comum a identificar uma criança com possível perda auditiva, para que esta possa ser encaminhada a um exame mais abrangente.

Eis a lista citada por KIRK e GALLAGHER.

. O aluno pode queixar-se de dores de ouvido, desconforto no ouvido ou assobios e zumbidos estranhos.

. Resfriados e dores de garganta freqüentes são indicadores ocasionais de infecções que podem danificar a audição.

. Sinais de secreção nos ouvidos ou acúmulo excessivo de cera no canal auditivo.

. A omissão de sons consonantais na fala muitas vezes indica uma perda auditiva de alta freqüência.

. Observar os alunos quando estão ouvindo rádio, TV ou discos, se aumentam tanto o volume que os outros reclamam.

. Se há pedidos freqüentes no sentido de repetir o que acabou de ser dito.

. Observar se o aluno não responde ou é desatento quando se fala com ele em voz normal.

. Se o aluno reluta em participar de atividades orais.

Quanto mais precoce for diagnosticada uma deficiência auditiva, mais fácil será diminuir ou evitar suas conseqüências no desenvolvimento emocional, intelectual e social da criança.

De acordo com o grau da perda auditiva e a faixa etária em que ocorreu o nível de comprometimento lingüístico, o deficiente terá diferentes alternativas de atendimento tais como: classe comum, sala de recursos, escola especial, estimulação na pré-escola ou em classe especial, etc.

2.4.3.5 DEFICIÊNCIAS FÍSICAS NÃO SENSORIAIS

Este assunto foi desenvolvido baseado nos escritos de DUNN (1.977 cap. 9).

Este grupo refere-se aos indivíduos portadores de deficiências devidas às seguintes alterações:

- a) ortopédicas - por exemplo, seqüelas de poliomelite;
- b) neurológicas - por exemplo, seqüelas de paralisia cerebral;
- c) outros problemas de saúde, como por exemplo, febre reumática.

Educacionalmente, a ênfase recairá nos aspectos das deficiências físicas que trazem implicações definidas para o educador. Portanto, as providências que se têm que tomar são modificações e adaptações nas escolas e/ou salas de aula, para facilitar o programa educativo.

Serão abordadas as deficiências que limitem significativamente a capacidade de locomoção, de sentar-se na sala de aula, de manipular os materiais indispensáveis à aprendizagem e que resultem em eficiência menor no trabalho escolar, tais como: deficiências musculares ou neuromusculares, deformações ósseas e falta temporária ou crônica de vigor, vitalidade ou agilidade.

As manifestações exteriores das deficiências neuromusculares consistem em fraqueza muscular e paralisia ou falta de coordenação. As dificuldades encontram-se mais frequentemente nos nervos que comandam os músculos do que nos músculos em si.

Distrofia Muscular Progressiva - é o termo usado para vários tipos de doenças caracterizadas por uma degeneração e debilitação gradual dos músculos. Embora a causa exata da Distro-

fia Muscular seja desconhecida, as etiologias apontam o metabolismo imperfeito, que resulta na falta de nutrição dos músculos, à disfunção das glândulas endócrinas ou à deficiência dos nervos periféricos.

Tanto do ponto de vista físico como psicológico, é benéfico para as crianças que apresentam Distrofia Muscular, que tenham possibilidade de participar das atividades normais por tanto tempo quanto possível.

Esclerose Múltipla - doença degenerativa progressiva, relacionada aos músculos. Apresenta sintomas adicionais, tais como: espasmos das extremidades; tremores; andar instável; complicações da visão e dos outros sentidos, que geralmente se desenvolvem em função dos danos causados aos nervos.

A doença pode aparecer ainda na infância, mas é mais comum em adultos.

Poliomielite - doença de origem virótica (vírus da pólio), que causa enfraquecimento muscular ou paralisia.

Estes três tipos de deficiências descritas não alteram a capacidade intelectual, embora possam acarretar problemas graves de ajustamento pessoal. Portanto, o problema da escola é, principalmente, o de adaptar recursos físicos a fim de compensar a deficiência e oferecer serviços de aconselhamento, quando necessário.

A educação de uma criança que teve Poliomielite é menos complexa, uma vez que a deficiência pode vir a ser menos grave com o tempo. Já nos casos adiantados de Distrofia Muscular e Esclerose Múltipla, por serem estas doenças de natureza progressiva, a capacidade de aprendizagem da criança pode diminuir bastante.

Paralisia Cerebral - o termo é usado para designar uma variedade de tipos de deficiências neuromusculares, que são caracterizadas por distúrbios da motricidade voluntária, sobretudo das extremidades, como resultado de lesão cerebral.

As manifestações externas variam de acordo com o local e a extensão da lesão, podendo ir desde uma leve falta de coordenação motora, até uma inatividade completa.

A Paralisia Cerebral pode ser classificada de diversas maneiras, em geral, baseadas num determinado tipo de deficiência motora. Assim temos:

- Paralisia Cerebral do Tipo Espástico - as lesões localizam-se na área motora e feixes piramidais. A manifestação motora desse tipo caracteriza-se por contração involuntária dos músculos afetados quando subitamente distendidos, resultando em tensão, dificuldade e movimentos voluntários imprecisos.

- Paralisia Cerebral do Tipo Atetóide - as lesões localizam-se nos núcleos da base e feixes extrapiramidais. As manifestações motoras caracterizam-se por contrações involuntárias de músculos sucessivos, resultando em falta de coordenação e movimentação quase constante das extremidades.

- Paralisia Cerebral do Tipo Atáxico - a área afetada do cérebro é a área subcortical, provavelmente no cerebelo. Caracteriza-se por movimentos descoordenados, deficiência de equilíbrio e de senso de orientação no espaço.

- Paralisia Cerebral do Tipo Rígido - a área lesada é imprecisa e as manifestações motoras são: as tensões musculares contínuas e gerais ou inflexibilidade.

- Paralisia Cerebral do Tipo Trêmulo - as lesões ocorrem nos núcleos da base. Caracteriza-se por movimentos rítmicos invo -

luntários, incontrolláveis, limitados a certos grupos de músculos.

Vale dizer que nem todas as crianças com Paralisia Cerebral apresentam deficiência mental. Porém, os distúrbios da fala e os defeitos sensoriais são comuns aos portadores de Paralisia Cerebral.

Quando a criança com Paralisia Cerebral apresentar Deficiência Mental, faz-se necessário ajustar o programa educacional ao nível de sua deficiência.

As deficiências ósseas em crianças afetam principalmente os membros superiores e inferiores, a espinha e as articulações. Tais deficiências prejudicam as crianças no que se refere a andar, sentar, ficar em pé e usar as mãos. Essas deficiências podem ser de origem congênita ou adquiridas, sendo resultantes de doenças infecciosas, de disfunção relativa ao desenvolvimento ou de acidentes. Entre essas doenças, pode-se citar:

- Deslocamento congênito dos quadris - o fêmur encontra-se deslocado em relação à articulação da bacia. Se esse defeito for corrigido desde cedo, pode-se obter resultados excelentes, a ponto dessa anormalidade não se constituir em um problema escolar.

- Escoliose - curvatura lateral da espinha, que pode ser congênita, ou adquirida por postura inadequada, doença ou lesão.

Doenças adquiridas que causam deficiências de ossos e articulações:

- Tuberculose óssea e das articulações - o agente patogênico é o Bacilo de Koch, que afeta principalmente a espinha, os quadris e as extremidades inferiores, causando a destruição e desintegração dos ossos, espasmos e atrofia muscular.

- Osteomielite - a causa é um organismo piogênico ou formador de pus. Afeta principalmente os ossos longos, sobretudo as extremidades inferiores, provocando dor, febre, fraqueza, fístulas e destruição dos ossos.
- Artrite piogênica - a causa é um organismo formador de pus. Caracteriza-se pela inflamação das articulações, dor e febre.
- Artrite reumatóide - a causa é desconhecida, havendo suposições de que seja hereditária. Acarreta dores nas juntas, inchaço, inflexibilidade, atrofia muscular e deformação da junta posterior, fraqueza extrema e fadiga.
- Doença de Legg - Perthe - a provável causa é um distúrbio circulatório causado por luxação ou lesão. Como características pode-se citar o achatamento da cabeça do fêmur ou do ilíaco, destruição do tecido ósseo, dor e espasmo muscular.

Existem ainda outras doenças, que acarretam a falta temporária ou crônica de vigor, vitalidade e agilidade, limitando a capacidade da criança em realizar os trabalhos escolares, como: diabete, deficiências cardíacas, tuberculose pulmonar, febre reumática e leucemia.

O deficiente físico deve ser avaliado sob os seguintes aspectos: médico, psicomotor, psicológico, perceptivo, social, da voz, da palavra e da linguagem.

Sua reabilitação, conforme o caso, poderá ser feita em hospitais, clínicas pediátricas, escolas comuns e em domicílio.

2.4.3.6 DISTÚRBIOS EMOCIONAIS

DUNN (1.977 p. 182) assim se expressa:

Uma criança possui distúrbio emocional quando suas reações às situações de vida são, pessoal-

mente, tão insatisfatórias e impróprias, que não podem ser aceitas pelos companheiros e pelos adultos. Por isso, estas crianças são vistas como tendo limitações em seus padrões de comportamento e pouca flexibilidade para dominá-lo e modificá-lo. Seu comportamento difere consideravelmente de outros nas circunstâncias, não pela qualidade, mas pelo grau.

São muito excitáveis ou muito inibidas, muito valentes ou muito medrosas.

Estão nos extremos de qualquer variação de conduta.

Ainda o referido autor cita que: "para o educador, a criança possui distúrbio quando sua conduta é tão imprópria, que o atendimento em classe regular: 1) seria prejudicial ao resto da turma; 2) causaria pressão sobre o professor ou 3) agravaria seu distúrbio".

A denominação genérica "distúrbios emocionais" inclui: psicoses, psiconeuroses, distúrbio de personalidade (exceto a sociopatia), distúrbios psicofisiológicos e distúrbios transitórios.

A psicose é o mais grave e debilitante dos distúrbios psíquicos.

GRÜNSPUN (1.982 p. 287) considera como psicose infantil: "os quadros em que, dentro da evolução relativamente normal de uma criança, há instalação de distúrbios graves de conduta, que evidenciam parada ou até retrocesso no seu desenvolvimento".

Ainda GRÜNSPUN (1.982 p. 238) afirma que:

De acordo com a idade de instalação as psicoses infantis podem ser divididas em três grupos:

a) as que tem início antes dos 3 anos, na ma-

ioria evidenciam o quadro de autismo infantil;

- b) as que iniciam entre 3 e 8 anos, denominadas esquizofrenia infantil; e
- c) as que começam após os 9 ou 10 anos, são as psicoses que os quadros clínicos se assemelham, às do adulto, como esquizofrenia, depressão e mania".

O referido autor considera o autismo como um quadro clínico de esquizofrenia.

Já GAUDERER (1.985 p. 181) considera o autismo como uma entidade diversa da esquizofrenia e cita dados que segundo ele confirmam a hipótese de ser diferente.

O autismo se manifesta antes dos 3 anos de vida; a esquizofrenia mais tarde. No autismo o comprometimento é geral, inclusive motor; na esquizofrenia é especificamente na área do pensamento. O sentir também está alterado, mas enquanto na esquizofrenia só o relacionamento com pessoas não é adequado, no autismo o problema é mais global e abrangente. A história familiar do autista não mostra, geralmente, outros parentes com problemas psiquiátricos, o que é muito comum na esquizofrenia.

O autista tem um atraso mental; os esquizofrênicos não.

2.4.3.6.1 Esquizofrenia Infantil

Com base em GRÜNSPUN, pode-se considerar o autismo infantil como uma forma de esquizofrenia.

Para GRÜNSPUN, (1.982 p. 290), "esquizofrenia infantil é um distúrbio grave de personalidade em que as funções do ego são perturbadas, destruídas ou não desenvolvidas".

Segundo o referido autor, as principais reações sintomáticas são:

- conduta "esquisita", "estranha", "bizarra", por exemplo, crianças que param de falar;
- comprometimento da linguagem, levando, às vezes, à formação de nova linguagem caracterizada pelo uso somente de neologismo;
- criação de alucinações e ilusões;
- perturbações do afeto, por exemplo, sentem dor quando acariciadas e euforia quando maltratadas;
- negativismo e sugestibilidade;
- distúrbio da atenção. A atenção exterior não é efetiva, nem existe concentração.

2.4.3.6.2 Autismo

DUNN (1.977 p. 187) cita que o termo "autismo infantil precoce" foi introduzido por Kanner em 1.943, para descrever as crianças com graves tendências de alheamento.

GRÜNSPUN (1.982 p. 303) cita que as características diagnósticas fundamentais do autismo segundo Kanner, são:

- o extremo auto-isolamento; e
- obsessivo desejo pela manutenção do mesmo.

2.4.3.6.3 Psicose Maníaco Depressiva na Infância

Segundo GRÜNSPUN (1.982 p. 330), "a psicose maníaco-depressiva é um distúrbio mental, cujas fases de hipomania, agitação e euforia são alternadas com períodos de depressão".

2.4.3.6.4 Psiconeuroses

Para Kolb (1.980 p. 379),

As desordens psiconeuróticas da personalidade surgem de um esforço para lidar com os problemas psicológicos internos e privados e com as

situações de stress que o paciente é incapaz de dominar sem tensão, ou por meio psicológico perturbado, causados pelo surgimento da ansiedade.

As psiconeuroses fazem com que a criança tenha uma visão distorcida de alguns aspectos do mundo, mas não há graves interferências com os testes de realidades, bem como a personalidade permanece socialmente organizada.

Segundo GRÜNSPUN (1.983 p. 115), as principais reações sintomáticas são:

- crises de ansiedade;
- fobias;
- manias;
- birra e ciúmes;
- distúrbios da sexualidade;
- distúrbios do sono;
- distúrbios da escolaridade;
- distúrbios da alimentação.

2.4.3.6.5 Distúrbios Psicofisiológicos

Com relação aos distúrbios psicofisiológicos, DUNN (1.977 p. 187) assim se expressa:

São distúrbios emocionais que resultam em um funcionamento fisiológico deficiente, mas sem ansiedade aparente por parte da pessoa afetada. As crianças com distúrbios psicofisiológicos podem ter asma ou eczemas graves, mas nada deixam transparecer do ponto de vista emocional. Podem sofrer de enxaqueca ou de anorexia nervosa, isto é, uma persistente falta de apetite.

2.4.3.6.6 Distúrbios da Personalidade

Com relação aos distúrbios da personalidade, DUNN (1.977

p. 188) assim se expressa:

São crianças descritas como as que têm personalidade inadequada ou as que são extremamente tímidas ou aéreas ou ainda, as que sentem estar o mundo contra elas. Tais crianças possuem padrões muito constantes para reagir às situações; agem através de hábitos rígidos, perdendo a elasticidade de desenvolver melhores maneiras de encarar problemas emocionais. Os distúrbios de personalidade tornam-se parte da constituição da pessoa e esta não sente nem ansiedade, a respeito do modo como se comporta. Seu comportamento não funciona como relaxamento ou como tentativa de solução para uma tensão emocional opressora.

2.4.3.6.7 Distúrbios Transitórios

DUNN (1.977 p. 188) assim se expressa:

São reações agudas a pressões psicológicas catastróficas. Todo professor já observou alguma criança abalada e completamente confusa pela perda de uma pessoa querida, por morte ou separação. Acontecimentos inesperados ou o fato de presenciar um acidente trágico podem ter efeito devastador sobre os jovens que até então enfrentavam e resolviam seus problemas emocionais adequadamente. Estes distúrbios transitórios acarretam usualmente mudanças violentas no comportamento emocional, freqüentemente atribuídas a circunstâncias traumáticas ou angustiantes e sem aparente fundamento crônico de distúrbio de personalidade.

Para DUNN (1.977 p. 182),

Os professores de classes regulares não são terapeutas e não se pode esperar que saibam trabalhar com essas crianças mentalmente enfermas. Embora tenha de se responsabilizar pelo atendimento escolar da criança, suas deci-

sões devem resultar de entrevistas com especialistas em saúde mental, que possuem maiores conhecimentos sobre as condições emocionais da criança.

Portanto, o atendimento inclui, conforme a severidade do caso: classe especial, sala de recursos, escola especial e clínicas.

2.4.3.7 DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO

A American Speech - Language Hearing definiu distúrbios de comunicação como "deficiências na articulação, na linguagem, na voz ou na fluência".

Articulação. As crianças substituem um fonema (som da fala) por outro, ou omitem ou o distorcem.

Voz. A voz humana pode variar quanto à intensidade, altura e qualidade. Quanto à intensidade, pode ser muito elevada ou baixa; quanto à altura, pode ser muito fraca ou forte; os problemas de qualidade podem variar desde a rouquidão até a nasalidade.

Fluência. A gagueira é o distúrbio da fala identificado com problemas de fluência. Ocorre quando o fluxo da fala é interrompido de modo anormal por repetições ou prolongamentos de um som ou sílaba e é marcado por comportamento de evasão. (KIRK & GALLAGHER, p. 277).

Distúrbios de linguagem. Há dois distúrbios principais de linguagem: afasia e desenvolvimento retardado da linguagem. A afasia é uma deficiência na compreensão ou formulação de mensagens, devido provavelmente a lesões ou disfunções do sistema nervoso central. O desenvolvimento atrasado da linguagem se ma-

nifesta em deficiência de vocabulário ou gramaticais, que impedem que a criança se expresse tão bem quanto os seus colegas. (Kirk, Johnson 1.987, p.145).

No atraso da linguagem a criança custa a falar, expressa-se mal e com vocabulário muito pobre. São várias as causas desta perturbação: hospitalismo, aprendizagem de dois ou mais idiomas no desenvolvimento da linguagem, superproteção, questões emocionais e precárias condições sócio-econômicas.

As principais causas responsáveis pela ausência de linguagem são: retardamento mental grave, distúrbios psiquiátricos ou psicológicos, surdez e outros.

Na articulação pode haver dislalia, isto é, omissão ou troca ou acréscimo de fonemas, originada de lesões anatômicas, má coordenação muscular dos órgãos da fala, hipoacusia, má oclusão da arcada dentária e retardo mental.

Na fonação os distúrbios mais comuns são os diversos tipos de disfonias, sendo a mais habitual a afonia motivada pelas doenças da laringe, do sistema endócrino, nervoso e afecções cerebrales.

Dos distúrbios do ritmo, o mais freqüente é a disfemia, transtorno no ritmo da elocução das palavras, como, por exemplo, a gagueira ou tartamudez, cuja origem é um distúrbio psicomotor.

Afasia é a perda da palavra falada, escrita ou mímica, por alteração dos centros nervosos. Chama-se de expressão, quando há afenia e agrafia, ou seja, impossibilidade de falar e escrever, respectivamente; será de recepção, caso haja surdez verbal, isto é, impossibilidade de compreender o que escuta; e alexia, quando houver incapacidade de entender a leitura. As principais causas dessas enfermidades são os males circulatórios (Trombose,

embolias), bem como os tumores cerebrais e traumatismos crânio-encefálicos.

Dislogia é um distúrbio apresentado pelos doentes mentais que se traduz por linguagem deturpada no significado, repetida e desviada do real, desconexa.

Quanto à dislexia, comum nos escolares, revela-se pela inabilidade de interpretar símbolos na leitura e escrita. Suas principais características são: distúrbio da orientação espacial (invertem ou omitem números, letras, sílabas, palavras); transtorno da orientação temporal (dificuldade de adquirir noções de ontem, hoje e amanhã); distúrbio de linguagem (pronúncia, construção e compreensão errônea de palavras e frases); escrita repassada; transtorno da percepção, concentração, abstração, memória e desenvolvimento psicomotor.

O deficiente da comunicação deve ser analisado sob os aspectos: psicológico, neurológico, psicomotor, fonoaudiológico, ortodôntico e otorrinolaringológico.

O atendimento da criança com distúrbio da comunicação, dependendo da necessidade, poderá ser feito por um terapeuta da palavra.

2.4.3.8 DESAJUSTES SOCIAIS

O desajuste social é encarado como uma dificuldade de interpretar as regras sociais e uma incapacidade ou recusa a se adaptar a uma situação ambiental em particular. Uma criança destas é incapaz de controlar comportamentos observáveis como agressividade, esquiva e outros, cujo objetivo seja chamar atenção. (Fleming, 1.988, p. 197)

DUNN (1.977, p.197) assim se expressa:

As crianças socialmente desajustadas são jovens infratores crônicos da lei que, persistentemente, se recusam a aceitar os padrões mínimos de conduta requeridos nas escolas regulares e nas classes. Desafiam os professores e perturbam o programa escolar. Intimidam e importunam os outros estudantes. Seus comportamentos são tão antagônicos aos propósitos e programas das escolas, que têm de ser excluídos do atendimento em classes regulares.

O desajuste social e a delinqüência juvenil não são termos equivalentes. O desajuste social traduz-se por um padrão crônico de violências e desacato à autoridade constituída, caracterizado por um comportamento que aceita normas do grupo delinqüente e refuta as do adulto; a delinqüência legalmente significa que o indivíduo transgrediu a lei e foi preso, não cogitando quais tenham sido as leis transgredidas ou com que freqüência o foram. (DUNN, 1.977, p. 197).

As escolas e as classes especiais têm importante finalidade, qual seja a de prevenir, deter, corrigir e educar as crianças socialmente desajustadas.

Os professores devem auxiliar o desajustado a perceber e aceitar os limites impostos pela sociedade e a aperfeiçoar-se individualmente, por meio do trabalho produtivo em grupo.

2.4.3.9 MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS

Há mais de uma deficiência nas áreas sensorial, física ou mental.

A indicação de programa de atendimento dependerá da avaliação das necessidades e/ou condições do aluno. (Canziani, 1.985

2.4.3.10 DISTÚRPIO DE APRENDIZAGEM

Para SCHAIN (1.978 p.1), distúrbio de aprendizagem significa que "o desempenho escolar de uma criança não está proporcional à sua capacidade intelectual". Entretanto, tal definição se mostra inadequada, pois o fator inteligência não deve ser o único critério adotado ao se diagnosticar um distúrbio de aprendizagem.

O aluno portador de distúrbio de aprendizagem é aquele que não consegue aprender, de forma global ou específica, embora possua uma inteligência dentro da média, um desenvolvimento motor adequado, as funções auditiva e visual normais e um ajustamento emocional também adequados. Isto equivale dizer que essa criança não apresenta nenhum comprometimento sério a nível de seus órgãos e funções essenciais.

Para JOHNSON e MYKLESUST (1.983 p. 11), quando as capacidades se enquadram dentro dos limites da normalidade e, no entanto, ela apresenta deficiência de aprendizagem, há indícios comportamentais ou neurológicos de disfunção cerebral. Esses autores preferem utilizar a expressão "distúrbio psiconeurológico de aprendizagem" para indicar que a desordem reside no comportamento e que a causa é neurológica.

2.5 INSTITUIÇÕES E LOCAIS ESPECIALIZADOS ONDE SE PRESTA ATENDIMENTO ESPECIAL

De acordo com a Indicação nº 001/83 do Conselho Estadual de Educação que Indica Normas para a Educação Especial no Sistema Estadual de Ensino, o atendimento ao educando excepcional se

dará em função das necessidades individuais, em instituições ou locais especializados que ofereçam Programa ou Serviço de Atendimento adequados a essas necessidades. A indicação também especifica os tipos de instituições ou locais voltados ao atendimento do educando excepcional:

2.5.1 CENTRO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE

Local onde se presta atendimento, a partir dos primeiros meses de vida, à criança que apresenta problemas evolutivos, decorrentes de fatores orgânicos ou ambientais (crianças de alto risco), consistindo seu atendimento na utilização de técnicas de estimulação ou de intervenção, aplicadas por equipes multidisciplinares, participação efetiva da família, objetivando-se propiciar seu desenvolvimento global.

2.5.2 ESCOLA ESPECIAL

Instituição destinada a prestar atendimento educacional onde são desenvolvidos currículos adaptados aos diferentes tipos de excepcionalidade.

2.5.3 CENTRO OCUPACIONAL

Local onde se emprega o trabalho manual como meio de educação, recuperação e habilitação para o trabalho aliado a outras formas de atividades como a música, os esportes, a escolaridade, as atividades livres, etc. Destina-se a adolescentes e adultos que, pelo seu desenvolvimento mental ou outro tipo de excepcionalidade, não podem freqüentar normalmente os cursos regulares de formação profissional, permitindo-lhes o preparo de uma forma intermediária entre atividades escolares e trabalho produtivo.

2.5.4 OFICINA PROTEGIDA

É a organização, sem fins lucrativos, com o objetivo de prover, aos adolescentes e adultos excepcionais, um emprego remunerado, visando a sua independência econômica total ou parcial.

2.5.5 CLÍNICA DE ATENDIMENTO PSICOPEDAGÓGICO

Instituição onde médicos, psicólogos, pedagogos e outros especialistas prestam atendimento multiprofissional a excepcionais, visando o diagnóstico diferencial, orientação e encaminhamento e oferecendo, paralelamente, programas de educação especial.

2.5.6 CLASSE COMUM COM CONSULTOR

Classe do sistema Regular de Ensino cujo professor é orientado, na maneira de tratar o aluno deficiente ou excepcional, por supervisor, orientador ou professor especializado.

2.5.7 SALA DE RECURSOS

Sala provida de material e equipamentos especiais para atendimento, por profissional especializado, às necessidades específicas de alunos portadores de distúrbios que requeiram atendimento diferenciado.

2.5.8 CLASSE ESPECIAL

É uma classe de escola comum, destinada a atender alunos deficientes ou excepcionais, onde é desenvolvido, por professor especializado, currículo adaptado ao tipo de deficiência ou de excepcionalidade a que atende.

2.5.9 CENTRO DE DIA

Local onde o educando portador de deficiência mental severa ou profunda receba, durante certo período do dia, os cuidados psicoterapêuticos de que necessita.

2.5.10 CENTRO DE REABILITAÇÃO

Local onde se dispensa atendimento especializado à crianças, adolescentes ou adultos excepcionais, visando integrá-los ou reintegrá-los na sociedade e/ou na força de trabalho.

2.5.11 RESIDÊNCIA

Local onde o excepcional, principalmente aquele cujo ambiente familiar não lhe favoreça condições de reabilitação e integração ao meio, possa residir enquanto freqüentar uma escola ou exercer um trabalho competitivo ou protegido.

Permite que as crianças possam freqüentar escolas especiais ou que adolescentes que residem em locais onde não existem recursos para o seu atendimento possam freqüentar programas adequados ao seu desenvolvimento, permanecendo na residência em caráter de pensionistas, mais demoradamente, ou temporariamente em casos de emergência, respectivamente.

3 METODOLOGIA

3.1 SELEÇÃO DO TEMA

Foi a partir da participação das pesquisadoras no Curso de Especialização em Educação Especial, oferecido pela Fundação Faculdade Estadual de Filosofia, Ciências e Letras de Paranaguá, em convênio com o Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná, que surgiu o interesse por esta problemática. O tema foi escolhido, principalmente, porque verificou-se, no decorrer do referido Curso, a importância da atuação do Pedagogo na área de Educação Especial. E, também, porque julgou-se relevante realizar um trabalho que viesse a contribuir, efetivamente, para um benefício social.

3.2 FASES DA PESQUISA

3.2.1 PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Por meio de uma pesquisa bibliográfica, foi feito o embasamento teórico do trabalho, abordando questões específicas da Área de Educação Especial.

3.2.2 PESQUISA DE CAMPO

3.2.2.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com dados obtidos na Secretaria da FUNFAFI, es-

tão matriculados no Curso de Pedagogia no ano de 1.989, 260 (duzentos e sessenta) alunos. Para proceder-se à avaliação do nível de conhecimento desses alunos na Área de Educação Especial, privilegiou-se a aplicação do Instrumento de Coleta de Dados com os alunos do último período do referido Curso, ou seja, alunos do 8º período, os quais, por terem recebido um maior número de informações teóricas do Curso e vivenciado por mais tempo as experiências educacionais por meio de estágios e práticas de ensino, se constituem nos sujeitos ideais da pesquisa.

Foram aplicados 50 (cincoenta) Instrumentos de Coleta de Dados a esses alunos, o que equivale a 62,5% da amostra, uma vez que o número total de alunos matriculados no 8º período é de 82 (oitenta e dois). Considerando-se que, desses 82 (oitenta e dois), 20 (vinte) alunos foram submetidos ao pré-teste para a validação do Instrumento e 12 (doze) estavam ausentes no momento da sua aplicação, justifica-se a amostragem.

3.2.2.2 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

3.2.2.2.1 ESTRUTURA DO INSTRUMENTO

Levando-se em conta os objetivos da pesquisa, elaborou-se um Questionário composto de duas partes. A primeira se refere a dados pessoais dos alunos e de sua vivência social ou familiar com indivíduos portadores de excepcionalidade. A segunda, especificamente, ao conhecimento teórico referente à Educação Especial.

O instrumento foi elaborado com questões referentes à clientela da educação especial, aos processos de identificação e aos programas e objetivos da Educação Especial.

Visando a praticidade do Instrumento de Coleta de Dados, as questões referentes ao conhecimento teórico tiveram características de respostas objetivas e foram elaboradas de forma afirmativa, com as seguintes opções de respostas:

- SIM, quando a afirmativa for correta;
- NÃO, quando a afirmativa for incorreta; e
- NÃO SEI, quando for desconhecido o assunto.

O modelo do referido Instrumento consta do Anexo I.

3.2.2.2.2 VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO

Para a verificação da compreensão e a conseqüente validação do Instrumento de Coleta de Dados, foram selecionadas 3 (três) questões a serem aplicadas em forma de Pré-Teste, cujo modelo se encontra no Anexo II. Esses pré-testes, em número de 20 (vinte), foram entregues e devidamente respondidos por alunos do 8º período do Curso de Pedagogia da FUNFAFI, sem que houvesse necessidade de qualquer reformulação.

3.2.2.2.3 APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO

A aplicação do Instrumento de Coleta de Dados foi efetuada pelas próprias pesquisadoras em salas de aula da FUNFAFI, na 2ª quinzena do mês de novembro do ano de 1.989.

Vale ressaltar que não houve qualquer dificuldade ou incidente que prejudicasse a aplicação do Questionário. Depois das instruções preliminares, os alunos entenderam a importância da pesquisa e colaboraram, respondendo a todas as questões conforme o seu nível de conhecimento.

3.2.2.2.4 CRITÉRIOS DE ANÁLISE DOS RESULTADOS

A partir da correção dos Questionários, fez-se primeiramente a somatória de todas as respostas corretas para a verificação, de forma global, da percentagem dos acertos. Procedeu-se da mesma maneira com as respostas erradas, para se encontrar o percentual dos erros.

Observe-se que as respostas "NÃO SEI", que evidenciavam desconhecimento do assunto, foram também consideradas erradas.

Foi considerada, como critério para classificar o nível de conhecimento dos respondentes e para analisar os resultados da pesquisa, a seguinte escala de avaliação:

De 1% a 20%		péssimo
De 21% a 40%		fraco
De 41% a 60%		regular
De 61% a 80%		bom
De 81% a 100%		ótimo

3.2.2.2.5 AGRUPAMENTO DAS QUESTÕES

As questões números 1,2 e 3 referem-se ao Conceito de Excepcionalidade.

A questão número 5 ao Conceito de Distúrbio de Aprendizagem.

A questão número 6 ao Conceito de Deficiência Mental.

A questão número 40 ao Conceito de Aprendizagem.

As questões números 7 e 8 à Classificação de Excepcionalidade.

As questões números 9, 10, 11, 12, 14 e 15 às Características da Excepcionalidade.

Os resultados das questões 1, 2 e 3, que se referem ao conceito de excepcionalidade, indicam que 36% dos sujeitos erraram uma das três questões; 12% erraram duas e 4% erraram as três questões e apenas 48% dos alunos acertaram todas as questões. Conclui-se que os alunos possuem um conhecimento regular do conceito de excepcionalidade. Tal como pode ser visto no Quadro I.

Q U A D R O I

Conceito de Excepcionalidade				
Questões	FA	FE	%A	%E
1	39	11	78%	22%
2	34	16	68%	32%
3	41	9	82%	18%

CT	E ₁	E ₂	E ₃	TE
48%	36%	12%	4%	100%

FA - Frequência de acertos

FE - Frequência de erros

%A - Porcentagem de acertos

%E - Porcentagem de erros

CT - Acertaram todas as questões

E₁ - Erraram uma das questões

E₂ - Erraram duas das questões

E₃ - Erraram três das questões

TG - Total geral

No resultado da questão 5 que se refere ao conceito de distúrbio de aprendizagem, verificou-se que houve 52% de acertos, o que significa um conhecimento regular a respeito do referido assunto.

No resultado da questão 6 que se refere ao conceito de deficiência mental, constatou-se um índice de 54% de acertos, o que demonstra um conhecimento regular a respeito de tal problemática.

No resultado da questão 40 que se refere ao conceito de aprendizagem, verificou-se que houve um índice de 48% de acertos, o que significa um conhecimento regular. Sendo este conceito básico na formação do Pedagogo, este resultado é um índice alarmante.

Nos resultados das questões 7 e 8 que se referem à classificação de excepcionalidade, verificou-se que 50% dos alunos erraram uma das questões e que 34% erraram as duas questões e apenas 16% acertaram as duas questões. Portanto, conclui-se que possuem um péssimo conhecimento a respeito do referido assunto. Tal como pode ser visto no Quadro II.

Q U A D R O I I

Classificação da Excepcionalidade				
Questões	FA	FE	%A	%E
7	28	22	56%	44%
8	12	38	24%	76%

CT	E ₁	E ₂	TG
16%	50%	34%	100%

FA - Frequência de acertos

CT - Acertaram todas as questões

FE - Frequência de erros

 E_1 - Erraram uma das questões

%A - Porcentagem de acertos

 E_2 - Erraram duas das questões

%E - Porcentagem de erros

TG - Total geral

Nos resultados das questões 9, 10, 11, 12, 14 e 15, que se referem às características de diversos tipos de excepcionalidade, constatou-se que 12% dos alunos erraram uma das seis questões, 20% erraram duas, 18% erraram três, 44% erraram quatro, 2% erraram cinco, 2% erraram seis e apenas 2% acertaram todas as questões. Conclui-se que possuem péssimo conhecimento a respeito de tal problemática. Como pode ser visto no Quadro III.

Q U A D R O I I I

Características do Excepcional				
Questões	FA	FE	%A	%E
9	12	38	24%	76%
10	44	6	88%	12%
11	9	41	18%	82%
12	13	37	26%	74%
14	27	23	54%	46%
15	35	15	70%	30%

CT	E_1	E_2	E_3	E_4	E_5	E_6	TG
2%	12%	20%	18%	44%	2%	2%	100%

FA - Frequência de acertos
 FE - Frequência de erros
 %A - Porcentagem de acertos
 %E - Porcentagem de erros
 CT - Acertaram todas as questões
 E₁ - Erraram uma das questões
 E₂ - Erraram duas das questões
 E₃ - Erraram três das questões
 E₄ - Erraram quatro das questões
 E₅ - Erraram cinco das questões
 E₆ - Erraram seis das questões

Nos resultados das questões 17, 18, 19 e 20, que se referem ao conhecimento sobre causas de excepcionalidade, verificou-se que 62% dos alunos erraram uma das questões, 18% erraram duas, 2% erraram três, 4% erraram todas e apenas 14% acertaram todas as questões. Conclui-se que possuem péssimo conhecimento a respeito de tal assunto. Como pode ser visto no Quadro IV.

Q U A D R O I V

Causas de Excepcionalidade				
Questões	FA	FE	%A	%E
17	44	6	88%	12%
18	39	11	78%	22%
19	46	4	92%	8%
20	7	43	14%	86%

CT	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	TG
14%	62%	18%	2%	4%	100%

FA - Frequência de acertos
 FE - Frequência de erros
 %A - Porcentagem de acertos
 %E - Porcentagem de erros
 CT - Acertaram todas as questões
 E₁ - Erraram uma das questões
 E₂ - Erraram duas das questões
 E₃ - Erraram três das questões
 E₄ - Erraram quatro das questões
 TG - Total geral

No resultado da questão 16, que trata da prevenção de excepcionalidade, houve 88% de acertos, o que significa um ótimo conhecimento.

Nos resultados das questões 26 e 36, que se referem ao conceito de Educação Especial, constatou-se que 18% dos alunos erraram uma das questões, 8% erraram as duas e 74% acertaram as duas questões. Portanto, conclui-se que possuem bom conhecimento a respeito do referido assunto. Tal como pode ser visto no Quadro V.

Q U A D R O V

Conceito de Educação Especial				
Questões	FA	FE	%A	%E
26	42	8	84%	16%
36	37	13	74%	26%

CT	E ₁	E ₂	TG
74%	18%	8%	100%

FA - Frequência de acertos

CT - Acertaram todas as questões

FE - Frequência de erros

E₁ - Erraram uma das questões

%A - Porcentagem de acertos

E₂ - Erraram duas das questões

%E - Porcentagem de erros

TG - Total geral

Nos resultados das questões 13, 25, 27 e 34, que tratam dos objetivos da Educação Especial, verificou-se que 46% dos alunos erraram uma das questões, 22% erraram duas, 12% erraram três, 10% erraram todas e apenas 10% acertaram todas as questões. Conclui-se que possuem péssimo conhecimento a respeito dos objetivos da

Educação Especial. Tal como pode ser visto no Quadro VI.

Q U A D R O V I

Objetivos da Educação Especial				
Questões	FA	FE	%A	%E
13	30	20	60%	40%
25	41	9	82%	18%
27	44	6	88%	12%
34	19	31	38%	62%

CT	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	TG
10%	46%	22%	12%	10%	100%

FA - Frequência de acertos

E₁ - Erraram uma das questões

FE - Frequência de erros

E₂ - Erraram duas das questões

%A - Porcentagem de acertos

E₃ - Erraram três das questões

%E - Porcentagem de erros

E₄ - Erraram quatro das questões

CT - Acertaram todas as questões

TG - Total geral

Nos resultados das questões 4, 21, 22 e 38, que se referem aos processos de identificação de excepcionalidade, constatou-se que 40% dos alunos erraram uma das questões, 32% erraram duas, 22% erraram três, 2% erraram todas e apenas 4% acertaram todas as questões. Portanto, conclui-se que possuem péssimo conhecimento a respeito do referido assunto. Tal como pode ser visto no Quadro VII.

Q U A D R O V I I

Processos de Identificação da Excepcionalidade				
Questões	FA	FE	%A	%E
4	40	10	80%	20%
21	43	7	86%	14%
22	27	23	54%	46%
38	3	47	6%	94%

CT	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	TG
4%	40%	32%	22%	2%	100%

FA - Frequência de acertos

FE - Frequência de erros

%A - Porcentagem de acertos

%E - Porcentagem de erros

CT - Acertaram todas as questões

E₁ - Erraram uma das questões

E₂ - Erraram duas das questões

E₃ - Erraram três das questões

E₄ - Erraram quatro das questões

TG - Total geral

Nos resultados das questões 28, 29, 31, 32, 33, 35 e 37, que tratam dos programas referentes à Educação Especial, verificou-se que 4% dos alunos erraram uma das sete questões, 16% erraram duas, 18% erraram três, 16% erraram quatro, 26% erraram cinco, 14% erraram seis, 4% erraram todas e apenas 2% acertaram todas as questões. Conclui-se que estes resultados revelam ter os alunos um péssimo conhecimento a respeito dos programas oferecidos aos indivíduos portadores de excepcionalidade. Tal como pode ser visto no Quadro VIII.

Q U A D R O V I I I

Programas de Educação Especial				
Questões	FA	FE	%A	%E
28	22	28	44%	56%
29	21	29	42%	58%
31	32	18	64%	36%
32	23	27	46%	54%
33	19	31	38%	62%
35	14	36	28%	72%
37	18	32	36%	64%

CT	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	E ₅	E ₆	E ₇	TG
2%	4%	16%	18%	16%	26%	14%	4%	100%

FA - Frequência de acertos

FE - Frequência de erros

%A - Porcentagem de acertos

%E - Porcentagem de erros

CT - Acertaram todas as questões

E₁ - Erraram uma das questões

E₂ - Erraram duas das questões

E₃ - Erraram três das questões

E₄ - Erraram quatro das questões

E₅ - Erraram cinco das questões

E₆ - Erraram seis das questões

E₇ - Erraram sete das questões

TG - Total geral

Nos resultados das questões 23, 24, 30 e 39, que tratam da integração do indivíduo excepcional, constatou-se que 44% dos alunos erraram uma das questões, 20% erraram duas, 6% erraram três, 10% erraram quatro e apenas 20% acertaram todas as questões. Conclui-se que possuem péssimo conhecimento a respeito de tal as-

sunto. Como pode ser visto no Quadro IX.

Q U A D R O I X

Integração do Indivíduo Excepcional				
Questões	FA	FE	%A	%E
23	31	19	62%	38%
24	34	16	68%	32%
30	39	11	78%	22%
39	44	6	88%	12%

CT	E ₁	E ₂	E ₃	E ₄	TG
20%	44%	20%	6%	10%	100%

FA - Frequência de acertos

E₁ - Erraram uma das questões

FE - Frequência de erros

E₂ - Erraram duas das questões

%A - Porcentagem de acertos

E₃ - Erraram três das questões

%E - Porcentagem de erros

E₄ - Erraram quatro das questões

CT - Acertaram todas as questões

TG - Total geral

Na análise geral dos resultados, constatou-se que 58,7% das questões foram respondidas corretamente. De acordo com a tabela adotada para classificar o nível de conhecimento teórico-científico dos alunos do Curso de Pedagogia da FUNFAFI, referente à Educação Especial, o percentual acima significa um resultado regular.

Na análise dos dados pessoais, constatou-se que 28% possuem um conhecimento adicional sobre o assunto, podendo ser o mesmo diversificado entre: relações familiares, sociais e forma-

ção incompleta na área de Deficiência Mental.

Analisando-se os conteúdos programáticos das disciplinas do Curso de Pedagogia da FUNFAFI, constatou-se que a disciplina Psicologia da Educação contém um tópico referente à Educação Especial, o que também deve ter influenciado nos acertos verificados.

Outro fator a ser considerado no percentual de acertos é o instrumento. Por este ser composto somente de questões objetivas, pode propiciar respostas dadas ao acaso.

Levando-se em consideração os fatores de influência acima citados, pode-se dizer que falta embasamento teórico-científico aos futuros Pedagogos da FUNFAFI na área da Educação Especial. Sendo assim, não terão condições para identificar e/ou encaminhar a clientela de Educação Especial para atendimento clínico e pedagógico.

Considerando, finalmente, que a Educação Especial constitui parte integrante da Educação Geral, a análise da pesquisa evidencia uma possível lacuna curricular representada pela ausência de disciplina que trate do assunto. A constatação deste fato reforça o atingimento dos objetivos desta monografia, que consistem na proposição do enriquecimento curricular do Curso de Pedagogia da FUNFAFI e na preparação de profissionais aptos a identificar e encaminhar, para um atendimento adequado, a clientela da Educação Especial, mediante a implantação de uma disciplina que trate especificamente desta área de conhecimento.

Por meio do instrumento aplicado em forma de questionário, formulado com questões referentes à Educação Especial, constatou-se que: o nível de conhecimento dos alunos do Curso de Pedagogia da Fundação Faculdade Estadual de Filosofia, Ciências e Letras de Paranaguá é regular e superficial no que diz respeito ao assunto.

Este resultado indica a relevância do problema que motivou esta pesquisa, pois conclui-se que há falta de embasamento teórico-científico na área da Educação Especial por parte dos pedagogos.

Portanto, é oportuna e necessária a inclusão da disciplina "Introdução à Educação Especial" no currículo do curso de Pedagogia da FUNFAFI.

A referida disciplina repousa nas características e educação do excepcional, sendo necessário que a mesma tenha no mínimo uma carga horária de 60 horas.

Sugere-se, portanto, os seguintes conteúdos programáticos mínimos, que atenderiam à carência de profissionais habilitados:

UNIDADE I

1. O INDIVÍDUO EXCEPCIONAL

- 1.1 Definição, etiologia, classificação e características de cada grupo de excepcionalidade.

UNIDADE II

2. EDUCAÇÃO ESPECIAL

2.1 Conceituação e Objetivo.

2.2 Legislação e Órgãos existentes para a Educação Especial (Federal, Estadual e Municipal).

2.3 Forma de atendimento a cada categoria de excepcionalidade.

2.4 Serviços existentes na comunidade.

UNIDADE III

3. FORMAS DE INTERAÇÃO DO EXCEPCIONAL

3.1 Na Família.

3.2 Na Escola.

3.3 Na Sociedade.

3.4 Papel do Professor.

A N E X O I

PRÉ - TESTE

Prezado aluno,

Somente por seu intermédio, poderemos obter dados sobre o conhecimento teórico-científico dos alunos do Curso de Pedagogia da Fundação Faculdade Estadual de Filosofia, Ciências e Letras de Paranaguá, com relação à Educação Especial.

Na dependência do resultado desta pesquisa, poderemos sugerir a implantação, no Currículo de Pedagogia desta Faculdade, da Disciplina de Introdução à Educação Especial, com o objetivo de preparar pedagogos capazes de identificar e encaminhar, para um atendimento adequado, a clientela da Educação Especial.

Sendo assim, agradecemos a sua colaboração.

I N S T R U Ç Õ E S

1. Este questionário é composto de duas partes. A primeira refere-se a dados pessoais e, a segunda, especificamente, ao conhecimento teórico.

2. Você deve ler com atenção e responder **SIM**, se a afirmativa for correta, **NÃO** se for incorreta e **NÃO SEI**, quando desconhecer o assunto.

3. Responda a todas as questões.

4. Responda de forma fidedigna ao seu conhecimento.

5. Lembre-se, não estamos avaliando você especificamente, e sim, a sua formação no que se refere à Educação Especial.

No seu convívio social, há alguma pessoa portadora de excepcionalidade?

Sim Não

Em caso afirmativo, que forma de relação mantém com essa pessoa?

filho de um amigo

amigo

parente de um amigo

colegas de trabalho

conhecido

outra

Qual?

PRÉ TESTE

1. O termo excepcionalidade é integrado de maneira a incluir os seguintes tipos: os mentalmente deficientes, todas as pessoas fisicamente prejudicadas, as emocionalmente desajustadas, bem como as superdotadas, enfim, todos os que requerem consideração especial no lar, na escola e na sociedade.

Sim Não Não Sei

2. A Educação Especial tem por finalidade desenvolver as potencialidades do indivíduo excepcional, em especial aquelas vitais e de sobrevivência, indispensáveis para satisfazer, de maneira efetiva, as demandas do desenvolvimento individual e as exigências do meio ambiente.

Sim Não Não Sei

3. As Escolas Especiais só devem existir, quando as crianças revelem deficiências severas e complexas, quer no aspecto sensorial, quer no intelectual e motor, ou então no caso de comportamentos e desordens emocionais extremas.

Sim Não Não Sei

Período:

Idade:

A N E X O I I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Prezado aluno,

Somente por seu intermédio, poderemos obter dados sobre o conhecimento teórico-científico dos alunos do Curso de Pedagogia da Fundação Faculdade Estadual de Filosofia, Ciências e Letras de Paranaguá, com relação à Educação Especial.

Na dependência do resultado desta pesquisa, poderemos sugerir a implantação, no Currículo do Curso de Pedagogia desta Faculdade, da Disciplina de Introdução à Educação Especial, com o objetivo de preparar pedagogos capazes de identificar e encaminhar, para um atendimento adequado, a clientela da Educação Especial.

Sendo assim, agradecemos a sua colaboração.

I N S T R U Ç Õ E S

1. Este questionário é composto de duas partes. A primeira refere-se a dados pessoais e, a segunda, especificamente, ao conhecimento teórico.

2. Você deve ler com atenção e responder **SIM**, se a afirmativa for correta, **NÃO** se for incorreta e **NÃO SEI**, quando desconhecer o assunto.

3. Responda todas as questões.

4. Responda de forma fidedigna ao seu conhecimento.

5. Lembre-se, não estamos avaliando você especificamente, e sim, a sua formação no que se refere à Educação Especial.

Em caso afirmativo, que forma de relação mantém com essa pessoa?

filho de um amigo

amigo

parente de um amigo

colega de trabalho

conhecido

outra

Qual?

CONHECIMENTO TEÓRICO

1. Excepcional é todo aquele que necessita de atendimento especial.

Sim

Não

Não Sei

2. O excepcional é apenas a criança ou adolescente ou adulto com Q.I. inferior a 100.

Sim

Não

Não Sei

3. O termo excepcional é integrado de maneira a incluir os seguintes tipos: os mentalmente deficientes, todas as pessoas prejudicadas, as emocionalmente desajustadas, bem como as superdotadas, enfim, todos os que requerem consideração especial no lar, na escola e na sociedade.

Sim

Não

Não Sei

4. Os superdotados podem ser identificados por meio das observações do professor, das notas de provas em várias matérias de estudo e, principalmente, dos testes de Q.I.

Sim

Não

Não Sei

5. A criança portadora de distúrbios de aprendizagem é aquela que não consegue aprender, de forma global ou específica, embora possua uma inteligência dentro da média, um desenvolvimento motor adequado, as funções auditivas e visual normais e um ajustamento emocional também adequado. Isto equivale a dizer que essa criança não apresenta nenhum comprometimento sério a nível de seus órgãos e funções essenciais.

Sim

Não

Não Sei

6. A deficiência mental refere-se ao funcionamento intelectual abaixo da média, originado durante o período do desenvolvimento.
- Sim Não Não Sei
7. Os deficientes de audição podem ser classificados em duas categorias: surdo e parcialmente surdo ou hipoacústico.
- Sim Não Não Sei
8. Dunn classifica as deficiências físicas em três categorias, com base nos tipos de defeitos que determinarão os ajustamentos a serem feitos nos programas escolares.
1. Deficiências musculares e neuromusculares.
2. Deformações ósseas.
3. Força, vitalidade e agilidade reduzidas.
- Sim Não Não Sei
9. O indivíduo que apresenta falha severa da audição, usualmente, consegue compreender a fala amplificada.
- Sim Não Não Sei
- 10 A criança portadora de cegueira necessita do uso de Braille como meio de leitura.
- Sim Não Não Sei
- 11 Toda criança com paralisia cerebral apresenta deficiência mental.
- Sim Não Não Sei
- 12 Nem todas as crianças mongolóides são portadoras de deficiência mental.
- Sim Não Não Sei
- 13 O Objetivo principal da educação dos subdotados é o desenvolvimento de seu nível mental, sobretudo a capacidade de raciocínio abstrato.
- Sim Não Não Sei
- 14 Os Superdotados geralmente estão em posição inferior à média populacional em termos de desenvolvimento motor e sociabilidade.
- Sim Não Não Sei

- 15 Os distúrbios de conduta se caracterizam por manifestação de comportamento que se desviem daqueles próprios da idade da criança.
- () Sim () Não () Não Sei
- 16 O acompanhamento pré-natal é uma forma de prevenção da excepcionalidade.
- () Sim () Não () Não Sei
- 17 As causas do retardamento mental são muitas e complexas. Não existe uma causa única. Os fatores etiológicos podem ser divididos em várias categorias diferentes.
- () Sim () Não () Não Sei
- 18 A má nutrição da criança nos primeiros anos de vida pode ser causa de deficiência.
- () Sim () Não () Não Sei
- 19 Distúrbios metabólicos do feto podem causar deficiência mental.
- () Sim () Não () Não Sei
- 20 Fenilcetonúria é causada por um distúrbio do metabolismo. E sempre tem como consequência a deficiência mental.
- () Sim () Não () Não Sei
- 21 Embora exista tendência justificável para separar do ensino a avaliação técnica, o professor não pode escapar à necessidade de fazer a avaliação básica a fim de conhecer a criança a quem ensina.
- () Sim () Não () Não Sei
- 22 Os programas de prestação de serviços clínicos têm como processo quatro fases importantes: anamnese, diagnóstico, tratamento e acompanhamento.
- () Sim () Não () Não Sei
- 23 Apenas na base de um diagnóstico tridimensional - médico, psicológico e pedagógico - pode-se equacionar a educabilidade das crianças deficientes e a otimização da sua realização e integração social.
- () Sim () Não () Não Sei

- 24 A participação da família é um fator pouco determinante no processo de reabilitação do excepcional.
 Sim Não Não Sei
- 25 Os serviços de saúde e educação têm como função acompanhar e seguir os pais, não só em termos psicoterapêuticos, como em programas de desenvolvimento precoce para seus filhos.
 Sim Não Não Sei
- 26 A Educação Especial é um processo contínuo que se inicia no momento em que são identificados os distúrbios do desenvolvimento no excepcional e que continua ao longo de sua vida.
 Sim Não Não Sei
- 27 A Educação Especial tem por finalidade desenvolver as potencialidades do indivíduo excepcional, em especial aquelas vitais e de sobrevivência, indispensáveis para satisfazer, de maneira efetiva, as demandas do desenvolvimento individual e as exigências do meio ambiente.
 Sim Não Não Sei
- 28 Os serviços mais comuns para a Educação Especial são hoje fornecidos por: educação em Escolas Residenciais; educação em Hospitais; educação em Casa; educação em Externato; Escolas Especiais; Plano Cooperativo; Ensino em Sala de Recursos Adequados; Professor Itinerante Especializado; ou Plano de Contato; Consultores Especializados; Pensionatos para alunos externos; Escolas Regulares e Especiais Combinadas; e Planos Interdistritais.
 Sim Não Não Sei
- 29 A Classe Especial é utilizada para todos os tipos de criança excepcionais.
 Sim Não Não Sei
- 30 A vantagem principal da Classe Especial é que leva as crianças excepcionais à proximidade estreita com crianças normais, enquanto, ao mesmo tempo, proporciona elementos, no programa educacional, que não podem ser feitos na colocação em classe regular.
 Sim Não Não Sei

- 31 A Classe Especial é obrigatória, se as crianças mentalmente deficientes são de responsabilidade da Escola Pública.
() Sim () Não () Não Sei
- 32 A Sala de Recursos envolve a presença de um professor de Educação Especial. Ele atende as crianças somente naqueles aspectos determinados que necessitam de ajuda.
() Sim () Não () Não Sei
- 33 O professor itinerante é um professor qualificado para suplementar o trabalho dos professores de classes regulares.
() Sim () Não () Não Sei
- 34 O objetivo da Educação Especial é o de manter a criança matriculada em classe regular, tão freqüentemente for possível.
() Sim () Não () Não Sei
- 35 Os planos de Educação Especial podem atender às necessidades de todas as crianças excepcionais, pois todas podem se beneficiar dos mesmos tipos de recursos educacionais.
() Sim () Não () Não Sei
- 36 Educação e reabilitação é tudo o que permite ao indivíduo aprender e reaprender novas aquisições, novas competências e novas atitudes.
() Sim () Não () Não Sei
- 37 As Escolas Especiais só devem existir quando as crianças revelam deficiências severas e complexas, quer no intelectual e motor, ou então no caso de comportamentos e desordens emocionais extremas.
() Sim () Não () Não Sei
- 38 A identificação precoce é um diagnóstico e deve visar uma intervenção precoce.
() Sim () Não () Não Sei
- 39 É responsabilidade primordial da sociedade proporcionar meios para promover o excepcional e desenvolver recursos na comunidade para possibilitar sua integração social.
() Sim () Não () Não Sei
- 40 A aprendizagem depende somente de condições internas ao indivíduo que aprende.
() Sim () Não () Não Sei

1. ALVIM, C.F. Vocabulário de termos psicológicos e psiquiátricos. Belo Horizonte, Imprensa Oficial, 1.871.
2. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 05 de outubro de 1.988.
3. _____. Lei nº 5.692 de 11 de agosto de 1.971. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 18 de agosto de 1.971.
4. _____. Ministério da Educação e Cultura. Subsídios para organização e funcionamento de serviços de educação especial na área da superdotação. Rio de Janeiro, MEC/SEPS/CENESP, 1.986.
5. _____. Ministério da Educação e Cultura. Subsídios para organização e funcionamento de serviços de educação especial na área da deficiência mental. Rio de Janeiro, MEC/SEPS/CENESP, 1.986.
6. _____. Ministério da Educação e Cultura. Subsídios para organização e funcionamento de serviços de educação especial na área da deficiência auditiva. Rio de Janeiro, MEC/SEPS/CENESP, 1.986.
7. CANZIANI, Maria de Lourdes B. Educação especial: visão de um processo dinâmico e integrado. Curitiba, Educa, 1.985.
8. CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DO PARANÁ. Câmara de Ensino de 1º Grau. Processo nº 136/83. Indicação nº 001/83 de 07 de março de 1.983. Indica normas para a Educação Especial no Sistema Estadual de Ensino. Relatora: Dorothy Gomes Carneiro.
9. CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DO PARANÁ. Câmara de Legislação e Normas. Processo nº 497/86. Deliberação nº 020/86 de 21 de novembro de 1.986. Delibera normas para a Educação Especial no Sistema Estadual de Ensino. Relatora: Chloris Casagrande Justen.
10. CRUICKSHANK, M. M. & JOHSON, O. A educação da criança e do jovem excepcional. Porto Alegre, Globo, 1.974.
11. DUNN, Lloyd M. Crianças Excepcionais: seus problemas, sua educação. Rio de Janeiro, Ao Livro Técnico, 1.971.

12. FLEMING, Juanita W. A criança excepcional: diagnóstico e tratamento. 3ª ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1.988.
13. FONSECA, Vitor da. Educação especial. Porto Alegre, Artes Médicas, 1.987.
14. GAUDERER, E. C. Autismo, década de 80: uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais. São Paulo, Sarvier, 1.985.
15. GRUNSPUN, Haim. Distúrbios neuróticos da criança. 4ª ed..Rio de Janeiro, Atheneu, 1.983.
16. _____. Distúrbios psiquiátricos da criança. 3ª ed.. Rio de Janeiro, Atheneu, 1.982.
17. JANNUZI, Gilberta. A luta pela educação do deficiente mental no Brasil. São Paulo, Cortez, 1.985.
18. KIRK, Samuel H. & GALLAGHER, James J. Educação da criança excepcional. São Paulo, Martins Fontes, 1.987.
19. KOHLER, Claude. Deficiências intelectuais da criança. 2ª ed. Rio de Janeiro, Editora Fundo de Cultura, 1.961.
20. KOLB, Lawrence C. Psiquiatria Clínica. 9ª ed..Rio de Janeiro, Interamericana, 1.977.
21. KRYNSKI, Stanislaw. Novos rumos da deficiência mental. São Paulo, Sarvier, 1.983.
22. LEINIG, Clotilde. Tratado de Musicoterapia. São Paulo, Sobral, 1.977.
23. MACHADO, Maria T. de Carvalho & ALMEIDA, Marlene C. de Oliveira. Ensinando crianças excepcionais. 2ª ed.. Rio de Janeiro, José Olympio, 1.971.
24. NEVES, Ilka & SIQUEIRA, Olgair. Dinâmica de orientação educacional. Porto Alegre, Globo, s.d.
25. PILETTI, Claudino & PILETTI, Nelson. Filosofia e história da educação. 4ª ed. São Paulo, Ática, 1.986.
26. PIMENTEL, Maria da Glória & SIGRIST, Áurea C. Orientação educacional. 2ª ed.. São Paulo, Pioneira, 1.974.
27. PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO. Divisão de educação e reabilitação dos distúrbios da comunicação. Proposta curricular para deficientes auditivos. Rio de Janeiro, MEC, 1.979.
28. RAMOS, Aidi Pérez. Diagnóstico psicológico: implicações psicossociais na área do retardo mental. São Paulo, Cortez, 1.982.