



Depósito legal na Fundação Biblioteca Nacional, conforme Lei n. 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

Direitos autorais reservados

A reprodução em qualquer outro veículo de informação só deve ser feita após consulta à editoria.

Organizadores

Cláudia Camargo Saldanha; Cinara de Cássia Mileo; Eliete Berti Zamproni; Maria de Lourdes Arapongas Batista e Marizete Bueno

CATALOGAÇÃO NO CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO, PESQUISA E INFORMAÇÃO TÉCNICA

Saldanha, Cláudia Camargo et al. org.

Avaliação de ingresso dos estudantes das escolas especializadas do Estado do Paraná / organizadores Cláudia Camargo Saldanha et al. – Curitiba : SEED – Pr., 2018. – 200 p.

ISBN:978-85-8015-101-5

1. Educação especial. 2. Avaliação de ingresso-Escolas especializadas-Paraná. 3. Educação especial-Paraná. 4. Estudantes-Escolas especializadas. I. Mileo, Cinara de Cássia, org. II. Zamproni, Eliete Cristina Berti, org. III. Batista Maria de Lourdes Arapongas, org. IV. Bueno, Marizete, org. V. Título.

CDD376
CDU37(816.2)

Secretaria de Estado da Educação
Avenida Água Verde, 2140 Vila Isabel
80240-900 – CURITIBA – PARANÁ – BRASIL

IMPRESSO NO BRASIL
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

**ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DA EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL**

**AVALIAÇÃO DE INGRESSO DOS ESTUDANTES DAS ESCOLAS
ESPECIALIZADAS DO ESTADO DO PARANÁ**

**CURITIBA
2018**

Governo do Estado do Paraná

Maria Aparecida Borghetti

Secretaria de Estado da Educação

Lucia Aparecida Cortez Martins

Diretoria Geral

José Carlos Rodrigues Pereira

Superintendência da Educação

Ines Carnieletto

Departamento de Educação Especial

Siana do Carmo Oliveira Franco Bueno

ORGANIZADORES

Cláudia Camargo Saldanha
Coordenação Pedagógica das Instituições Especializadas

Cinara de Cássia Miléo
Técnica Pedagógica das Instituições Especializadas

Eliete Cristina Berti Zamproni
Técnica Pedagógica das Instituições Especializadas

Everton Luiz Andretta
Técnico Administrativo das Instituições Especializadas

Maria de Lourdes Arapongas Batista
Técnica Pedagógica das Instituições Especializadas

Marizete Bueno
Técnica Pedagógica das Instituições Especializadas

COLABORADORES

Federação Estadual das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais FEAPAES

Federação Estadual das Instituições de Reabilitação do Paraná – FEBIEX

Escola Estadual José Richa, na Modalidade Educação Especial

Escola Estadual Lucy Requião de Mello e Silva, na Modalidade Educação Especial

APRESENTAÇÃO

Atualmente no Estado do Paraná, no contexto das Escolas de Educação Básica, na Modalidade Educação Especial para efetivação da matrícula inicial dos estudantes orienta-se a realização de uma avaliação de ingresso por uma equipe multiprofissional das áreas: educacional, social e clínica, com o objetivo de identificar as potencialidades, necessidades e dificuldades do estudante e subsidiar o atendimento pedagógico especializado.

Desta forma, o presente documento “Avaliação de Ingresso dos Estudantes das Escolas Especializadas do Estado do Paraná” surgiu da necessidade de orientar e fundamentar os profissionais quanto à organização para a realização desta ação pedagógica.

Esta proposta não tem a pretensão de ser um modelo único, mas de traçar linhas gerais para subsidiar a escola, de acordo com sua realidade, na elaboração de materiais pedagógicos para a investigação qualitativa dos aspectos acadêmicos, físicos, sociais e a funcionalidade do estudante.

Acredita-se que este documento irá contribuir efetivamente para que todos os profissionais encontrem sugestões para criar e implementar sua prática avaliativa de identificação das necessidades educacionais dos estudantes.

Bom estudo a todos e que seus conhecimentos sobre o tema sejam ampliados!

Coordenação Pedagógica das Instituições Especializadas

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
I. CONDIÇÕES PARA AVALIAÇÃO DE INGRESSO	08
1 Crianças e/ou Estudantes sem avaliação diagnóstica	08
2 Estudantes encaminhados pela Escola Regular com Avaliação Psicoeducacional no Contexto Escolar	09
3 Estudantes egressos de (outras) Escolas Especializadas	09
II. ESTUDANTES ELEGÍVEIS PARA A ESCOLA ESPECIALIZADA	10
1 Deficiência Intelectual	11
1.1 Definição atual	11
1.2 A Deficiência Intelectual e Deficiências Múltiplas no contexto da Escola Especializada	18
1.3 Diferença entre deficiência intelectual e transtornos mental	22
2 Transtornos Globais do Desenvolvimento/ Transtornos do Espectro Autista – TEA	24
2.1 Definição atual.....	24
2.2 Transtornos do Espectro Autista – TEA / Transtornos Globais do Desenvolvimento no contexto da Escola Especializada.....	28
3 Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor	28
III. AVALIAÇÃO DE INGRESSO NA ESCOLA ESPECIALIZADA	32
1 Avaliação Pedagógica de Ingresso	32
1.1 Profissionais envolvidos na Avaliação Pedagógica	33
1.2 O que avaliar	33
1.3 Deficiência Intelectual: avaliação pedagógica de ingresso na Escola Especializada	33
1.4 Transtorno do Espectro Autista – TEA: Avaliação pedagógica de ingresso na Escola Especializada	36
2 Avaliação Clínica de Ingresso na Escola Especializada	37
2.1 Deficiência Intelectual: Avaliação Clínica de ingresso na Escola especializada .	37
2.1.1 Profissionais envolvidos	37
2.2 Transtorno do Espectro Autista – TEA: Avaliação Clínica de ingresso na Escola Especializada	40
IV. RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE INGRESSO	41
V. REFERÊNCIAS	43
VI. ANEXO	46

INTRODUÇÃO

As Escolas de Educação Básica, na Modalidade Educação Especial¹ amparadas pelo **Parecer CEE/CEIF/CEMEP 07/14**, destinam-se a estudantes com deficiência intelectual, múltiplas deficiências e transtornos globais do desenvolvimento cujas particularidades influenciam substancialmente o desenvolvimento e a aprendizagem, requerendo atenção individualizada nas atividades da vida autônoma e social, recursos, ajudas e apoios intensos e contínuos, bem como adaptações curriculares significativas. Muitas vezes, esses estudantes necessitam também de atendimentos complementares/terapêuticos dos serviços das áreas da saúde, trabalho e assistência social.

Para o sucesso do processo de ensino-aprendizagem a escola especializada deve conhecer o potencial de seus estudantes, isto é, os pontos fortes e fracos em relação às habilidades intelectuais, a conduta adaptativa, a função social, a saúde, o ambiente e a cultura. Este conhecimento auxilia na organização do trabalho pedagógico e nas decisões para a oferta dos tipos e intensidade dos apoios necessários.

Assim, para efetivação da matrícula nessa Escola, necessariamente o estudante, deve passar por uma **Avaliação de Ingresso**, que envolve uma investigação criteriosa, realizada por uma equipe multiprofissional das áreas: **educacional, social e clínica**. Cada profissional em sua especificidade realiza as investigações sobre os aspectos acadêmicos, cognitivos, físicos, sociais e a funcionalidade do estudante avaliado, sempre com o objetivo de identificar suas necessidades educacionais e após elaborar um Relatório de Avaliação, para subsidiar o atendimento pedagógico especializado.

Para **Avaliação de Ingresso** não existe um modelo único e acabado, cada Escola deve organizar seus próprios instrumentos que atendam as especificidades do contexto escolar de acordo com o disposto no Projeto Político-Pedagógico e Regimento Escolar, bem como considerar o público-alvo atendido pela Escola, disposto no **Parecer CEE/CEIF/CEMEP 07/14**.

¹ Neste texto os termos Escolas de Educação Básica, na Modalidade Educação Especial e Escolas Especializadas são equivalentes.

Os profissionais envolvidos nesse processo devem estar cientes que a **Avaliação de Ingresso**, não se configura uma investigação quantitativa para definir o diagnóstico de uma deficiência ou transtorno, mas sim, um processo qualitativo que deve orientar tanto o direcionamento pedagógico, quanto outras indicações clínicas que se fizerem necessárias.

Considerando a importância desta avaliação, o Departamento de Educação Especial – DEE propõe este documento objetivando orientações para o processo de **Avaliação de Ingresso** nas Escolas Especializadas, amparadas pelo **Parecer CEE/CEIF/CEMEP 07/14**.

I - CONDIÇÕES PARA AVALIAÇÃO DE INGRESSO

A identificação das necessidades especiais dos estudantes pode ocorrer em diferentes momentos, às vezes quando bebês, ou durante o percurso escolar. Dessa forma o ingresso na Escola Especializada poderá ocorrer no decorrer do ano letivo.

Assim, deve-se observar, antes de iniciar o processo de **Avaliação de Ingresso**, quem foi o profissional ou instituição que indicou a criança ou o estudante para a Escola Especializada, ou seja, como se procedeu o encaminhamento.

Comumente quando as famílias procuram matrícula na Escola Especializada, as crianças ou estudantes apresentam-se nas seguintes circunstâncias:

1 Crianças e/ou Estudantes sem avaliação diagnóstica

As crianças e/ou estudantes encaminhados para a Escola Especializada, por diferentes profissionais ou outras escolas, por apresentarem significativo atraso no desenvolvimento e **sem avaliação pedagógica e/ou diagnóstico clínico**, devem ser submetidos ao processo

de **Avaliação de Ingresso** tanto pedagógico, quanto clínico com profissionais da Escola Especializada e/ou equipe externa quando necessário.

2 Estudantes encaminhados pela Escola Regular com Avaliação Psicoeducacional no Contexto Escolar²

Nesse caso específico, quando o estudante vem encaminhado da Escola Regular com relatório de Avaliação Psicoeducacional no Contexto Escolar a equipe pedagógica e clínica da Escola Especializada, deve contatar com a equipe que realizou a avaliação citada, para discutirem os encaminhamentos e conclusões diagnósticas levantadas.

Para a efetivação da matrícula desse estudante, na Escola Especializada, orienta-se que a Avaliação Psicoeducacional no Contexto Escolar seja complementada por uma avaliação pedagógica, realizada pelos profissionais da Escola Especializada, objetivando conhecer e decidir as possibilidades de ensalamento do estudante e subsidiar o Plano de Trabalho Docente³ e o Plano de Atendimento Individualizado⁴.

Insta destacar que diante da Avaliação Psicoeducacional no Contexto Escolar que o estudante já possui, não haverá necessidade de realizar a avaliação clínica.

3. Estudantes egressos de (outras) Escolas Especializadas

Os estudantes egressos de outras Escolas Especializadas deverão apresentar cópia da **Avaliação de Ingresso** (pedagógica e clínica) realizada

² Avaliação Psicoeducacional no Contexto Escolar é um conjunto de procedimentos realizados no contexto da Escola Regular com intuito de investigar o processo de ensino-aprendizagem para entender a origem dos problemas de aprendizagem do estudante e propor intervenções pedagógicas.

³ Plano de Trabalho Docente é o documento que organiza a forma do professor ministrar suas aulas. É o registro; a sistematização do planejamento do professor.

⁴ Plano de Atendimento Individualizado é o planejamento das intervenções pedagógicas a serem desenvolvidas com cada estudante.

pelos profissionais da Escola de origem, bem como o último Relatório Qualitativo de Aprendizagem – Semestral.

A equipe pedagógica da Escola que recebe o estudante realizará avaliação pedagógica para subsidiar o ensalamento e elaboração do Plano de Trabalho Docente e Plano de Atendimento Individualizado.

Salienta-se, que na maioria dos casos não existe a necessidade de avaliação clínica para o ingresso na nova Escola, uma vez que o estudante já apresenta diagnóstico de deficiência intelectual com significativos comprometimentos.

II – ESTUDANTES ELEGÍVEIS PARA A ESCOLA ESPECIALIZADA

A avaliação de estudantes para ingresso na Escola Especializada deve ser criteriosa e sistematizada, a mais exata possível, avaliando suas potencialidades e comprometimentos, para que a partir da análise dos dados colhidos e observados, os avaliadores possam confirmar ou não, que a condição dos mesmos é elegível para a Escola Especializada.

As Escolas Especializadas estão organizadas para atender estudantes com **deficiência intelectual, múltiplas deficiências e transtornos globais do desenvolvimento** com comprometimentos graves na área cognitiva, motora e de interação social, muitas vezes, apresentam saúde debilitada necessitando do trabalho pedagógico especializado, bem como de atendimento clínico nas diferentes áreas (médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, entre outros).

Também são atendidos na escola especializada crianças e bebês com diagnóstico clínico de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

1 Deficiência Intelectual

1.1 Definição atual

A Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento – AADID⁵ (2010, p.1) conceitua a pessoa com Deficiência Intelectual⁶ com base em três funções:

1^a. Incapacidade caracterizada por limitações significativas no funcionamento⁷ intelectual e dificuldades no comportamento adaptativo (as funções da pessoa no contexto em que vive), manifestando-se antes dos dezoito anos de idade.

2^a. Classificação das características relevantes por meio da identificação dos pontos fortes e limitações nas **cinco Dimensões** descritas a seguir:

a) Dimensão intelectual: capacidade geral que envolve o raciocínio, planejamento, solução de problemas, pensamento abstrato, compreensão de ideias complexas, rapidez de aprendizagem e aprendizagem por meio de experiência (avaliados pelo psicólogo, por intermédio de testes de inteligência).

b) Dimensão comportamento adaptativo expressa em três habilidades:

- **Habilidades Conceituais**: Representam os aspectos acadêmicos (letramento, escrita e números); as funções cognitivas: percepção,

⁵ A AADID substituiu o nome da American Association of Mental Retardation (AAMR), fundada em 1876, que tem como objetivo promover estudos sobre a deficiência intelectual.

⁶ A expressão deficiência intelectual foi oficialmente utilizada em 1995, no simpósio “Deficiência Intelectual: Programas, Políticas e Planejamento”, promovido pela Organização das Nações Unidas, em Nova York. Mas, somente em 2004, após a publicação da “Declaração de Montreal sobre Deficiência Intelectual” pela Organização Pan-Americana de Saúde e a Organização Mundial de Saúde é que esta terminologia foi divulgada para substituir o termo deficiência mental.

⁷ De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (2003), o funcionamento humano abrange um conjunto de atividades da vida diária, englobando funções e estruturas do corpo, bem como as atividades da pessoa e sua participação social. Este termo indica as manifestações comportamentais individuais, características individuais e do contexto social em que vivem.

memória, atenção, raciocínio, conceituação e linguagem (anexo); a comunicação linguagem receptiva e expressiva; conceitos de dinheiro e tempo, dentre outros.

- **Habilidades Sociais:** Representam as competências sociais, por exemplo: responsabilidade social; prudência (cautela); autoestima; observância de regras e leis; capacidade de solucionar problemas sociais; evitar ser vitimizado (a), dentre outros.
- **Habilidades Práticas:** As habilidades práticas são aquelas que a pessoa desenvolve para realizar tarefas essenciais exigidas no cotidiano, favorecendo sua independência e autonomia.

c) Dimensão da Participação, Interações, papéis sociais: diz respeito ao desempenho da pessoa na vida social, ou seja, papéis que desempenha na comunidade, em diferentes contextos, e às suas interações na vida familiar, no trabalho, na educação, no lazer, nas atividades espirituais e culturais.

d) Dimensão da Saúde: refere-se às condições de saúde física e mental da pessoa.

e) Dimensão Contextos: (ambiental e cultural): Fatores contextuais (externos ao sujeito) que podem ter impacto no funcionamento do estudante.

3ª. Outro aspecto proposto pela Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento – AADID (2010) para a compreensão da deficiência intelectual é o sistema de classificação, baseado no papel dos apoios que a pessoa necessita.

Os apoios são identificados como mediadores entre o funcionamento do sujeito e as cinco dimensões focalizadas no modelo teórico. Quando necessários e devidamente aplicados, os apoios desempenham papel essencial na forma como a pessoa responde às demandas ambientais, além de propiciarem estímulo ao desenvolvimento e à aprendizagem da pessoa com deficiência mental ao longo da vida. (CARVALHO e MACIEL, 2003).

A indicação dos apoios deve levar em conta as condições pessoais, as situações de vida e a faixa etária, variando em duração e intensidade. Os apoios podem ser classificados em:

- **Apoios intermitentes:** utilizados em situações específicas, quando necessários e em tempo limitado; como em momentos de crise ou períodos de transição na vida da pessoa.
- **Apoios limitados:** oferecidos por tempo limitado na escola e no trabalho; apoio a pequenos períodos de treinamento ou no atendimento às necessidades que requeiram atenção de curta duração.
- **Apoios extensivos ou contínuos:** oferecidos de forma periódica e regular (diariamente ou semanalmente), permitindo estendê-los, sem limitação de tempo, em alguns ambientes de convivência da pessoa como, por exemplo, na escola;
- **Apoios pervasivos ou generalizados:** caracterizados como constantes, estáveis e de alta intensidade. Estes serão disponibilizados em todos ambientes de convivência da pessoa, geralmente durante toda vida, podendo envolver o trabalho de uma equipe multidisciplinar.

Assim, atualmente, a deficiência intelectual deverá ser compreendida como uma interação entre o funcionamento intelectual e as suas relações com o contexto social. Desta forma, as limitações deixam de ser observadas somente como dificuldade exclusiva da pessoa, numa perspectiva quantitativa de inteligência, passando a ser consideradas como limitações do contexto social, que deverá ofertar os apoios que ela necessita, ou seja, uma perspectiva relacional de compreensão entre o sujeito, sua deficiência e seu meio.

Portanto, a dimensão intelectual não é mais suficiente para, sozinha, caracterizar a deficiência intelectual. Outros fatores devem ser pesquisados e

analisados, como o comportamento adaptativo, os fatores psicológicos, emocionais, ambientais, físicos, etiológicos e de saúde.

Sendo assim,

[...] abandonam-se as tendências que classificam e categorizam, previamente, com base em diagnósticos clínicos e psicológicos, as pessoas com Deficiência Intelectual em níveis (leve, moderada, severa e profunda), os quais indicavam comportamentos e características próprios de cada categoria (FERNANDES, 2007).

Pode-se concluir que, a atual definição de deficiência intelectual proposta pela Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento – AADID (2010) consiste em significativas mudanças conceituais em torno da concepção dessa condição e exige a adoção de novas práticas de avaliação para sua identificação e a seleção de intervenções pedagógicas adequadas, tanto na Escola Regular como na Escola Especializada.

Neste processo de avaliação os profissionais devem considerar que muitas vezes a deficiência intelectual esta associada a outras deficiências ou outros tipos de patologias – deficiências múltiplas⁸ – com possibilidade ampla de combinações, exemplos:

- Deficiência intelectual associada à deficiência física neuromotora⁹;
- Deficiência intelectual associada à deficiência visual¹⁰ e/ou deficiência auditiva¹¹/surdez¹²;
- Deficiência intelectual associada a transtornos mentais e de comportamento¹³.

A associação destas deficiências acarreta atrasos no desenvolvimento global e na capacidade adaptativa.

⁸ **Deficiência múltipla** é a associação de duas ou mais deficiências no mesmo indivíduo.

⁹ **Deficiência física neuromotora** é definida como um comprometimento motor acentuado, decorrente de sequelas neurológicas que causam dificuldades funcionais nos movimentos, na coordenação motora e na fala.

¹⁰ **Deficiência visual** caracteriza-se pela limitação ou perda das funções básicas do olho e do sistema visual. O deficiente visual pode ser a pessoa cega ou com baixa visão.

¹¹ **Deficiência auditiva** é a perda parcial da audição.

¹² **Surdez** é a perda total da audição.

¹³ **Transtornos Mentais e Comportamentais** de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, entende-se como as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global.

Ainda, por algumas vezes o estudante com deficiência intelectual pode apresentar saúde debilitada. Portanto, além da escolarização, requerem atendimento da área da Saúde (neurologia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e psicologia) e Assistência Social.

Teoria Piagetiana: fundamentos para compreensão do desenvolvimento cognitivo do estudante com deficiência intelectual

O processo de **Avaliação de Ingresso** deve estar teoricamente fundamentado para subsidiar nas decisões assertivas acerca dos encaminhamentos dos estudantes avaliados. Assim, neste documento sugere-se o estudo da teoria Piagetiana, uma vez que esta referência possibilita aos profissionais da educação a compreensão do desenvolvimento cognitivo do estudante.

A teoria Piagetiana defende que as estruturas do conhecimento são pré-formadas biologicamente no sujeito e tornam-se necessárias desde o nascimento. Através da interação com o meio as estruturas mentais se organizam, acreditando na interdependência entre o sujeito e o meio e não supremacia de um sobre o outro. Desta forma, a criança é concebida como um ser dinâmico, que a todo o momento interage com a realidade, operando ativamente com as pessoas e objetos.

Nessa abordagem, a inteligência é entendida como adaptação e tem como função equilibrar o sujeito e o meio ambiente, através dos mecanismos de assimilação e acomodação.

A assimilação é o processo cognitivo de solucionar novos eventos em estruturas cognitivas já existentes, ou seja, é o mecanismo que viabiliza a ação do sujeito sobre o objeto, integrando-o a uma estrutura já estabelecida. E, acomodação, é um processo de transformação das estruturas do sujeito em função das particularidades do objeto a ser assimilado. (PIAGET, 1982, *apud* DEEIN, 2007).

Piaget (1980) estabelece quatro estágios ou períodos de desenvolvimento:

1º. Estágio sensório motor (de zero a aproximadamente dois anos de idade):

A atividade intelectual da criança é de natureza sensorial e motora, que mudam conforme a maturação do sistema nervoso e a interação com o meio. Ainda não estão desenvolvidas as representações mentais e o pensamento, ou seja, para eles os objetos só existem se estiverem em seu campo visual. A conduta social, neste período, é de isolamento e indiferenciação, onde o mundo se volta inteiramente à própria criança (o mundo é ela). Entre os 8 a 12 meses a criança começa a ter representação mental, já entre os 18 a 24 meses ocorre o surgimento da linguagem.

2º. Estágio pré-operatório (aproximadamente de 2 anos a 7 anos de idade):

surge a função dos sistemas de significação que permite o surgimento da linguagem. Podendo criar imagens mentais na ausência do objeto ou da ação, é o período do faz de conta, no jogo simbólico com a capacidade de formar imagens mentais (imitação, desenho, jogo simbólico), como por exemplo, brincar com uma caixa fazendo de conta que é um carrinho. Neste estágio a criança dá alma aos objetos (exemplo: “a minha boneca está comendo comidinha”). A linguagem está em nível de monólogo coletivo, ou seja, todas falam ao mesmo tempo sem fazer relações com a fala das outras, assim, apresenta sentimentos individualistas e não assume o papel do outro (egocentrismo). Sua inteligência é intuitiva e tem domínio da linguagem.

3º. Estágio das operações concretas (aproximadamente de 7 aos 12 anos

de idade): Aparecimento do pensamento lógico, desenvolve noção de número, conservação, massa e volume. Capaz de planejar e fazer autoanálise de suas ações. Possui sentimentos morais e sociais. A linguagem é socializada.

4º. Estágio das operações formais (aproximadamente dos 12 anos em

diante): Nesse estágio ocorre o desenvolvimento das operações de raciocínio abstrato, é o auge do desenvolvimento da inteligência. Têm início os processos de pensamento hipotético-dedutivo. Esse estágio também é marcado pela formação da personalidade e pela inserção do sujeito na sociedade intelectual e social dos adultos.

Cada estágio apresenta uma ordem de sucessão fixa e imutável, mas a idade cronológica para superação de cada um pode variar de acordo com as

condições orgânicas da criança e a relação com meio ambiente em que está inserido.

As crianças passam por todos os estágios, não necessariamente ao mesmo tempo, umas desenvolvem-se com rapidez, outras mais lentamente.

A pesquisadora Inhelder (1963) citada por Mantoan (1997), utilizando-se do método clínico de Piaget desenvolveu pesquisas estabelecendo comparação entre o desenvolvimento mental de crianças com e sem deficiência intelectual. A autora constatou que a criança com deficiência intelectual passa pelos mesmos estágios de desenvolvimento, propostos por Piaget, comparado às crianças sem deficiência, com diferenciação no ritmo, tempo e menor alcance cognitivo. Afirmando assim, que deficiência intelectual seria análoga a uma 'construção mental inacabada'.

As pesquisas de inspiração piagetiana que se seguiram às investigações de Inhelder (1963) confirmam a identidade intelectual de normais e deficientes. Todas elas atestam que os deficientes mentais se distinguem dos normais pela velocidade do ritmo de construção das estruturas do conhecimento e pelo nível final das operações, conforme as particularidades de cada caso. (MANTOAN, 1997, p. 57).

Ainda, esta pesquisadora preocupou-se mais com o diagnóstico da deficiência intelectual que com sua etiologia, delimitando algumas características da cognição das pessoas nesta condição. Igualmente constatou que muitas crianças atingem o nível das operações concretas, descrito por Piaget, porém dificilmente chegaram a atingir o nível das operações formais, característico do pensamento adulto.

Nesse sentido, Inhelder (1963) citada por Mantoan (1997), visualiza o desenvolvimento cognitivo da pessoa com deficiência intelectual de acordo com os estágios de Piaget e esclarece:

Enquanto a criança normal passa por vários estádios sucessivos, em um ritmo relativamente rápido, desligando-se depois de um período de oscilação das formas anteriores de seu raciocínio, o débil segue este mesmo desenvolvimento, num ritmo mais lento; por outro lado, quando alcança o limite superior, o seu raciocínio conserva em geral a marca dos níveis anteriores. Poder-se-ia inclusive dizer que na criança normal, os passos sucessivos de um nível ao seguinte se efetuam de modo cada vez mais rápido até o final da adolescência, em virtude da mobilidade crescente do pensamento operatório. Nos débeis observa-se o contrário: uma diminuição gradual do ritmo de desenvolvimento, que desemboca em um estado estacionário.

Enquanto o pensamento normal evolui no sentido de uma equilibração progressiva das operações definidas pela mobilidade e pela estabilidade crescentes do pensamento, o pensamento débil parece chegar a um falso equilíbrio caracterizado por uma certa viscosidade de raciocínio. (MANTOAN, 1997, p. 57).

Explicando a citação acima, a pessoa com deficiência intelectual pode atingir um estágio de desenvolvimento sem completar o estágio anterior, flutuando entre um estágio e outro. Assim sendo, essas passam pelos mesmos estágios de desenvolvimento estabelecidos por Jean Piaget, porém sua evolução se dá com lentidão e com períodos de flutuação.

Mantoan (1997), pautada na abordagem construtivista, relaciona resumidamente aspectos estruturais de uma pessoa deficiente intelectual:

- os deficientes mentais configuram uma condição intelectual análoga a uma “construção inacabada”, mas, até o nível em que conseguem evoluir intelectualmente, essa evolução se apresenta como sendo similar a das pessoas normais mais novas. Portanto, não existe uma diferença estrutural entre o desenvolvimento cognitivo de indivíduos normais e deficientes;
- embora possuam esquemas de assimilação equivalentes aos normais mais jovens, os deficientes mentais mostram-se inferiores às pessoas normais em face da resolução de situações problemas, ou seja, da colocação na prática de seus instrumentos cognitivos;
- apesar de se definir por paradas definitivas e uma lentidão significativa no progresso intelectual, a inteligência dos deficientes mentais testemunha uma certa plasticidade ao reagir satisfatoriamente a uma solicitação adequada do meio que vise à construção das estruturas mentais. (MANTON, 1997, p. 103)

Inhelder (1963) citada por Mantoan (1997), em sua pesquisa, pensou ainda em formas de intervenção pedagógica para possibilitar o avanço cognitivo do estudante com deficiência intelectual. Segundo ela, a organização e o planejamento da intervenção devem partir de uma observação e avaliação detalhada para identificar o estágio de desenvolvimento em que se encontra o estudante.

1.2 A Deficiência Intelectual e Deficiências Múltiplas no contexto da Escola Especializada

Para a matrícula na Escola Especializada os estudantes devem ter o diagnóstico de deficiência intelectual, associada ou não a outras deficiências ou

transtornos, com **déficits significativos**, tanto no funcionamento intelectual (QI), como nas relações com o contexto social, conforme explicam as cinco Dimensões propostas pela Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento – AADID (2010). Para frequentar a Escola Especializada, alguns estudantes necessitam de apoios extensivos ou contínuos, e outros dos apoios pervasivos ou generalizados.

Importante destacar que, apesar de todos os estudantes da Escola Especializada terem o diagnóstico de deficiência intelectual, de forma alguma se pode padronizar as características e necessidades destes, pois cada um é um, com sua história de vida, particularidades, necessidades, potencialidades, vivem em contextos familiares e sociais diferentes e por estes motivos demandam atenção individualizada.

Assim, com o objetivo de esclarecer quem é o público-alvo desta Escola, didaticamente, neste texto, consideraram-se as necessidades de apoio dos estudantes, as quais foram descritas em três grupos. A intenção da divisão em grupos não é de rotular, classificar ou categorizar, mas de contribuir para a identificação das necessidades educacionais especiais, planejar as intervenções pedagógicas e outros encaminhamentos que se fizerem necessários.

PRIMEIRO GRUPO	
Área Psicomotora	<ul style="list-style-type: none"> - A deficiência é identificada nas primeiras horas após o nascimento; - Na maioria dos casos apresentam deficiências múltiplas; - Apresentam comprometimento gravíssimo no desempenho das funções básicas e no desenvolvimento neuropsicomotor gerando severas restrições na mobilidade (incapacidade para locomoção), necessitam de treinamento da motricidade ampla, estas características se estendem ao longo da vida; - Necessitam receber estimulação essencial/precoce; - Apresentam saúde debilitada, assim necessitam de atenção médica hospitalar constante, que muitas vezes restringem suas atividades escolares e participação social; - Lesões no Sistema Nervoso Central, ocasionando respostas motoras inadequadas e desordenadas; - Excepcionalmente terão autonomia para se deslocar e responder a treinos simples de autoajuda.
Área Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Na avaliação intelectual alcançam escores baixíssimos, ou seja, o Quociente de Inteligência (QI) significativamente abaixo da média atendendo ao nível profundo. Comumente os estudantes não respondem a testagem formal. As funções cognitivas são severamente prejudicadas. A dificuldade de interpretar e diferenciar os estímulos visuais e auditivos recebidos interfere substancialmente no desenvolvimento das outras estruturas mentais básicas como atenção, memória, conceituação, raciocínio e linguagem; - Os estudantes deste grupo, de acordo com a teoria Piagetiana, encontram-se no estágio sensório-motor e dificilmente se desenvolveram para o estágio pré-operatório; - Dificuldades para comunicar-se na linguagem oral, e na compreensão dos convencionalismos sociais. Comunicação eventual através de fala estereotipada e rudimentar, acarretando prejuízos na interação com o meio.
Área Socioafetiva	<ul style="list-style-type: none"> - São dependentes de outras pessoas em quase todas as funções da vida diária (comer, vestir, asseio corporal), pois seus <i>handicaps</i> físicos e intelectuais são gravíssimos; - Comprometimentos gravíssimos nas interações sociais.
Área Acadêmica	<ul style="list-style-type: none"> - No contexto da Escola Especializada os estudantes se beneficiam de um currículo funcional com atividades que promovam as habilidades essenciais visando à melhoria de sua qualidade de vida.
Apoios	<ul style="list-style-type: none"> - Necessitam de apoios pervasivos ou generalizados, objetivando além dos cuidados físicos e ajudas na realização das necessidades básicas, a estimulação multissensorial e o estabelecimento de uma intencionalidade comunicativa.

Fonte: Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento – AADID (2010).

SEGUNDO GRUPO	
Área Psicomotora	<ul style="list-style-type: none"> - A deficiência é identificada precocemente, já nos primeiros meses de vida; - Quando bebês apresentam atraso acentuado no desenvolvimento psicomotor (sentar, engatinhar, andar). Na infância e vida adulta mostram alteração no padrão da marcha (coordenação dos movimentos do corpo, equilíbrio e postura), bem como, coordenação fina e manipulação de objetos; - Necessitam receber estimulação essencial/precocemente.
Área Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Na avaliação intelectual alcançam escores muito abaixo da média, atendendo ao nível severo; - Apresentam dificuldades para responder a testes formais; - Dificuldades significativas no desenvolvimento das funções cognitivas como falhas de atenção, fluxo lento de ideias, erros perceptivos, pobreza de associações, dificuldade para abstração e síntese; - Apresentam déficit significativo de linguagem e sua comunicação que pode ser feita através de palavras simples, algumas vezes utiliza-se de formas não-verbais; - Nos estágios de desenvolvimento postulados pela teoria Piagetiana, os estudantes deste grupo oscilam entre o estágio pré-operatório e o sensorio motor, dependendo das exigências das atividades pedagógicas ou de vida diária.
Área Socioafetiva	<ul style="list-style-type: none"> - Manifestam um nível de autonomia pessoal e social muito baixo, o que pode acarretar dificuldades para adaptar-se a novas situações, controlar emoções e estabelecer vínculos afetivos com colegas e professores; - Necessitam de supervisão nos hábitos elementares de cuidado pessoal e rotina de casa; - Realizam atividades simples de trabalho com supervisão.
Área Acadêmica	<ul style="list-style-type: none"> - As particularidades destes estudantes se evidenciam no contexto escolar pela dificuldade de apropriar-se dos conteúdos escolares, mas por meio de estratégias pedagógicas adequadas adquirem a leitura de palavras que estão presentes e são usadas no cotidiano, como por exemplo, logomarcas, nome do ônibus e alguns nomes próprios; - Beneficiam-se de um trabalho pedagógico sistemático, por meio de um currículo funcional envolvendo o treino das atividades de vida diária e vida prática.
Apoios	<ul style="list-style-type: none"> - Necessitam de apoios pervasivos ou generalizados.

Fonte: Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento – AADID (2010).

TERCEIRO GRUPO	
Área Psicomotora	<ul style="list-style-type: none"> - Compõe este grupo, aqueles estudantes que geralmente são identificados na segunda infância (3 - 6 anos); - Apresentam desenvolvimento motor aceitável, no entanto necessitam de um período maior que outras crianças para vencer cada etapa do desenvolvimento infantil; - Necessitam receber estimulação essencial/precoce.
Área Cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Na avaliação intelectual alcançam escores muito abaixo da média; - Dificuldades para entender conceitos abstratos, resolução de problemas, generalizar informações apreendidas para situações novas, baixo limiar de atenção, concentração e memória; - Comunicação limitada, com vocabulário suficiente para vida diária; - Muitos destes estudantes quando mediados pelo professor apresentam mobilidade entre os estágios pré-operatório e operações concretas.
Área Socioafetiva	<ul style="list-style-type: none"> - Necessitam de orientação nas situações sociais e atividades cotidianas; - Quando trabalhados sistematicamente adquirem hábitos de autonomia pessoal e social; - Possui compreensão de formalismos sociais (clareza quanto aos seus direitos e deveres, no sentido de respeito, limites e outros); - Apresentam noções de perigo em ambientes conhecidos.
Área Acadêmica	<ul style="list-style-type: none"> - As limitações na área cognitiva interferem na aprendizagem da leitura, escrita e cálculos matemáticos. Porém, com proposta pedagógica adequada, ajustes de temporalidade, adaptação de objetivos, conteúdos, metodologias e avaliação, acrescido da estimulação das áreas do desenvolvimento, podem se alfabetizar e adquirir conhecimentos teóricos, técnicos e operacionais, por meio de atividades ocupacionais, com objetivo de incluí-los socialmente, tanto na escola como em atividades ocupacionais.
Apoios	<ul style="list-style-type: none"> - Necessitam de apoios extensivos ou contínuos.

Fonte: Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento – AADID (2010).

1.3 Diferença entre deficiência intelectual e transtornos mentais

A **deficiência intelectual**, como descrito no item 1.1 deste documento, de acordo com a Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento – AADID caracteriza-se como um déficit no funcionamento

intelectual e limitações no comportamento adaptativo, que influencia substancialmente na aprendizagem e na realização de atividades da vida diária.

O **transtorno mental** é um comprometimento psiquiátrico que acomete a mente da pessoa e provoca alterações no modo como ela percebe a realidade, alterando o comportamento, as atitudes e o humor, causando impactos na sua vida social, ocupacional, familiar e pessoal. Os transtornos mentais como o transtorno bipolar, o transtorno do pânico, o transtorno opositor, a esquizofrenia, a depressão, e os quadros de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas, como álcool, cocaína, crack e outras drogas, devem ser tratadas com um médico psiquiatra para a utilização controlada de medicamentos e acompanhamento terapêutico.

Deficiência intelectual	Transtorno mental
<ul style="list-style-type: none"> • Não é doença é uma condição. 	<ul style="list-style-type: none"> • É uma doença descrita no Classificação Internacional de Doenças (CID 10)¹⁴.
<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamento intelectual significativamente inferior à média. 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamento intelectual preservado.
<ul style="list-style-type: none"> • Limitação no desenvolvimento das funções cognitiva, psicomotora e socioafetiva, necessárias para compreender e interagir com o meio e para realizar atividades do dia-a-dia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Perturbação de ordem psiquiátrica (neuroses e psicoses) afetam o desempenho da pessoa na sociedade, além de causar alterações de humor, bom senso e concentração, alteração na percepção da realidade.
<ul style="list-style-type: none"> • Manifesta-se geralmente na infância. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manifesta-se geralmente na adolescência e vida adulta.
<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho pedagógico especializado ajuda a criança e ou adolescente (em idade escolar obrigatória) a desenvolver ao máximo suas capacidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento psiquiátrico, psicológico e social em serviços da Rede de Atenção Psicossocial. Muitas vezes com prescrição medicamentosa.

¹⁴ Sugestão de leitura/pesquisa: DSM-5 - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais; e/ou Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS não é possível se construir uma definição única de transtorno mental uma vez que o entendimento de saúde mental também está associado à construção de critérios subjetivos, pautados em valores e diferenças culturais.

2 Transtornos Globais do Desenvolvimento/ Transtornos do Espectro Autista – TEA

2.1 Definição atual

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – V (DSM-V), publicado em 2013, absorveu as subcategorias do autismo como a síndrome de Asperger, o transtorno desintegrativo da infância e o transtorno do desenvolvimento não especificado e propõe a classificação de **transtornos do espectro autista – TEA** em substituição a de transtornos globais do desenvolvimento (TGD)¹⁵.

Na literatura encontram-se inúmeras teorias, clínicas e psicológicas, que discorrem explicações específicas quanto à etiologia, diagnóstico, características e atendimento das pessoas com autismo. Neste momento, iremos apenas destacar os critérios diagnósticos abordados pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – V (DSM-V).

Conceitos:

Transtorno do Espectro Autista – TEA

Os transtornos do espectro autista – TEA são transtornos complexos, de início precoce (antes dos 3 anos), que se mantém ao longo da vida e que

¹⁵ Na educação, até o momento, ainda denomina-se área Transtorno Global do Desenvolvimento, onde está englobado o Transtorno do Espectro Autista.

frequentemente ocasionam muitos prejuízos ao portador e aos seus familiares. Até pouco tempo os transtornos do espectro autista – TEA eram chamados de transtornos globais (ou invasivos) do desenvolvimento – TGD. (Estanislau e Bressan, p.219)

Autismo

Autismo é uma condição que reflete alterações no neurodesenvolvimento de uma pessoa, determinando quadros muito distintos, que têm em comum um grande prejuízo na sociabilidade. O autismo é considerado uma síndrome neuropediátrica, pois é caracterizado por um conjunto de sinais clínicos, nem sempre provocados por uma causa comum. (Estanislau e Bressan, p.220)

Espectro Autista

Espectro autista é um conceito que facilita a compreensão de que o autismo é uma condição muito variável de um caso para outro. Ele propõe que o transtorno seja relacionado a uma linha de dificuldades e competências, compreendendo desde quadros mais graves, com maior dependência de outras pessoas (autismo de baixo funcionamento), até quadros mais leves, com alterações mais sutis, muitas vezes nem identificadas ao longo da vida da pessoa (autismo de alto funcionamento). (Estanislau e Bressan, p.220)

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - V (DSM-V), deve-se considerar 05 (cinco) critérios para o diagnóstico clínico do Transtorno do Espectro Autista – TEA:

1. Déficits persistentes na comunicação e nas interações sociais manifestados por:

- a) Limitação ou falta na reciprocidade social e emocional;
- b) Limitação nos comportamentos de comunicação verbal e não verbal utilizado para interação social;
- c) Limitação em iniciar, desenvolver e manter relacionamentos com seus pares, variando de dificuldades com adaptação de comportamento para se ajustar às diversas situações sociais.

2. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestadas pelo menos por dois dos seguintes aspectos:

- a) Movimentos repetitivos e estereotipados no uso de objetos ou fala;
- b) Aderência excessiva à rotina, com insistência nas mesmas coisas ou padrões ritualísticos de comportamentos verbais e não verbais;
- c) Interesses restritos que são anormais na intensidade e foco;
- d) Comportamento sensorial incomum, com reação incomum aos estímulos do ambiente (hiper e hiporeativo).

3. Os sintomas devem estar presentes na primeira infância (mas podem não se manifestar plenamente, se as demandas do contexto social não exigir), podendo se manifestar até os 8 anos.

4. Os sintomas causam limitação e prejuízo no funcionamento para lidar com as situações da vida diária.

5. Esses distúrbios não são melhores explicados por deficiência cognitiva ou atraso global do desenvolvimento.

As características do Transtorno do Espectro Autista – TEA se apresentam normalmente antes dos três anos de idade, sendo possível fazer o diagnóstico por volta dos 18 meses de idade.

A principal mudança, descrita no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – V (DSM-V) foi a possibilidade da abrangência de variados níveis do transtorno, classificando-os de leve, moderado e severo, por

isso o termo “espectro”, devido à grande variabilidade de características que podem apresentar estes sujeitos conforme o quadro:

NÍVEL DE GRAVIDADE	COMUNICAÇÃO SOCIAL	COMPORTAMENTOS REPETITIVOS E RESTRITOS
Nível 3 “exigindo apoio muito substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, limitação em iniciar interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros.	Inflexibilidade de comportamento, extrema dificuldade em lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/ repetitivos, interferem acentuadamente no funcionamento em todas as esferas. Grande sofrimento/ dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 2 “exigindo apoio substancial”	Déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal, prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio, limitação em dar início a interações sociais e resposta reduzida ou anormal a aberturas sociais que partem dos outros.	Inflexibilidade do comportamento, dificuldade de lidar com a mudança ou outros comportamentos restritos/ repetitivos aparecem com frequência suficiente para serem óbvios ao observador casual e interferem no funcionamento em uma variedade de contextos. Sofrimento/dificuldade para mudar o foco ou as ações.
Nível 1 “exigindo apoio”	Na ausência de apoio, déficits na comunicação social causam prejuízos notáveis. Dificuldade para iniciar interações sociais e exemplos claros de respostas atípicas ou sem sucesso a aberturas sociais dos outros. Pode aparentar pouco interesse por interações sociais.	Inflexibilidade de comportamento causa interferência significativa no funcionamento em um ou mais contextos. Dificuldade em trocar de atividade. Problemas para organização e planejamento são obstáculos à independência.

FONTE: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5 (APA, 2013/2014, p. 52).

2.2 Transtornos do Espectro Autista – TEA / Transtornos Globais do Desenvolvimento no contexto da Escola Especializada

Os estudantes com Transtornos do Espectro Autista – TEA matriculados no contexto da Escola Especializadas são aqueles que de acordo com suas características peculiares necessitam de apoio substancial e/ou muito substancial tanto no aspecto pedagógico como clínico, ou seja, são aqueles classificados nos Níveis 2 e 3 descrito no DSM-V.

No contexto escolar os estudantes com Transtornos do Espectro Autista – TEA requerem atenção individualizada, apoio para autonomia e socialização, suporte intensivo e contínuo, recursos específicos, metodologias e adaptações curriculares significativas. Comumente necessitam de acompanhamento clínico de equipe multiprofissional (médico, psiquiatra, neurologista, entre outros), bem como envolvimento efetivo das famílias em todas as situações do cotidiano.

3 Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor

O desenvolvimento neuropsicomotor é um processo que tem início na vida intrauterina e se estende durante a infância até a vida adulta. Um adequado desenvolvimento auxiliará no crescimento e no desempenho das crianças, tanto na sua vida escolar como no convívio com a sociedade.

A literatura médica e a Psicologia descrevem parâmetros de normalidade, por meio de escalas do desenvolvimento infantil, nas áreas física, neurológica, motora, cognitiva, linguagem e afetiva. A criança que não está se desenvolvendo e/ou não alcança habilidades de acordo com a sequência de estágios pré-determinados são consideradas com atraso no desenvolvimento.

Profissionais da área de saúde (pediatras, neurologistas), usam o termo atraso no desenvolvimento neuropsicomotor como um diagnóstico provisório, até que a criança atinja a idade para se realizar um diagnóstico mais específico e assertivo.

Fatores que interferem no desenvolvimento infantil

De acordo com Perin (2010), os fatores que interferem no desenvolvimento infantil podem ser classificados em:

a) Pré-natal (antes do nascimento)

- Alteração de genes ou cromossomos (Down);
- Fatores ambientais ligados à saúde da gestante;
- Erros inatos do metabolismo (fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito);
- Microcefalia, hidrocefalia;
- Infecções na gravidez (rubéola, toxoplasmose, sífilis, AIDS);
- Desnutrição, alcoolismo, fumo, uso de remédios, exposição à radiação.

b) Peri-natal (durante o nascimento)

- Prematuridade;
- Baixo peso ao nascer;
- Problemas de parto (partos demorados, circular de cordão, parto pélvico);
- Icterícias graves por incompatibilidade sanguínea;
- Infecções;
- Hemorragia cerebral;
- Uso de fórceps;
- Anóxia (falta de oxigênio).

c) Pós-natal (após o nascimento)

- Prematuridade;
- Deficiência alimentar (desnutrição);
- Infecções agudas;
- Parasitoses intestinais;
- Doenças metabólicas;
- Problemas emocionais (privação de afeto e de estímulos);
- Violência, traumas.

Sinais de alerta

Perin (2010) descreve que mesmo em bebês ou em crianças muito pequenas é possível perceber se há atraso no processo evolutivo, como a observação do comportamento nas seguintes áreas:

a) Motora

- Assimetria ou ausência de reflexos;
- Alteração de tônus muscular (hipotonia, hipertonia, localizadas ou generalizadas);
- Posturas anormais;
- Atraso na aquisição dos marcos do desenvolvimento;
- Paralisias;
- Infecção óssea crônica e descalcificação óssea.

b) Visual

- Ausência de reação à luz;
- Ausência ou retidão de reflexos de proteção palpebral;
- Impossibilidade de fixação do olhar em pessoa ou objeto;
- Desvio fixo de um ou ambos os olhos;
- Diferença de tamanho de globo ocular;
- Fotofobia;
- Reação inflamatória;
- Nistagmo (movimentos oculares);
- Lacrimejamento constante;
- Quedas constantes;
- Cefaléias.

c) Auditiva

- Ausência de reação a sons ou percepção apenas de sons muito intensos;

- Ausência ou pobreza de emissão de sons;
- Indiferença ao meio;
- Atraso ou impossibilidade na aquisição da linguagem;
- Irritabilidade ou apatia constante;
- Hipersensibilidade a sons;
- Resposta aos estímulos lentos ou inexistentes.

d) Intelectual

- Pobreza de contato visual;
- Respostas inadequadas, pobres ou ausentes aos estímulos sensoriais ou motores;
- Alterações de comportamento, irritabilidade ou apatia;
- Indiferença às pessoas e ou ao meio;
- Ocorrência de crises convulsivas;
- Condutas estereotipadas.

Intervenção pedagógica

A condição de atraso no desenvolvimento é um dos critérios para a criança receber a intervenção/estimulação precoce/essencial na escola especializada com o objetivo de evitar o surgimento de sequelas adicionais, minimizar o efeito ou defasagens já existentes e desenvolver ao máximo as potencialidades da criança.

O trabalho de **estimulação precoce/essencial** deverá ser iniciado a partir do momento que o bebê ou a criança for diagnosticada como de risco ou com atraso no desenvolvimento, encaminhada por médicos pediatras e/ou neurologistas com avaliação clínica.

A avaliação pedagógica para subsidiar o trabalho do professor deverá pautar-se em escalas para avaliar o desenvolvimento de bebês, disponíveis na literatura específica.

III – AVALIAÇÃO DE INGRESSO NA ESCOLA ESPECIALIZADA



Figura elaborada pela Coordenação Pedagógica das Instituições Especializadas DEE/Seed/2018.

1 Avaliação Pedagógica de Ingresso

A **avaliação pedagógica de ingresso** na Escola Especializada é imprescindível, pois objetiva identificar as necessidades, possibilidades e potencialidades dos estudantes com deficiência intelectual, múltiplas deficiências e transtornos globais do desenvolvimento; compreender e responder as suas particularidades; determinar as intervenções específicas de que necessitam para o processo de ensino-aprendizagem e; oferecer subsídios aos profissionais avaliadores para decidir a respeito da necessidade de matrícula na Escola Especializada.

A **avaliação pedagógica de ingresso** deve principalmente informar quais as possibilidades de aprendizagem do estudante.

Para MARTINÍ (apud Coll, 1995, p.13)

A detecção e avaliação das necessidades educacionais especiais constitui uma etapa primordial. O objetivo não é conseguir encontrar os traços que permitam situar determinados alunos dentro de uma das categorias em que se distribuem as deficiências. Ele é muito mais abrangente, com mais nuances e mais ligado as possibilidades educacionais. Trata-se sem dúvidas, de conhecer os perfis evolutivos da criança, suas limitações e atrasos, determinando se existe uma etiologia orgânica ou ambiental. No entanto, a finalidade primordial é analisar suas potencialidades de desenvolvimento e de aprendizagem, avaliando ao mesmo tempo quais são os recursos educacionais que necessita e em que tipo de escola os mesmos

podem ser encontrados para conseguir que sua evolução seja satisfatória.

Portanto, a avaliação pedagógica de ingresso é um processo que visa tanto a tomada de decisões a partir da identificação das necessidades educacionais especiais, como orientar os profissionais da Escola no processo de ensino-aprendizagem.

1.1 Profissionais envolvidos na Avaliação Pedagógica

- Equipe pedagógica da escola e sempre que possível com a colaboração dos professores regentes, Arte e Educação Física.

1.2 O que avaliar

A **avaliação pedagógica de ingresso** na escola especializada é uma ação abrangente de responsabilidade não somente da equipe pedagógica, mas de todos os professores da escola e familiares. Desta forma, deve ser um procedimento sistemático que permita a identificação das necessidades pedagógicas do estudante no contexto em que está inserido.

Reafirma-se que não existe um modelo único e acabado para a **Avaliação de Ingresso**, cada escola pode organizar sua proposta com instrumentos, testes formais e informais, atividades diversas, observações, entrevistas e outros recursos, respeitando a idade e/ou ano de matrícula do estudante avaliado.

1.3 Deficiência Intelectual: avaliação pedagógica de ingresso na Escola Especializada

Orienta-se que **Avaliação de Ingresso** de estudantes com indicativos de deficiência intelectual na escola especializada, seja subsidiada conforme

modelo conceitual de funcionamento humano proposto pela Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento (AADID - 2010), que implica na investigação das cinco dimensões (habilidades intelectuais, comportamento adaptativo, saúde, participação e contexto), sendo que especificamente para a **avaliação pedagógica** destaca-se as Dimensões do **comportamento adaptativo, a participação e o contexto**.

a) Comportamento adaptativo:

De acordo com a Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento (AADID - 2010), o comportamento adaptativo é definido como um conjunto de **habilidades conceituais, sociais e práticas** que são adquiridas pela pessoa durante a vida, para corresponder às demandas do cotidiano. Em outras palavras, é o modo pelo qual as pessoas enfrentam as exigências do meio em que vivem (em casa, na escola, no trabalho e na comunidade) e o grau em que satisfaz os critérios de independência pessoal esperados para o seu grupo etário.

A Dimensão do **Comportamento Adaptativo** envolve 3 habilidades:

a.1) Habilidades conceituais:

- Funções cognitivas – tem um papel fundamental no processo de conhecimento e no ato de aprender. As principais funções cognitivas são percepção, memória, atenção, raciocínio, conceituação e linguagem (anexo). As funções cognitivas são desenvolvidas desde o nascimento até o envelhecimento. Estas funções criam-se e transformam-se em consequência do desenvolvimento e maturidade fisiológica, bem como, com interação da pessoa com o meio ambiente, portanto a cognição pode ser modificada no decorrer das fases da vida da pessoa.

A avaliação pedagógica da cognição deve ser planejada com atividades individuais e/ou em grupo. De acordo com a faixa etária do estudante, a equipe da escola organiza a avaliação usando recursos materiais diversificados como sucatas, brinquedos, jogos, quebra-cabeças,

computadores e testes formais e informais que estão à venda no mercado, respeitando a especificidade do profissional qualificado para usá-lo.

- Aspectos acadêmicos: Para aqueles estudantes que se encontram no processo de alfabetização deve-se averiguar a aprendizagem da leitura e escrita; interpretação de texto, números e cálculos matemáticos; conceitos de dinheiro, tempo; classificação e seriação; linguagem receptiva e expressiva.
- Aspectos psicomotores: Nesta linha de trabalho, a equipe deverá avaliar também o desenvolvimento **psicomotor**, que envolve a coordenação motora global dinâmica e estática, a coordenação motora fina, a coordenação visomotora e a dominância lateral (anexo). Para avaliação deste aspecto os avaliadores podem fazer uso de testes 'psicomotores' padronizados ou por meio de jogos, brincadeiras e atividades estruturadas para este fim.

a.2) Habilidades sociais:

São habilidades essenciais para prover uma vida independente e autônoma, de forma a atender as exigências da escola, do trabalho e da vida diária, como relacionamento interpessoal, responsabilidade social, prudência (cautela), autoestima, observância de regras e leis, capacidade de solucionar problemas sociais, entre outros.

a.3) Habilidades práticas:

As habilidades práticas são aquelas que a pessoa desenvolve para realizar tarefas essenciais exigidas no cotidiano, favorecendo sua independência e autonomia. Representam exemplos de habilidades práticas: autocuidado (alimentar-se, preparar alimento, deslocar-se, higienizar-se; vestir-se etc.); habilidades ocupacionais; uso do dinheiro; segurança; cuidados com a saúde; uso de transporte e viagem; cumprimento de rotinas; uso de equipamentos e recursos como telefones, dentre outros.

Para avaliação pedagógica das **habilidades sociais e práticas** a equipe de avaliadores deve considerar os contextos culturais do estudante e de seus pares, envolvendo no processo avaliativo os familiares, os professores, os

amigos, os empregados domésticos e outros que conhecem e convivem com o estudante avaliado, assim como observação do estudante em diferentes contextos.

Todas as observações, respostas e produções dos estudantes devem ser registradas, para posterior discussão análise e indicação de atendimentos e intervenções necessárias.

b) Dimensão da participação: Nesta Dimensão os profissionais deverão analisar as funções que o estudante desempenha no contexto em que vive, por meio de entrevistas com a família e observações do estudante em diferentes espaços.

c) Contexto: A avaliação do contexto é importante para conhecer as condições em que a pessoa vive no seu dia a dia que influencia diretamente na qualidade de vida.

Para avaliação pedagógica deve-se analisar:

- Espaço social imediato (família, cuidadores).
- Vizinhaça, comunidade, escola, serviços de apoio.
- Influências culturais, sociopolíticas e sociais mais amplas, do país e da nação.

1.4 Transtorno do Espectro Autista - TEA: Avaliação pedagógica de ingresso na Escola Especializada

A **avaliação pedagógica de ingresso** na escola especializada de estudantes com Transtorno do Espectro Autista – TEA, tem como objetivo organizar um plano de atendimento individualizado, uma vez, que o diagnóstico deste transtorno é de responsabilidade dos profissionais da saúde.

Assim, esta **avaliação pedagógica** poderá ser planejada e organizada seguindo o mesmo foco da avaliação da deficiência intelectual, tendo como referência a investigação do comportamento adaptativo (habilidades conceituais, sociais e práticas), pois oferece subsídios à equipe pedagógica para perceber se o desenvolvimento da criança/estudante corresponde ao

esperado para sua idade cronológica, nos aspectos cognitivos, psicomotores e socioafetivo.

A **Avaliação de Ingresso** balizará as decisões a serem tomadas na escola, quanto ao planejamento das intervenções pedagógicas necessárias para a aprendizagem do estudante.

2 Avaliação Clínica de Ingresso na Escola Especializada

As Dimensões da Saúde e Contextos, proposto pela Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento – AADID (2010, p.1) deverá ser avaliada pela equipe clínica e serviço social respectivamente. Esta avaliação tem como objetivos diagnosticar a deficiência intelectual ou Transtorno do Espectro Autista – TEA; complementar a avaliação pedagógica e oferecer subsídios para o planejamento dos apoios pedagógicos especializados.

A maioria das mantenedoras de escolas especializadas contam com equipe clínica para auxiliar o trabalho pedagógico, por meio de credenciamento com o Sistema Único de Saúde – SUS, com a Secretaria Municipal de Saúde e ainda, com profissionais contratados com recursos próprios. Quanto àquelas escolas que não têm em seu quadro funcional profissionais das áreas clínica e social, devem solicitar à família laudo de avaliação, realizado por equipe externa à escola, para complementar a avaliação pedagógica.

Neste documento, não se pretende de modo algum traçar diretrizes para a avaliação clínica, uma vez que cada profissional tem formação específica, linha de trabalho e concepções que norteiam sua atuação, no entanto apresenta à escola, a organização desta avaliação que tem como objetivo a orientação de um trabalho pedagógico.

2.1 Deficiência Intelectual: Avaliação Clínica de ingresso na Escola especializada

2.1.1 Profissionais envolvidos:

- a) Avaliação Psicológica: Psicólogo.
- b) Avaliação Médica: Médicos (psiquiatra, neurologista, pediatras, clínico geral), fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, entre outros.
- c) Assistente social.

Avaliação Psicológica

Esta avaliação é realizada somente pelo psicólogo, que se utiliza de testes psicométricos para encontrar o Quociente de Inteligência – QI. Para o diagnóstico da deficiência intelectual é considerado o escore aproximado de dois desvios padrão abaixo da média. Para ser considerado público-alvo da Escola Especializada, o estudante deverá apresentar, nesta avaliação, um escore muito abaixo da média.

Bassedas, et. al. (1996) entendem que o diagnóstico psicológico consiste num processo de análise da situação do estudante com dificuldades dentro do contexto da escola e da sala de aula, com o objetivo de orientar e instrumentalizar os professores no processo de ensino e de aprendizagem. Nessa proposta, tanto o psicólogo quanto o professor trabalham juntos, sendo corresponsáveis pelo processo de conhecimento e avaliação das dificuldades dos estudantes.

Neste processo de avaliação o Psicólogo, pode ainda, avaliar a dinâmica familiar, os conflitos emocionais, a autoestima e formas de aprender do estudante, relacionando as observações e resultados com os apontamentos realizados pelos profissionais que compõe a equipe multiprofissional.

Médicos (psiquiatra, neurologista, pediatras, clínico geral), **fonoaudiólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional**, entre outros.

A Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento – AADID descreve que os dados da 4ª Dimensão (Saúde) são clínicos. Sendo estes relevantes para as conclusões dos encaminhamentos necessários.

- **Médicos** (psiquiatra, neurologista, pediatras, clínico geral): De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS - 1993), saúde refere-se ao estado de bem-estar físico, mental e social. O estado de saúde de uma pessoa pode afetar seu funcionamento em todos os aspectos, assim, uma boa saúde colabora para maior participação da pessoa nas atividades sociais e comunitárias (trabalho, lazer, recreação etc.), enquanto que limitações na saúde (doenças, problemas de nutrição e mobilidade etc.) restringem as atividades da vida diária e participação social.

Em muitos casos a deficiência intelectual pode estar associada a outros tipos de patologias como, por exemplo, com os transtornos psiquiátricos, necessitando de acompanhamento medicamentoso.

- **Fonoaudiólogo:** na Escola Especializada é o profissional responsável pela avaliação, diagnóstico e acompanhamento dos estudantes na comunicação, visando detectar alterações fonoaudiológicas relacionadas à audição, à voz e às linguagens oral e escrita para orientar o processo de alfabetização.
- **Fisioterapeuta:** na Escola Especializada esse profissional avalia e acompanha o desenvolvimento psicomotor, tônus muscular, equilíbrio e postura e demais aspectos que compreendem a avaliação fisioterápica.
- **Terapeuta Ocupacional:** realiza a avaliação da capacidade funcional do estudante na execução das atividades correlacionadas aos aspectos escolares e a autonomia envolvendo as atividades de vida diária (alimentação, vestuário, higiene e locomoção).

Serviço Social:

A Associação Americana de Deficiência Intelectual e de Desenvolvimento – AADID comenta que a 3ª Dimensão (Participação) e a 5ª Dimensão (Contextos), são significativas, pois influenciam substancialmente nas atividades do estudante de acordo com o contexto social em que está inserido, por isto, torna-se de especial relevância a avaliação feita por este profissional.

2.2 Transtorno do Espectro Autista – TEA: Avaliação Clínica de Ingresso na Escola Especializada

Profissionais envolvidos:

- a) Psicólogo.
- b) Médicos (psiquiatra, neurologista).
- c) Assistente social.

O diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista – TEA é essencialmente clínico, isto é, baseia-se na observação e na história do estudante, realizado preferencialmente por equipe multiprofissional, incluindo, pelo menos, um neuropediatra e/ou um psiquiatra, e/ou um psicólogo, geralmente realizado de acordo com os critérios apresentados por duas fontes oficiais, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – V (DSM-V) e a Classificação Internacional de Doenças – CID 10 elaborado pela Organização Mundial da Saúde – OMS.

Existem inúmeros instrumentos que os profissionais envolvidos utilizam para confirmar ou não a hipótese de Transtorno do Espectro Autista – TEA como:

- **Anamnese** (entrevistas) com pais ou responsáveis para conhecer a história do desenvolvimento do estudante, comportamento social, atividade motora, comunicação, bem como, o contexto social em que vive.
- **Observações** estruturadas do comportamento social, comunicação, atividade motora em diferentes contextos.
- **Escala de Avaliação**, consiste em instrumentos que sistematizam os comportamentos a serem observados. As 4 escalas mais conhecidas, segundo Teixeira, são:

1. CARS – *Childhood Autism Rating Scale* – é uma escala com 15 itens que auxiliam no diagnóstico e na identificação de crianças com autismo, além de ser sensível na distinção entre autismo e outros atrasos no desenvolvimento.

2. M-Chat – *Modified Checklist for Autism in Toddlers* – é uma escala de rastreamento que pode ser utilizada em todas as crianças durante visitas pediátricas, com o objetivo de identificar traços de autismo em crianças de idade precoce. Deve ser aplicada nos pais ou cuidadores da criança, sendo autoaplicável e simples.

3. ABC – *Autism Behavior Checklist* – é um questionário constituído por 57 itens elaborados para a avaliação de

comportamentos autistas em pessoas com deficiência intelectual e que ajuda na identificação de diagnóstico diferencial de autismo.

4. PEP-R – *Psicoeducacional Profile Revised* – é um instrumento de medida da idade de desenvolvimento de crianças com autismo ou com transtornos correlatos da comunicação. Esse instrumento surgiu em função da necessidade de identificar padrões irregulares de aprendizagem, visando a subsequente elaboração do planejamento psicoeducacional, segundo os princípios do Modelo TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA - TEACCH (Teixeira (2016, p. 53).

IV - RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE INGRESSO

O Relatório da **Avaliação de Ingresso** na escola especializada é um documento que descreve todo o trabalho realizado pelos profissionais envolvidos (equipe multiprofissional: educacional e clínica) no processo avaliativo, após discussão e análise qualitativa das informações coletadas.

Este documento deve:

- Sintetizar o desempenho apresentado pelo estudante em todas as áreas avaliadas.
- Iniciar pelos pontos positivos e pelas potencialidades e posteriormente descrever as dificuldades apresentadas.
- Apresentar linguagem clara e objetiva, não deixando margem para dúvidas ou duplas interpretações.
- Evidenciar a natureza e a extensão das potencialidades e dificuldades apresentada pelo estudante e seu perfil de desenvolvimento;
- Evitar usar siglas, terminologias técnicas ou de difícil compreensão; caso se faça necessário, colocar o significado entre parênteses.
- Descrever todos os instrumentos que foram utilizados no seu aspecto qualitativo.
- Descrever uma síntese de todas as áreas avaliadas pelos diferentes profissionais e os instrumentos utilizados.

Sugestão de Relatório

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE INGRESSO NA ESCOLA ESPECIALIZADA

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

NRE: _____ Município: _____

Escola: _____

Estudante: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Filiação: _____

Data da Avaliação: ____/____/____

Avaliador(es): _____

2. SÍNTESE DAS ÁREAS AVALIADAS:

2.1 Avaliação Pedagógica

✓ Habilidades conceituais (funções cognitivas, aspectos acadêmicos e psicomotores), habilidades sociais e práticas.

2.2 Avaliação Clínica

Sintetizar o desempenho apresentado pelo estudante em cada uma das áreas avaliadas.

Obs.: Quando a avaliação clínica for realizada por profissionais externos à escola, anexar o laudo do profissional no Relatório da Avaliação Pedagógica.

2.3 Avaliação do Serviço Social

Sintetizar os pontos relevantes colhidos nas entrevistas e observações.

3. CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA

Descreve-se a conclusão de todo processo da avaliação, possibilitando uma visão globalizada do avaliado.

4. INDICAÇÕES PEDAGÓGICAS

Indicar os subsídios para a elaboração do Plano de Atendimento Individualizado, elaborado pelo professor, para ser trabalhado em sala de aula.

Obs.: Todas as dificuldades levantadas no processo avaliativo deverão conter sugestões / orientações de trabalho / atividades a serem desenvolvidas pelo professor.

5. ENCAMINHAMENTOS

Quando necessário sugerir atendimentos complementares.

6. OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Descrever neste campo as considerações que ainda se fizerem necessárias.

Local e Data

Assinatura dos avaliadores

V. REFERÊNCIAS

AJURIAGUERRA; MARCELLI. **Manual de psicopatologia infantil**. Porto Alegre: Artes, 1991.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. DSM- V – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Dayse Batista; 5. ed. Porto Alegre, Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE RETARDO MENTAL. Retardo mental: definição, classificação e sistemas de apoio. 10. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2006.

AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. **Intellectual disability**: definition, classification, and systems of supports. Washington, DC: AAIDD, 2010.

BASSEDAS, E. et al. **Intervenção educativa e diagnóstico psicopedagógico**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996.

BEYER, H. O. **O fazer Psicopedagógico**: A abordagem de REUVEN FEUERSTEIN a partir de Piaget e Vygotsky. Porto Alegre: Mediação, 2002. 3ª ed.

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Pública de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Avaliação para identificação das necessidades educacionais especiais**. Brasília: MEC/SEESP, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **A Educação Especial na Perspectiva da Inclusão Escolar – Os alunos com Deficiência Visual: Baixa Visão e Cegueira**. Brasília, 2010.

BRASIL. **Saberes e práticas da inclusão: dificuldades acentuadas de aprendizagem ou limitações de desenvolvimento**. 2. ed. Brasília: MEC, SEESP, 2003.

BLOOM, B. S. et al. **Taxionomia de objetivos educacionais**. 6. ed. Porto Alegre: Globo, 1977.

CARNEIRO, M. S. C. **Deficiência mental como produção social: uma discussão a partir da história de vida de adultos com Síndrome de Down**. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. Disponível em <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/10829>. Acesso em ago. 2018.

CIASCA, Sílvia Maria. **Distúrbio de Aprendizagem - uma questão de nomenclatura**. IN Revista SINPRO. Rio de Janeiro. 2005

COLL, Cesar; MARCHESI, Álvaro; PALÁCIOS, Jesus. **Desenvolvimento psicológico e educação. Transtornos de desenvolvimento e necessidades educativas especiais**. Porto Alegre: Artmed. 2010 v. 3.

CONGRESSO INTERNACIONAL SOCIEDADE INCLUSIVA. **Declaração internacional de Montreal sobre Inclusão**, em 5 de junho de 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_inclu.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2018.

DEFENDI, E. L. **Construção do Conhecimento – Teorias do desenvolvimento**. Apostila do curso de Psicopedagogia da Universidade Gama Filho. RJ: 2011.

FERNANDES, S. **Fundamentos para Educação Especial**. Curitiba: IBPEX, 2007.

MANTOAN, M. T. E. **Ser ou estar:** eis a questão. Explicando o déficit intelectual. Rio de Janeiro, WVA, 1997.

MERCADANTE, M.T. SCAHILL, L. **Psicofarmacologia da Criança.** São Paulo: Memnon, 2005.

MEUR, A.; STAES, L. **Psicomotricidade:** educação e reeducação. São Paulo: Ed. Manole, 1991.

PAN, M. A. G. de S. **O direito à diferença:** uma reflexão sobre a deficiência intelectual e a educação inclusiva. Curitiba: IBPEX, 2008.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Educação. Superintendência de Educação. Departamento de Educação Especial. **Recursos pedagógicos na aprendizagem:** subsídios e orientações. Curitiba: SEED/SUED/DEE, 1999.

PERIN, A. E. **Estimulação Precoce:** Sinais de Alerta e Benefícios para o Desenvolvimento. Instituto de Desenvolvimento Educacional do Alto Uruguai – IDEAU. Estação, RS: Vol. 5, nº 12, Julho – Dezembro, 2010. Disponível em: <https://www.ideau.com.br/getulio/restrito/upload/revistasartigos/161_1.pdf>. Acesso em: 27/10/2018.

PIAGET, J. **Psicologia e Pedagogia.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

PIAGET. **A Psicologia da Criança.** São Paulo – Rio de Janeiro: DIFEL – Difusão Editorial, 6. ed, 1980.

PLETSCH, M. D. **Repensando a inclusão escolar de pessoas com deficiência mental:** Diretrizes políticas, currículos e práticas pedagógicas. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade do Estado do RJ – Faculdades de Educação, março de 2009. Disponível em:<http://www.eduinclusivapesq-uerj.pro.br/teses/pdf/pletsch_tese.pdf>. Acesso em março de 2018.

RUILOBA, J. **Introducción a la psicopatología y la psiquiatria.** 5. ed. Barcelona. 2002.

TAILLE, Y. de L.; OLIVEIRA, M. K.; DANTAS, H. **Piaget, Vygotsky e Wallon:** teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus, 1992.

VAYER, P. **O equilíbrio corporal:** uma abordagem dinâmica dos problemas da atitude e do comportamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

ANEXO

ÁREAS DO DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento humano é um processo de mudanças contínuas nos aspectos físico, motor, intelectual, social e afetivo que ocorrem desde o momento da concepção até a vida adulta.

A Psicologia do Desenvolvimento que estuda cientificamente o desenvolvimento humano, postula que as áreas cognitiva, psicomotora, afetiva e social, são fundamentais para o processo de aprendizagem, que devem ser trabalhadas com todos os estudantes e em especial com aqueles com problemas de aprendizagem.

1 – ÁREA PSICOMOTORA

Entende-se por psicomotricidade a integração das funções motoras e mentais, comandadas pelo Sistema Nervoso Central.

A psicomotricidade destaca a conexão íntima dos aspectos afetivos com a motricidade, com o simbólico e com o cognitivo.

Segundo Piaget, a realização do movimento leva à assimilação, pois favorece a formação das imagens mentais (pensamento simbólico) que serão utilizadas quando do ingresso no processo de alfabetização.

O desenvolvimento psicomotor abrange os itens didaticamente distintos:

- a) Coordenação motora ampla;
- b) Coordenação motora fina;
- c) Imagem e esquema corporal;
- d) Lateralidade;
- e) Estruturação e orientação temporal;
- f) Estruturação e orientação espacial;
- g) Equilíbrio, postura e tônus;
- h) Coordenação dinâmica manual.

a) Coordenação Motora Ampla

É a condição que primeiramente deve ser desenvolvida na criança. Envolve trabalho com os membros superiores (braços, ombros, cabeça, pescoço) e membros inferiores (pernas, quadril e pés).

Observar o desenvolvimento do estudante em atividades como:

- Correr;
- Arremessar;
- Pular;
- Saltitar;
- Dançar;
- Destreza e agilidade motora;
- Força muscular;
- Equilíbrio e ritmo;
- Coordenação muscular.

b) Coordenação Motora fina

Diz respeito aos trabalhos mais finos, que podem ser executados com as mãos e dedos (tem grande importância entre mãos e olhos).

Observar o desenvolvimento do estudante em atividades manuais como:

- Recortar;
- Picotar e rasgar com os dedos;
- Pintar e desenhar;
- Montar figuras de animais e objetos;
- Pegar objetos com as duas mãos ou com uma mão, arremessar em diferentes distâncias.

c) Imagem e Esquema Corporal

A imagem corporal é singular, própria de cada um, é incomparável e incomensurável, está ligada ao sujeito e a sua história.

A imagem do corpo representa uma forma de equilíbrio entre as funções psicomotoras e sua maturidade. Ela corresponde a um conjunto funcional, cuja finalidade é favorecer o desenvolvimento global do indivíduo. A imagem corporal se organiza através das relações com os pares e adultos no contexto social em que a criança está inserida.

Podemos dizer que imagem corporal é o que o sujeito pode dizer sobre seu próprio corpo e das possibilidades de expressar-se por meio dele.

Esquema Corporal é a representação mental do corpo e a possibilidade de expressar-se por meio dele. Conhecimento do esquema corporal é necessário para o corpo se organizar no espaço que o rodeia, bem como os seus movimentos e as ações. Assim, a criança/estudante com uma boa noção de corpo executa suas ações por meio dos segmentos corporais, atribuindo a cada um deles a função e responsabilidade por um movimento bem executado.

Observar o desenvolvimento do estudante em:

- Exercícios respiratórios onde envolvam inspiração, expiração, ritmos, esforço, movimento.
- Exercícios que envolvam o corpo nas mais diferentes posições (sentado, deitado, em pé, de joelho, encostado na parede...).
- Exercícios orofaciais (olhos, boca e rosto), cabeça, tronco, eixo corporal e membros.
- Exercício com músicas, cantiga, sons ambientais e corporais.
- Exercício em frente ao outro, onde a criança imita o movimento.

d) Lateralidade

É a dominância que um lado do corpo tem em relação ao outro, nos níveis da força e precisão de movimentos.

A lateralidade é o estabelecimento da dominância lateral de mão, pé e olho.

Uma lateralidade bem definida assegura à criança maior facilidade de aprender as posições à direita e à esquerda em relação ao seu corpo e da comparação dos objetos entre si.

O conceito da direita e da esquerda está intrinsecamente ligado ao conceito da imagem corporal.

Observar o desenvolvimento do estudante em atividades que envolvem:

- Deslocamento para a direita e esquerda (rolar, andar, correr...).
- Movimento de cabeça, braço, perna, tronco, para a direita e esquerda.

e) Estruturação e Organização Temporal

É a tomada de consciência da sucessão e periodicidade dos acontecimentos, bem como de caráter irreversível do tempo. A separação entre adaptação temporal e espacial é apenas resultado da organização didática dos conteúdos, o movimento na realidade expressa uma simbiose melódica e interiorizada do espaço e do tempo.

“O tempo vivido está inteiramente ligado ao espaço reconhecido [...]” (Fonseca, 1988, p.273).

Na orientação temporal dedicamos atenção especial ao “ritmo” que auxilia a apreensão da sucessão temporal em termos de duração e intervalo.

A atividade rítmica tem papel fundamental na edificação intelectual e na maturidade das atividades motoras sincronizadas.

Piaget dedica especial atenção à evolução do espaço e do tempo em termos estruturalistas, defendendo também a importância das relações espaço-temporais e causais no nascimento da inteligência.

Podemos considerar dois tipos de tempo: o objetivo e o subjetivo.

O tempo objetivo é o tempo matemático, linear, idêntico e cronológico (segundo, minuto, hora,...).

Enquanto o tempo subjetivo varia conforme o “desejo” da pessoa (prazer e desprazer).

Observar o desenvolvimento do estudante em atividades com:

- Ritmos internos (respiração, pulsação, batimentos cardíacos);
- Ritmos externos (simples, fortes, suaves);
- Ritmos cadenciados (cadências codificadas com diferentes tempos);
- Acompanhamento rítmico (tambor, chocalhos, clavas...);
- Andar, correr, engatinhar, rolar em diferentes ritmos.

As atividades para a estruturação e organização do tempo, através do ritmo, favorecem a atenção e a memória, exigindo a apreensão atenta da sucessão temporal em termos de duração e intervalo.

f) Estruturação e Organização Espacial

É a tomada de consciência da situação do próprio corpo na relação com o meio ambiente. A organização do mundo exterior parte do “eu” como referência, depois com relação ao outro, aos objetos e dos objetos entre si.

Observar o desenvolvimento do estudante em atividades como:

Orientação do corpo no espaço

- Explorar as mais diferentes formas de deslocamentos: caminhar, engatinhar, rolar, arrastar, pular (rápido, lento, perto, longe, em cima, próximo, embaixo...).

Orientação do espaço imediato

- Explorar deslocamentos que envolvam posições do corpo (dentro/fora, acima/embaixo, entre).

Ex.: Andar entre as carteiras, passar por baixo da mesa, e entrar na caixa ou pular dentro do arco.

Sentido da distância

- Explorar deslocamentos que envolvam distâncias com relação ao corpo e dos objetos entre si (andar perto da parede, longe dos colegas, ocupar com o corpo o máximo de espaço possível / o mínimo de espaço possível).

Desenvolver noções de direita e esquerda

- Explorar com movimentos corporais o lado direito e esquerdo (de seu corpo, do corpo do colega, andar, correr, saltar, pular, rolar ...).

g) Equilíbrio, postura e tônus

Capacidade de manter tônus de suporte para o deslocamento do corpo no espaço. O equilíbrio, o tônus e a postura formam a base essencial da coordenação dinâmica global. Os exercícios de equilíbrio têm a finalidade de melhorar o comando nervoso, a precisão motora e o controle global dos deslocamentos do corpo no espaço.

Observar o desenvolvimento do estudante em atividades como:

- Exercícios de equilíbrio estático (parado) e dinâmico (em movimento);
- Movimentos pendulares do corpo;
- Passar o peso do corpo de um lado para outro;
- Exercícios de relaxamento;
- Exercícios de reflexão do corpo, pernas, braços;
- Subir e descer escadas;
- Pular amarelinha;
- Marchas;
- Pular corda.

h) Coordenação Dinâmica Manual

É o domínio harmonioso e delicado dos gestos. Os exercícios de coordenação óculo-manual têm como objetivo o domínio do campo visual, associado à motricidade fina.

O domínio da coordenação visual e da motricidade fina são elementos básicos para a escrita.

Desenvolver a habilidade manual significa facilitar a escrita (grafismo).

Observar o desenvolvimento da criança em atividades como:

Coordenação dinâmica manual/visual

- Movimentos coordenados de mão e olho (lançar bola, jogar bolinha de gude, rasgar, abrir, fechar etc.);
- Movimento dos olhos (direito, esquerdo, para cima, para baixo);
- Movimentos das mãos e dedos (amassar argila, manipular, enfiar, cortar, separar grãos, pintura a dedo, movimento de abrir e fechar as mãos e os dedos).

Observar o desenvolvimento do estudante em atividades como:

- recorte, dobradura, colagem, modelagem, pinturas, alinhavos, encaixes, colagem, seriação, classificação.

2 – COGNIÇÃO

Cognição é o ato ou ação de conhecer ou de adquirir conhecimentos. Crianças com dificuldades nesta área costumam ser distraídas e vagarosas, com a abstração prejudicada e o pensamento lento e concreto. São lentas para aprender e armazenar conhecimentos formais.

O desenvolvimento desta área requer a estimulação da:

- Percepção;

- Memória;
- Atenção;
- Raciocínio;
- Conceituação;
- Linguagem.

a) Percepção

Percepção é o ato de conhecer, interpretar e diferenciar os estímulos recebidos. É o meio pelo qual o indivíduo organiza e chega a entender os fenômenos que constantemente influem sobre ele.

Observar o desenvolvimento da criança/estudante em atividades como:

I – Percepção Visual:

- Motilidade Ocular: verificar se o estudante acompanha com os olhos movimentos de diferentes objetos (bola, pião, borboletas etc.).
- Discriminação de cores, formas, tamanhos, quantidades, direções, semelhanças e diferenças.

II – Percepção Auditiva:

- Identificação e discriminação de diferentes sons;
- Jogos de rima;
- Treinamento de ritmo (através de marcha, palmas, dança etc.).

III – Percepção Gustativa

- Reconhece sabores: doces, salgados, amargos, azedos, picantes.

IV – Percepção Olfativa:

- discriminação de odores;
- Comparação de cheiros.

V – Percepção Tátil:

- a verificar a sensibilidade das mãos e dedos (texturas, formas, temperaturas).

VI – Percepção Temporal:

1. Tempo: é a percepção da sequência em que se apresenta os diferentes estímulos, do intervalo de tempo que guardam entre si e da duração preenchida por cada um destes estímulos.

A percepção temporal relaciona-se à audição (discriminação auditiva), pois a criança precisa captar e discriminar a duração (curta – longa – média) e sucessão dos sons (fatos) que ocorrem no tempo.

A orientação no tempo durante a realização de tarefas tem como pré-requisito a discriminação da duração e sucessão dos sons. O estudante precisa dominar determinados conceitos temporais, tais como: ontem, hoje, amanhã, dias da semana, meses, horas, estações do ano...

A ausência do pré-requisito orientação temporal pode causar dificuldade na pronúncia e na escrita de palavras, trocando a ordem das letras ou invertendo-as.

b) Memória

Memória é a capacidade de registrar, fixar e recordar estímulos visuais, auditivos e táteis.

I – Memória Visual

Consiste na capacidade de reter e recordar com precisão uma série de estímulos apresentados visualmente.

Na aprendizagem, a memória visual desempenha um papel muito importante, pois permite que a criança forme uma imagem visual das palavras, o que facilita o reconhecimento rápido e instantâneo dos símbolos impressos durante a leitura. Na escrita, permite a utilização correta da grafia, ao escrever palavras formadas por letras, cujos sons podem ser representados por duas ou mais letras diferentes, ex.: o som “sa” pode ser representado tanto pela grafia / ssa / como pela grafia / sa /. A escolha correta de uma ou outra grafia depende do fato da palavra a ser escrita, estar ou não retida na memória visual.

Observar o desenvolvimento do estudante em atividades como:

- De compreensão de estímulos visuais (apresentar figuras simples e pedir para que a criança descreva, aumentando gradativamente as dificuldades).
- Reprodução de situações ocorridas em filmes, desenhos animados, passeios etc.
- Reproduzir desenhos.
- Trabalhar com rótulos e logotipos.
- Apresentar diferentes objetos, retirar um, indicar qual foi retirado.
- Trabalhar com jogos de memória e de completar figuras.

II – Memória Auditiva

É a capacidade de reter e recordar informações capturadas auditivamente.

É essa capacidade que vai permitir ao criança/estudante fixar e reproduzir oralmente, ou por escrito, as informações recebidas auditivamente, bom como fazê-lo lembrar quais os sons correspondentes aos símbolos gráficos visualizados.

Dificuldades na memória auditiva são responsáveis por falhas na associação de símbolos gráficos, discriminados visualmente, aos correspondentes sonoros.

Dentre as atividades que podem auxiliar o estudante no desenvolvimento da memória auditiva estão:

- Identificar sons onomatopaicos;
- Decorar músicas, poesias, versos, etc.;
- Trabalhar com séries de sons (ex.: 2 batidas de palmas, 1 batida de pé, etc.);
- Repetição das ideias principais de uma história, trecho lido, frase, etc.

III – Memória Visomotora

É a capacidade de reproduzir, com movimentos dos segmentos corporais, experiências visuais anteriores. A memória visomotora é responsável pela eficiência da escrita e da caligrafia, pois para o traçado das letras é necessária a memorização de movimentos motores. A criança com dificuldades

visomotoras dificilmente se lembrará do traçado a ser executado para escrever as letras, quer no ditado ou na escrita espontânea.

Na cópia, estas dificuldades caracterizam-se pelo fato da criança copiar cada elemento isoladamente e, conseqüentemente com lentidão para realizar a tarefa.

Observar o desenvolvimento do estudante em atividades como:

- Reprodução de desenhos ou dobraduras, retirar o modelo, e pedir para que reproduza.
- Reprodução de movimentos do corpo.
Ex.: levantar: 1° o braço direito,
 2° o braço esquerdo,
 3° balançar a cabeça.
- Sequência de palmas, com diferentes intervalos;
- Saltitar para diferentes lados;
- Reconstrução da memória, em situações da vida diária (como: ir às compras, à escola, à festas, ...);
- Cópia lenta.

c) Atenção

Constitui-se no modo como a mente relaciona e fixa determinados estímulos por um período do tempo variável, seguindo motivação e a fadiga do sujeito.

O desenvolvimento da atenção pressupõe atividades que se desencadeiam por força da motivação (motivo de ação) e que despertem o interesse das crianças/estudantes. Sugere-se não sobrecarregá-las com muitos estímulos, evitando-se o oposto à atenção seletiva, que é a distração. Igualmente importante é o grau de complexidade das situações estimuladoras. Tanto as muito simples como as muito complexas podem ocasionar redução na capacidade atenta que, por desinteresse ou ansiedade tornam a atenção

baixa e dispersa. Os jogos, em geral, costumam estimular a atenção alta e concentrada, em qualquer criança, recomenda-se, porém, não se exceder naquelas que exacerbam o clima competitivo, gerador de ansiedade, particularmente quando se trata de criança/estudantes com dificuldades de aprendizagem.

Observar o desenvolvimento do estudante em atividades como:

- Jogos: de peças, quebra-cabeças, completar figuras, sequência de cores, formas e tamanhos, de 7 erros;
- Brincadeiras: lenço-atrás, dança das cadeiras, passa anel, bola-bobo, dominó, Xadrez, vídeo-game, etc.;
- Relaxamento;
- Equilíbrio.

d) Raciocínio

Entende-se por raciocínio as formas de pensar graças as quais se procuram resolver problemas: coletando dados, levantando hipóteses, selecionando a melhor e testando-a.

Compreende-se por este conceito, que raciocínio e pensamento estão intimamente relacionados. O raciocínio, embora seja processo subjetivo, não visível, manifesta-se oralmente, por escrito ou através da mímica, evidenciando o modo como o pensamento se organiza.

O pensamento é uma forma cognitiva complexa que ocorre em estágios mais avançados do desenvolvimento do indivíduo. Corresponde ao processamento de dados fornecidos pela atividade perceptiva, envolvendo uma série de etapas que culminam com uma solução súbita para a situação – problema. A isso se denomina “insight”, ou resultado da busca configuração de partes que, isoladas, mostravam-se sem sentido, passando a tê-lo graças à reorganização perceptiva, que permitiu o discernimento.

Citamos algumas atividades que despertam a motivação do estudante para pensar, analisar situações, criar...

- Solucionando quebra-cabeças;
- Identificando relações de igualdade, semelhanças e diferenças, entre objetos e situações;
- Estabelecendo nexos históricos causais (usando-se, por exemplo, quadrinhos para história em suas sequências lógicas);
- Inventando histórias e jogos;
- Criticando;
- Tirando conclusões lógicas de enunciado inclusos;
- Analisando e sintetizando configurações gráficas ou contextuais, dentre outras.

e) Conceituação

Entende-se por conceituação a categorização ou a classificação dos objetos através da abstração de suas características gerais, o que permite a representação dos mesmos pelo pensamento. A qualidade da capacidade de abstrair interfere significativamente na capacidade de categorizar, de classificar, ou seja, de conceituar.

Conceituar significa, portanto, classificar objetos segundo critérios como: sua natureza (animais, flores, etc.), o material de que são feitos (madeira, vidro, etc.), sua utilidade (mobiliário, vestuário, etc.) ou outras propriedades, isoladas ou combinadas.

A formação do conceito é particularmente difícil para crianças com dificuldades de aprendizagem. Muitas vezes aprendem de memória (decorando), não sendo capazes de fazer transferência dos conceitos aprendidos, porque não captam o critério subjacente à conceituação. Igualmente tem dificuldades em organizar grupamentos de dupla ou tripla entrada, como, por exemplo, de um conjunto de objetos formar dois subconjuntos, sendo um, de móvel de madeira escura e o outro, de brinquedo de plástico.

Para desenvolver as habilidades conceituais sugerem-se atividades que envolvam:

- Organização de conjuntos de objetos, segundo critérios de classificação (cor, forma, natureza, tamanho, posição, quantidade, isolados ou combinados);
- Emparelhamento de objetos por semelhança, por equivalência de uso;
- Conversas em grupos sobre gravura, brinquedos e objetos, destacando-se suas características, utilidade e importância;
- Leitura de histórias seguidas de debates sobre seu tema, e outras.

f) Linguagem

Linguagem é todo sistema de signos que serve como meio de comunicação entre indivíduos e que pode ser percebido pelos órgãos dos sentidos.

A linguagem, como aspecto do processo evolutivo do indivíduo, está diretamente ligada ao desenvolvimento: neurológico, da inteligência, da afetividade, da motricidade e da socialização das crianças.

É correto dizer que a linguagem permite a afirmação do EU em relação aos outros. Possibilita a formação da consciência social, assegurando aos membros da comunidade sua adaptação à realidade exterior, particularmente pelo uso da língua.

Quando a linguagem se utiliza de palavras faladas ou escritas como seu sistema de signos para a expressão do pensamento, é chamado de língua. É através da língua que se aprende, perceptivamente, o mundo e a cultura da comunidade. O pensamento manifesto através da língua constitui o ápice da cadeia dos processos psíquicos que se iniciam com a percepção e convergem para a palavra falada ou escrita.

Dois são os elementos fundamentais na língua: a sintaxe e a palavra. Esta associada ou não à mímica é um dos componentes essenciais na expressão do pensamento. A sintaxe corresponde à própria organização do

pensamento e tem por objetivo estabelecer relações entre palavras e entre frases.

Duas são, também, as formas de expressão da língua: a oral e a gráfica, pelas quais as palavras faladas ou escritas, organizadas na sintaxe da língua, ganham intenção significativa.

O trabalho com a língua, do ponto de vista educativo, consiste em desenvolver, na criança/estudante, a habilidade para falar, ler e escrever com correção e propriedade o seu idioma, bem como empregá-lo com facilidade e desenvoltura. Expressar-se com clareza, exatidão e objetividade envolve organização de pensamento, o que vai se evidenciar nas formas de uso da linguagem.

O professor deve intervir como mediador para facilitar o desenvolvimento do vocabulário, da fluência verbal, da articulação, compreensão na leitura e escrita, e de todas as outras formas de comunicação de suas crianças/estudantes.

Examinemos cada um:

a) *Vocabulário* é o conjunto de palavras de uma língua.

O desenvolvimento do vocabulário de uma criança depende de suas condições neurológicas e do meio socioeconômico e cultural em que vive. A escola precisa oferecer todas as oportunidades para que a criança/estudante adquira e enriqueça o vocabulário de que dispõe.

O professor, atuando como auxiliar nesse processo pode desenvolver as seguintes atividades:

- Imitações, usando linguagem onomatopaica;
- Reprodução de história, narração de viagens, passeios e outras situações da vida;
- Descrição de gravuras, quadros, cenas, etc;
- Introdução de palavras novas referentes a saúde, segurança, sinais de trânsito, animais, ... em situações lúdicas, e;
- Introdução de dicionário (ensinar como utilizá-lo).

b) *Fluência e codificação* representam a facilidade de expressão e comunicação que uma pessoa tem.

A criança/estudante deve ser estimulada, desde cedo, a se expressar verbalmente e a se comunicar, adquirindo assim o domínio linguístico, para o que contribuem todas as atividades que propiciem novos significados ou reforcem os já adquiridos.

Para o desenvolvimento da fluência e codificação, são sugeridas as seguintes atividades:

- Lúdicas (dramatizações, fantoches, pantomimas);
- Passeios, levar um animalzinho para a escola, atividades com plantas, etc;
- Canções infantis;
- Dizer e escutar poesias;
- Narrações;
- Inventar histórias, e outras.

c) Articulação, que consiste na capacidade de pronunciar palavras corretamente, de modo inteligível.

As dificuldades de articulação devem ir desaparecendo gradativamente, à medida em que a criança vai amadurecendo e adquirindo novas experiências. Caso as dificuldades persistam nas primeiras séries do primeiro grau, de modo a prejudicar a comunicação, é importante que se pesquisem as causas dos distúrbios articulatorios para se estabelecer o programa de correção da fala e superação das dificuldades apresentadas.

O educador poderá desenvolver algumas atividades (sempre que possível utilizando histórias, gravuras, brinquedos, animais, jogos, etc.) baseadas em:

- Imitação de movimentos;
- Identificação de sons;
- Repetição de rimas e poesias infantis;
- Reprodução e prática de sons diante de um espelho para a criança/estudante observar sua verbalização e, aos poucos, imitar o treinador, aprendendo som correto;
- Classificação de objetos e figuras, para perceber e discriminar semelhanças diferenças;

- Uso de gravador, tendo a criança/estudante a oportunidade de ouvir e controlar sua própria voz e articulação etc.

d) *Compreensão da leitura*, que se pode conceituar como entendimento do que se lê, em decorrência da capacidade de decodificar símbolos e sinais gráficos.

A compreensão da leitura tem como pré-requisito o conhecimento do vocabulário empregado, bem como a capacidade de organizar as palavras, significativamente, como sentença e história.

O educador deve, na sala de aula, procurar desenvolver com as crianças/estudantes as habilidades de leituras de modo que sejam capazes de:

- Perceber ou reconhecer palavras por seus elementos fonéticos;
- Interpretar e assinalar o que leem, bem como formar hábitos e atitudes de leitura;
- Contar histórias;
- Valorizar a leitura, dentre outras habilidades.

A sala de aula deve oferecer estímulos suficientes para despertar na criança/estudante o interesse e o gosto pela leitura. Para tanto, cumpre oferecer material atraente, colorido, e que atenda aos interesses infantis. Um professor alegre, motivado, simpático que crie um clima afetivo, agradável e pedagogicamente adequado, é o que mais contribui para despertar na criança/estudante o hábito pela leitura. Além desse despertar, a criança/estudante deve ser orientada para conceber a leitura como fonte de prazer, de informações e conhecimentos, enfim, como um ótimo lazer.

Várias são as atividades para desenvolvimento dessa habilidade:

- Ler e interpretar histórias, contos, poesias, músicas, trechos de livros;
- Ler jornais, revistas, comentando acerca do que viu e leu;
- Ler legendas e outros sinais gráficos, dando-lhes significado;
- Ler o que escreve.

e) *Escrita*, que pode ser entendida como a representação simbólica, gráfica da expressão verbal. Consiste em saber o desenho dos símbolos, o que decorre da capacidade de decodificar as correspondências entre os sinais gráficos – grafemas (entendimento visual das palavras da língua escrita) e os fonemas

(entendimento auditivo na língua oral). Em outras palavras, escrever é compreender o valor substitutivo do símbolo, ou seja, sua função representativa. Para o desenvolvimento da escrita, aconselha-se trabalhar, inicialmente, psicomotricidade fina ou pré-escrita.

Inúmeras são as atividades a serem realizadas para desenvolver a escrita correta:

- Desenhar, pintar, colorir e escrever, livremente;
- Criar legendas para representar diferentes situações da vida diária;
- Elaborar etiquetas para identificar o conteúdo de caixas, gavetas, pacotes;
- Representar graficamente, seja a sequência de uma história, seus personagens, sejam ambientes, pessoas com quem se convive;
- Escrever o que sente e pensa, dentre outras atividades.

3 – DESENVOLVIMENTO AFETIVO-EMOCIONAL

A criança é um ser psicológico completo (fisiológico, emocional e social).

Para Wallon citado por Dantas (1992, p. 87) a consciência afetiva é a forma pela qual o psiquismo emerge da vida orgânica: é na relação com o ambiente social, que se garante o acesso ao simbólico da cultura, elaborado e acumulado pelo homem ao longo da história. É desta forma que o estudante toma posse dos instrumentos para atividades cognitivas.

O estudante ao ingressar nos serviços de Educação Especial, traz muitas vezes uma história cheia de frustrações familiares e experiências de fracassos na sua vida acadêmica, apresentado, portanto, perturbação na consciência afetiva, que estarão interferindo no seu processo de aquisição do conhecimento.

Faz-se necessário que reconheçamos a relação entre as causas e os efeitos do fracasso escolar, que muitas vezes, é vivenciado com muito sofrimento, pelo estudante. Precisamos compreender e respeitar estas

experiências, para podermos estabelecer vínculos afetivos nesta relação professor / estudante.

Não podemos incorrer no erro de manter a aprendizagem presa à exigência constante do sucesso, isto só leva estudante e professor à ansiedade, podendo gerar o desencorajamento de ambos e conseqüentemente ao bloqueio no processo ensino-aprendizagem.

Quando o professor se coloca como um intermediário, no processo de ensino-aprendizagem, colabora para a construção do conhecimento de seus estudantes, intervindo nas relações entre o estímulo e o estudante procurando adequar a sua prática pedagógica ofertando a eles: qualidade nos conteúdos, observando sempre sua sensibilidade estará respeitando as suas possibilidades e permitindo que o mesmo possa elaborar hipóteses sobre suas experiências, portanto estará construindo seu conhecimento. O estudante precisa aprender que lhe é permitindo ERRAR e que este ERRO faz parte do processo de aprender. Não ter medo de errar é não ter medo de descobrir. Poder e experimentar para o estudante é tornar sua vida na escola, muito mais feliz.

O professor da Escola Especializada e de outras escolas devem respeitar alguns pressupostos básicos considerados essenciais para o sucesso da aprendizagem:

- Todo ser humano necessita de aceitação.
- A redução da ansiedade é indispensável para a superação da dificuldade.
- As experiências gratificantes estimulam o desejo de prosseguir e a busca da auto realização.

Levando em consideração estes pressupostos, ensinar a ler e escrever e a detectar dificuldades de aprendizagem, vai além da utilização de instrumentos formais, está sim relacionado ao trato com o estudante e à capacidade de perceber como se organiza no mundo. O respeito e a compreensão das diferentes formas de adquirir o conhecimento tornarão as relações interpessoais uma alavanca para o crescimento intelectual e emocional do mesmo.

