

# EDUCAÇÃO INCLUSIVA: UTOPIA OU REALIDADE

Eliza Giliolli dos Santos<sup>1</sup>

www.univem.edu.br

## Resumo

Neste trabalho abordamos a Inclusão dos Portadores de Necessidades Especiais (PNEs), mais especificamente, os com Síndrome de Down na Rede Pública de Ensino no município de Marília/SP. O objetivo foi investigar as relações entre adultos, parceiros e este contingente, e descobrir se a Inclusão tem ocorrido. O trabalho de campo constituiu de observações, utilização de questionários contendo questões adaptadas ao contexto de cada Instituição visitada e de entrevistas com os responsáveis. Concluiu-se que a Inclusão efetiva ainda não ocorrera, mas que inúmeros passos já foram dados para que ela ocorra interinamente.

**Palavras-Chaves:** Inclusão. Síndrome de Down. Rede Pública de Marília.

75

REGRAD, Marília-SP, v.1, ano 2, 2009, pg. 75-88.

## Abstract

In this paper we approach the Inclusion of Bearers of Special Necessity, especially those who have Down Syndrome in Regular Net Education in the city of Marília in the state of Sao Paulo. The objective was to investigate the relations between the adults and partners and everybody involved in the process of inclusion, and also to discover if the inclusion has happened. The practical Research was done through class observations, visiting institutions, questionnaires with questions adapted to the context of each institution which was visited and interviews with the people who were responsible for the places. It was concluded that the effective inclusion has not happened yet, but many steps are being taken so that it can occur completely.

**Keywords:** Inclusion. Down Syndrome. Regular Net Education in the city of Marília

REGRAD - Revista de Graduação UNIVEM

<sup>1</sup> Graduada em História pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) e Licenciada em Letras pelo UNIVEM.

## INTRODUÇÃO

Sabe-se que a ocorrência de indivíduos portadores de Síndrome de Down sempre existiu na espécie humana. Diante desse incontestável argumento, pesquisamos várias fontes em busca de alcançarmos subsídios conceituais que possibilitassem nos ater especificamente à pesquisa de como o sistema educacional vigente, em especial o da Rede Estadual da cidade de Marília vem acolhendo os seus alunos portadores de necessidades especiais (Síndrome de Down) e se o processo de inclusão efetivamente ocorre em nosso município.

A escolha do assunto realizou-se devido à relevância em ser um tema atual e de extrema importância para colaborar no bom funcionamento de uma Escola que se pretende inclusiva.

Mediante o objetivo do estudo empreendido, procuramos delinear um procedimento de pesquisa que possibilitasse a melhor compreensão do processo de inclusão dentro da Rede Pública de Ensino na cidade de Marília. Para tal empreita, recorreremos à leitura sistemática de uma vasta bibliografia, a fim de construirmos embasamento teórico pertinente. Realizamos pesquisa de campo, a qual caracterizou-se em incursões por algumas instâncias envolvidas neste processo.

### I BREVE HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA MENTAL E DA SÍNDROME DE DOWN

De acordo com Schwartzman (1996), é provável que a Síndrome de Down sempre tenha existido na espécie humana. A fim de legitimarmos tal afirmação, citaremos pareceres de autores igualmente de renome como Melero (1997). Subjacente à conceituação que se faz a respeito da deficiência nas diferentes fases da história, existem teorias que a embasam e influenciam a maneira de considerar ou tratar a pessoa com deficiência.

Foi somente a partir da Revolução Francesa que se consolidou uma atitude mais humana diante da deficiência, tornando-a objeto de atenção por parte dos médicos e educadores (FONSECA, 1987). A deficiência passou a ser considerada

como “uma carência de idéias e operações intelectuais”, abrandando o preconceito perante esses sujeitos (CAVALCANTE, 1997, p.6).

A partir daí, iniciou-se o tratamento educacional para as pessoas com deficiência mental por meio de programas de estimulação, principalmente, após a postulação de Rousseau, que proclamava a boa natureza do ser humano, fazendo detonar um potencial de desenvolvimento em todos os homens. Esse estímulo, que não passava de um treinamento em relação aos comportamentos básicos presentes em tarefas cotidianas, mantinha as pessoas com deficiência em regime segregado.

Com o passar do tempo, já no final do século XVII e início do século XVIII, o interesse em explicar a deficiência e a busca de outras formas de tratamento, foram modificando a consideração em relação a eles. A deficiência passou a ser entendida como uma “condição” e não mais “doença”, iniciando-se, então, uma preocupação educacional em relação a seus portadores (PESSOTTI, 1984).

Em 1886, quando Dr. John Langdon Down descreveu a síndrome de Down pela primeira vez, influenciado pelo pensamento evolucionista da época, ela já era tida como uma condição inferior humana que, além de sinais físicos, era acompanhada pela deficiência mental. A crença prevalente na época era, conforme explica Pessotti (1984), de que os fenômenos patológicos se constituiriam em regressões degenerativas equiparadas aos seres humanos primitivos da história da humanidade tidos como inferiores e socioculturalmente menos desenvolvidos. Atribuindo-se a semelhança do fenótipo aos povos da Mongólia, a denominação “mongolismo” prevaleceu.

Vários termos foram usados para a síndrome de Down desde que foi descrita. De acordo com Schwartzman (1999) e Pessotti (1984), há registros como: idiotia mongolóide; imbecilidade mongolóide; cretinismo furfuráceo; criança mal-acabada, criança inacabada, entre outros.

Em 1932, a síndrome de Down foi considerada uma aberração cromossômica. Em 1934, sugeriu-se que poderia ser uma trissomia. Em 1956, foi descoberto

to que as células humanas possuem 46 cromossomos e finalmente, em 1959, foi descrita, por Lejeune, Turpin e Gautier, a presença de um cromossomo extra no cromossomo 21, caracterizando a trissomia 21 ou do cromossomo do grupo G nos indivíduos com Síndrome de Down (MOSCATI, 1979).

A translocação cromossômica foi descrita em 1960 e o mosaicismo, em 1961.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), atendendo a reenvindicação da delegação de país e pesquisadores chineses e japoneses, que consideram a denominação mongolismo/mongolóide ofensiva, solicitou a supressão da mesma, assim, vem sendo substituída a partir de 1964 em publicações oficiais (SCHWARZMAN, 1999).

Nas primeiras décadas do século XX, o pesquisador Binet, dado a práticas de sujeitar indivíduos portadores de Down à classificação psicométrica, embora afirmasse que se tratava de um trabalho empírico e que não era adepto do inatismo nem do hereditarismo, acreditava na importância do meio para o desenvolvimento da inteligência e que seu teste não estaria rotulando os indivíduos permanentemente, mas sim representando seu momento atual. Para ele, a educação especial deveria adaptar-se às necessidades e capacidades de cada criança, este ensinamento deveria ser recebido, antes de qualquer matéria ensinada normalmente nas escolas, aulas de atenção, vontade e de disciplina, a que chamou de exercícios de “ortopedia mental” para poderem aprender a aprender.

Entretanto, psicólogos americanos contrariaram a intenção de Binet inventando a teoria do QI hereditário e ratificaram a inteligência. A consequência disso foi a atribuição de rótulos e imposição de limites ao convívio com os ditos normais e instituição de algumas leis discriminatórias.

### **I.1 Discussões sobre as transformações ocorridas em solo brasileiro quanto ao trato de portadores de Síndrome de Down**

Segundo a Dra. Aranha (2004), as

relações da sociedade brasileira com o segmento populacional constituído de cidadãos portadores de deficiência foram se modificando com o decorrer da História, sabidamente sob a influência de fatores político- econômicos, geralmente avaliados pelo conhecimento científico disponível a cada época.

Ainda nos baseando no artigo escrito por ela, estaremos fazendo uma rápida incursão pelos Paradigmas que configuraram tais relações.

A primeira metade do século XX caracterizou-se pela proliferação, no Brasil, de instituições asilares e de escolas especiais de natureza privada e assistencialista. A ciência da época voltava-se para a questão da Higiene Pública, a qual então se preocupava com “problemas básicos causadores de nossa degenerescência e taras” (JANUZZI, 1985, p. 33).

De forma geral, a pessoa portadora de deficiência, era tratada como desnecessária para o sistema de produção então vigente no país; era considerada ameaçadora para a Saúde Pública, ônus para a família e comunidade, restando-lhe só a segregação social, mascarada sob um conjunto de argumentos científicos, religiosos e assistenciais.

Essa situação perdurou única praticamente até o fim da década de 60.

A Década de 60 propiciou a mudança deste paradigma graças ao fortalecimento do capitalismo, aliado ao grande movimento de idéias que caracterizou tal período, em grande parte do mundo ocidental. Conquanto as críticas à institucionalização proviessem principalmente de pensadores europeus e norte-americanos, influenciaram também o Brasil a rever a sua prática de relações com o segmento populacional em questão; já que a diminuição do custo social, nas políticas públicas de Saúde pós 64 se manifestava forte elemento motivador para a consideração das críticas ao uso da institucionalização. Estas apontavam que a experiência da institucionalização se testemunhava instrumento de construção de alienação pessoal, de despersonalização e de conseqüente exclusão da pessoa portadora de deficiência da vida em sociedade a que sempre teve direito enquanto cidadão.

Um dos produtos do intenso debate de idéias que caracterizou a década de 60 foi o princípio da normalização, que presumia a existência de uma “condição normal”, representada pelo maior percentual de pessoas na curva estatística de normalidade e uma “condição de desvio”, representada por pequenos percentuais de pessoas, na mesma curva.

Paralelamente, construiu-se o conceito de integração, que advogava o direito e a necessidade de as pessoas consideradas “anormais” serem tratadas de forma a se encaminhar o mais rápido possível, para os níveis da normalidade estatística e funcional, ou seja, que os diferentes se assemelhassem à maioria.

Fundamentado no princípio da normalização e no conceito de integração é que se desenvolveu o segundo paradigma, denominado Paradigma de Serviços. Este teve por objetivo principal “ajudar pessoas com deficiência a obter uma existência tão próxima ao normal possível, a elas disponibilizando padrões e condições de vida cotidiana próxima às normas e padrões da sociedade” (A.N.A.R.C., 1973).

A relação da sociedade, com as pessoas portadoras de deficiência, no contexto desse novo paradigma, mudou substancialmente, já que se buscou garantir serviços e recursos que pudessem “modificar” a pessoa portadora de deficiência, no sentido de favorecer-lhe a aproximação maior possível do estado “normal”.

Passou-se a considerar que a pessoa diferente tem o direito à convivência social com as demais pessoas, mas que para exercê-lo, teria primeiramente que se modificar, e se ajustar, no sentido de vir a parecer e funcionar do modo mais semelhante possível ao dos demais membros da sociedade.

Surgiram os centros de reabilitação, as clínicas especializadas, proliferaram as escolas especiais, geralmente oferecendo serviços de avaliação, de intervenção e de acompanhamento.

Embora o salto qualitativo tenha sido grande, quando se compara a situação da pessoa portadora de deficiência no contexto da institucionalização total com sua situação no contexto dos centros de serviços, novos debates se instalaram.

Em muitos países começou a proliferar a argumentação de que, para pessoas portadoras de deficiência, como para qualquer outra pessoa, é importante o tratamento, o ensino, a capacitação, bem como qualquer intervenção que tenha objetivos educacionais, terapêuticos, de habilitação e de reabilitação. Acrescentava-se, entretanto, que não se via justificativa para o fato de que estar vivenciando qualquer um desses processos fosse razão para adiar, a critério e intervalo indefinidos, o momento da integração (VASH, 1983).

O fato de um cidadão apresentar limitações funcionais severas, ou estar incluído em uma minoria, não lhe poderia ser impeditivo de conviver com seus semelhantes, em ambiente regular, mesmo porque muitos jamais se incluirão no nível de normalidade estatística!

Nesse contexto de debate e de idéias, é que começou a se delinear o terceiro paradigma, denominado Paradigma de Suportes, fundamentado nos princípios da igualdade, no da diversidade e no conceito de inclusão social.

Uma primeira consequência da assunção deste Paradigma foi passar a identificar a pessoa não pela sua limitação (deficiência), mas sim, pelos tipos de necessidades especiais que ela apresentava, e que, quando atendidos, a ela possibilitavam o acesso a todas as instâncias da vida na comunidade, como também seu funcionamento com maior autonomia e sucesso.

Com o passar do tempo, já no final da década de 80, a experiência da integração mostrou-se insuficiente para inserir as pessoas com deficiência na sociedade em virtude da discriminação ainda vigente. Inicia-se um movimento liderado por intelectuais, organizações de deficientes e simpatizantes da causa, a fim de redimensionar o enfoque da deficiência em relação à sociedade, denominado inclusão.

## 2 ASPECTOS GENÉRICOS DA SÍNDROME DE DOWN

A síndrome de Down corresponde a um acidente genético que pode ter razão biológica, que corresponde na primeira divisão celular da célula ovo ou zigoto.

No caso da Síndrome de Down, o

par cromossômico número 21 possui um cromossoma a mais, perfazendo assim um total de 47 cromossomas e não 46 que é a quantia que prevalece no indivíduo normal. Esse fato é o responsável pelas anomalias causadas no indivíduo com síndrome de Down e foi chamado de trissomia do 21 (GIOVANNONI, 1994).

Segundo Puschel (2000), há três tipos de anormalidades cromossômicas:

01-Trissomia 21, também chamada de trissomia simples. É a mais comum entre os indivíduos com Síndrome de Down. Segundo Mustacchi e Peres (2000):

02-Trissomia por translocação; A incidência dessa forma de cromossomos é, de acordo Puschel (2000), de 3 a 4% dos indivíduos portadores da Síndrome.

03-Mosaicismo; acontece logo após a concepção como um erro na divisão celular. Incide, segundo Puschel (2000), em 1% dos casos.

Não há ainda tratamento efetivo para essa síndrome. Entretanto os efeitos causados pela não disjunção dos cromossomos podem ser neutralizados se forem identificados os genes no cromossomo 21 e, também, o modo como eles interferem no desenvolvimento normal, o que poderá ser conseguido graças aos recentes avanços da biologia molecular (PUSCHEL, 2000).

Precisamos deixar bastante claro que as pesquisas nesta área continuam em andamento. Por isso, não é adequado atribuir a causa da incidência de indivíduos com Down à este ou aquele fator

## 2.1 Definindo a Síndrome de Down

Quando se fala em deficiência mental, refere-se, de maneira geral, a pessoas “cujas capacidades intelectuais e sociais diferem significativamente da norma (estatística)” (HARDMAN et al, 1993).

A definição formal da deficiência mental passou por várias modificações, no decorrer da história, à medida que novos conhecimentos foram sendo produzidos pelas ciências e também, que se foram fortalecendo as idéias relativas aos direitos

humanos das minorias, o que implicou na clarificação de fatores sociais que determinam uma maior ou menor funcionalidade da pessoa.

No século XX, o conjunto de definições da deficiência mental mais sistematizado e organizado foi o produzido pela Associação Americana de Retardo Mental (AAMR).

Schalock (1995, p. 5 e 7) explica que, partindo do pressuposto de que o grau de deficiência ou normalidade depende da capacidade de adaptação do indivíduo ao ambiente, a proposta da AAMR, que data de 1992 se apresenta nos seguintes termos:

“A deficiência mental caracteriza-se por registrar um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, oriundo do período de desenvolvimento, concomitante com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade, nos seguintes aspectos: comunicação, cuidados pessoais, habilidades sociais, desempenho na família e comunidade, independência na locomoção, saúde e segurança, desempenho escolar, lazer e trabalho. (BRASIL, 1994, p.15)

Habilidades adaptativas aqui se referem a um conjunto de competências, que refletem a habilidade de se ajustar em um dado nicho, bem como a habilidade de mudar seu próprio comportamento, para ajustar-se às exigências de uma situação. Envolve as 10 áreas acima listadas.

Retardo mental é uma deficiência caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual, como no comportamento adaptativo, expresso em habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas. Esta deficiência se origina antes da idade de 18 anos. Segundo Luckasson (2002) há cinco pressupostos: (a) As limitações no funcionamento presente do indivíduo devem ser consideradas, tendo em vista o contexto dos ambientes comunitários típicos dos parceiros sociais

de sua mesma idade e de sua cultura. (b) Uma avaliação válida considera a diversidade cultural e lingüística, bem como as diferenças nos fatores comunicação, sensoriais, motores e comportamentais. (c) Em todo o indivíduo, limitações geralmente coexistem com possibilidades. (d) Um importante objetivo de se descrever as limitações do indivíduo é desenvolver um perfil dos suportes necessários. (e) Com apoios personalizados apropriados, durante um período regular, o funcionamento da pessoa com retardo mental geralmente melhorará.

Compreende-se aqui, por comportamento adaptativo, o conjunto de habilidades conceituais, sociais e práticas que foram aprendidos pelo indivíduo, a fim de aplicar em sua vida cotidiana.

Limitações no comportamento adaptativo afetam tanto o cotidiano, quanto a habilidade de responder às mudanças na vida e às exigências ambientais, as quais deveriam ser consideradas sob quatro outras dimensões: Habilidades Intelectuais, Participação, Interações e Papéis Sociais, Saúde, e Contexto.

Podem ser estabelecidas limitações significativas no comportamento adaptativo, por meio do uso de medidas padronizadas, normalizadas e aplicadas na população em geral, incluindo pessoas com deficiência e não deficientes. Tais desempenhos são definidos como exemplos de conduta inapta desde que estejam associados a pelo menos dois desvios-padrão abaixo da média de (a) um dos três seguintes tipos de comportamento adaptativo: conceitual, social, ou prático, ou do (b) total geral em uma medida padronizada de habilidades conceituais, sociais e práticas.

Tomando-se o conjunto de definições aqui apresentadas, pode-se constatar que o olhar sobre a deficiência mental modificou-se radicalmente, no decorrer do tempo.

As definições de 1992 e 2002 impuseram mudanças radicais e de grande importância para o trato da deficiência mental. Primeiramente, a importância de se voltar o olhar para o funcionamento presente da pessoa e, em segundo lugar, a junção do diagnóstico da deficiência mental às oportunidades disponíveis de supor-

tes, na comunidade, a serem disponibilizados para a pessoa.

Difícilmente se poderá obter uma definição pontual para a deficiência mental, bem como a concordância universal em torno de qualquer definição, já que a variedade de topografia da deficiência mental é bastante diversificada.

Entretanto, parece haver consenso quanto às seguintes características definidoras:

- O retardo mental é uma deficiência caracterizada por limitações significativas no funcionamento cotidiano, que estão presentes desde o início da vida, instalando-se antes da idade de 18 anos.
- Comportamento adaptativo é um conjunto de habilidades conceituais, sociais e práticas, que são aprendidas pelas pessoas, para funcionar em suas vidas cotidianas. Sua avaliação deve focalizar o desempenho de um indivíduo em suas rotinas diárias e nas circunstâncias diversificadas em que vive, ao invés de buscar identificar seu desempenho máximo.
- Embora longe de ser perfeito, a habilidade intelectual ainda é melhor representada pelo QI, quando obtido através de instrumentos apropriados de avaliação, ministrados e interpretados com precisão. O critério para o diagnóstico é aproximadamente dois desvios-padrão abaixo da média, considerando a medida padrão de erro para o instrumento específico de medida utilizado, bem como seus pontos fortes e suas fragilidades.
- Sistemas de classificação múltipla devem ser utilizados para atender às necessidades diversificadas dos indivíduos e de suas famílias, pesquisadores, clínicos e práticos. Tais sistemas podem se fundamentar, por exemplo, na intensidade dos suportes que se mostram necessários, na etiologia, nos níveis de inteligência medidos, ou nos níveis de comportamento adaptativo avalia-

dos.

- As funções ou razões para se aplicar uma definição de retardo mental a um indivíduo são múltiplas e podem incluir: diagnóstico, classificação, e/ ou planejamento de suportes. (AAMR, 2002).

No caso da escola, parecem ser importantes as funções de diagnóstico, de identificação das necessidades de suporte e de planejamento do sistema de suportes a ser implementado, para favorecer o funcionamento eficiente do aluno.

A participação social do portador da Down é, muitas vezes, prejudicada em decorrência dos mitos, preconceitos historicamente construídos e absolvidos numa sociedade deficitária em termos de informações plausíveis. Assim, as reais potencialidades muitas vezes não são nem sequer cogitadas.

A desinformação infelizmente não restringe - se à massa em geral, ela muitas vezes esta radicada dentre as instancias da saúde, da educação e na família. A Saúde possui alguns profissionais despreparados, desatualizados ou mesmo munidos de prognósticos pessimistas, que acabam sendo repassados à família logo nos primeiros contatos após o nascimento. Assim, as potencialidades acabam por ser desacreditadas de forma tal que este individuo ficará fadado a um desempenho cerceado.

Entretanto, devemos deixar bastante claro que, mesmo diante do despreparo de algumas equipes de maternidades, existem muitos profissionais capacitados e engajados em propiciar apoio e orientação, ambos tão imprescindíveis para o encaminhamento destas famílias a Instituições sérias e a profissionais aptos a auxiliá-los.

Pensem que estas três instancias (Saúde, Educação, Família) juntas constituem o tripé capaz de desbancar o preconceito, pois aliadas trarão consigo a possibilidade de otimizar a construção de uma sociedade mais igualitária.

Creemos que a escola, enquanto instituição voltada ao provimento do saber, tem em si um importante papel, pois é ela que lida com a maior demanda social ao de-

sempenhar tarefa de formar cidadãos. Por isso, cremos que será por meio de uma escola inclusiva, a qual é vista por Saad (2003) como: a célula matricial capaz de romper com as atitudes discriminatórias ,a partir da construção da uma postura social mais acolhedora.

Ainda para este autor tal intervenção deveria começar na formação acadêmica do futuro professor por haver nesta instância, mais espaço para a reflexão. Uma vez que a educação deve ser provida por indivíduos esclarecidos, as que deverão influir no processo de formação e informação, a fim de propiciar que o processo educativo ocorra efetivamente antes do preconceito.

### 3 O CONCEITO DE DEFICIÊNCIA MENTAL; DA REABILITAÇÃO À EDUCAÇÃO

A definição de deficiência mental difere conforme os critérios adotados para caracterizá-la. As definições foram sendo rediscutidas ao longo das últimas décadas do século XX, portanto, dentre as várias apresentadas por Fonseca(1987) e Assumpção Jr.e Sprovieri (1991), a de 1973, da American Association on Mental Retardation (AAMR), a que foi oficialmente reconhecida, é caracterizada como: "(...) a condição na qual o cérebro está impelido de atingir um desenvolvimento adequado, dificultando a aprendizagem no individuo, privando-o de ajustamento social". Segundo Fonseca (1997) essa definição marcou um novo parâmetro de definições, justamente por ter acentuado o enfoque educacional, demonstrando assim uma preocupação com desenvolvimento, aprendizagem e o ajustamento pessoal. Atualmente tal definição é reconhecida e adotada pelo MEC/ SEESP (BRASIL,1994) é a de a da AAMR, Schalock (1995) diz que ela deve definir-se num contexto social com apoio e respaldo necessário para produzir melhoras, baseadas nas capacidades,limitações e necessidades da pessoa, que podem ser intermitentes, limitadas, extensas ou generalizadas.

Na Década de Oitenta, originaram-se os programas em prol de realizarem a modificação cognitiva. Assim, postulou-se que o deficiente salvo em condições im-

perfeitas, geradas por fatores genéticos ou orgânicos irreversíveis, é suscetível de ser submetido a tal programa que, no dizer de (Fonseca, 1987, p.70), transforma-lo-á “num ser autônomo, independente e capaz de aprendizagem e de elaboração ideacional”.

Scheuer (1987) especifica que o modelo behaviorista ou comportamental marcou a educação das pessoas com deficiência mental no Brasil com programas de estímulo –resposta e treinamento em diferentes áreas. Tal pesquisador acrescenta que os modelos cognitivistas de Piaget e o Sócio-histórico de Vygotsky, têm sido utilizados na educação de portadores de deficiência mental devido a ênfase dada ao desenvolvimento, ao aprender e não propriamente ao conteúdo.

O modelo mais aberto de intervenção educativa oferecido aos portadores de deficiência só foi possível graças as diversas práticas educacionais aplicadas dentro de uma concepção de inteligência dinâmica, a qual possibilitou o aparecimento de uma nova identidade a esses indivíduos que passaram a ser considerados como pessoas com necessidades especiais.

Segundo Sasaki (1997), a expressão necessidades especiais, acompanhada das palavras pessoas com, ou portador de, não substitui a especificação da qualidade do ser com necessidades especiais. Assim sendo não se torna incorreto ou pejorativo aplicar as expressões: pessoas portadoras de deficiência, pessoas com deficiência e, até mesmo, pessoas deficientes.

#### **4 O PORTADOR DE DEFICIÊNCIA E A INTERATIVIDADE SOCIAL ABRIRAM CAMINHO PARA QUE A INCLUSÃO COMEÇASSE A SER PENSADA.**

Segundo Sasaki (1997), a deficiência é abordada sob o prisma da Exclusão à Inclusão, levando-se em consideração dois modelos: o Médico e o Social. O Médico considerava o deficiente como um doente ou, o que é mais grave, um “inválido”, ou seja, um inútil. Desse modo derivavam

propostas de reabilitação, porém não ainda de educação. Este modelo influenciou de tal forma sobre a sociedade em geral que até hoje encontramos pessoas que tratam o deficiente como um doente.

Segundo Sasaki (1997), mesmo diante da criação de espaços a partir de meados do século XX que propiciaram a maior interatividade dos portadores de deficiência e o meio social como um todo, como: especialização das instituições para atender a cada deficiência nas chamadas escolas especiais, centros de reabilitação, clubes sociais especiais e associações desportivas o estigma da exclusão permaneceu.

Somente a partir do final década de 60 que ocorreram propostas que tinham por meta a integração de deficientes nos mais diversos segmentos sociais como: Educação, Esporte e Lazer. Tal processo seguiu o modelo médico, por isso assumiu uma postura de primar pela melhora deste indivíduo, para que enfim este pudesse ser melhor inserido na sociedade.

A possibilidade de se abrir caminho à inserção fez com que muitos deficientes fossem matriculados nas tais classes especiais em escolas comuns, compartilhando assim do convívio geral, apenas em algumas atividades extra-curriculares. Assim, supunha-se que eles seriam preparados gradualmente para este convívio e, caso não se adaptassem, seriam extraídos.

Mazzotta (1982) relata outros tipos de atendimento educacional voltado para educandos portadores de deficiência como: ensino itinerante, no qual o professor especializado percorria as instituições auxiliando professores e alunos portadores de deficiência, e a sala de recursos instalada na escola regular, a fim de tornar a instituição apta a apoiar o deficiente, prestando-lhe reforço complementar, pois este afinal está matriculado numa classe comum.

Segundo Sasaki (1997) este tipo de proposta integrativa, embora tenha sido o passo transitório entre o modelo de segregação social e o de inclusão justamente porque contava com a admissão de escolas e classes especiais, setores separados em empresas, horários exclusivos em clubes comuns, a situação ainda tinha em si



o estigma da segregação. À medida que o tempo foi passando foi se verificando que a experiência da integração era a fim insuficiente para promover a inserção destes indivíduos na sociedade, pois a discriminação persistira. Foi então que, no final da década de 80, um grupo liderado por intelectuais, formado de portadores de deficiências e simpatizantes da causa uniram-se afim de modificar o enfoque da sociedade em relação à deficiência e criaram a Inclusão.

Segundo Sasaki (1997) a Inclusão entende-se pela adaptação da sociedade para que esta possa inserir pessoas com necessidades especiais em seus sistemas gerais, a fim de que estas estejam preparadas para assumir seus papéis.

A inclusão atende ao modelo social da deficiência. Por ela a situação se inverte: a responsabilidade da deficiência não recai sobre o sujeito, mas sim sobre a sociedade.

Werneck (1997, p.53) explica que a inclusão implica numa “inserção total e incondicional” da pessoa com deficiência na sociedade, enquanto que na integração “a inserção é parcial e condicionada às possibilidades de cada pessoa.”

Integração e Inclusão estão calçadas no princípio de normalização que não significa tornar normal a pessoa com deficiência, mas criar condições para que as crianças tenham as mesmas oportunidades e direitos, aproveitando-as segundo seus próprios recursos. Significa, portanto, reconhecer e atender às suas necessidades, respeitando seus direitos de pessoa e cidadão (Werneck,1997).

Segundo a mesma autora, a ONU vem empenhando incessantes esforços pela inclusão da pessoa com deficiência na sociedade (Werneck,1997). De 1982 a 1993, a partir do Programa Mundial de Ação Relativo às Pessoas com Deficiência, adotaram-se várias resoluções que culminaram em 1993 no documento normas sobre a Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência. Este prevê a disponibilidade de serviços, informações e documentação a todos e, particularmente, para as pessoas com deficiência.

## 5 CONFERÊNCIAS DE ORDEM MUNDIAL QUE ALICERÇARAM,OU MELHOR, CONTRIBUÍRAM PARA O PROCESSO DE INCLUSÃO

Em 1990 realizou-se em Jomtien, na Tailândia a “Conferência Mundial sobre a Educação para Todos”, a qual ocorreu devido à convocação dos órgãos internacionais: Unesco,Unicef e Banco Mundial.Dela participaram dez países, inclusive o Brasil.

A resultante deste encontro foi a “Declaração de Nova Delhi”, na qual se assumiu o compromisso de universalizar a educação fundamental. (BRASIL,1997)

Assim sendo, passados quatro anos, resolveu-se assinar a “Declaração de Salamanca”, inspirada na “Declaração Universal de Direitos Humanos de 1948” e no documento das Nações Unidas denominado “Normas Uniformes sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência”,publicado em 1994. A “Declaração De Salamanca”, efetivamente oficializou a inclusão no campo da educação. Tal Declaração rege os princípios, a política e a educação para pessoas com necessidades especiais no sentido de que haja ajustamento das escolas às condições físicas, sociais e lingüísticas dos alunos.Devem beneficiar-se dessas determinações os que vivem na rua, os nômades,as minorias étnicas,culturais e sociais. Utilizando termos que fazem referencia à inclusão como educação inclusiva, escolaridade inclusiva, políticas educacionais inclusivas, sociedade inclusiva entre outros,a referida Declaração atribui à “Conferencia Mundial sobre Educação para Todos”a origem do conceito de educação inclusiva (Werneck,1997).

Segundo Sasaki (1997) o termo educação inclusiva surgiu do paradigma Educação para Todos, que implica no acesso da pessoa com deficiência à educação regular.

Werneck (1997) afirma que na sociedade inclusiva, apesar de papéis diferenciados, as pessoas deveriam trabalhar juntas, entendendo-se que todas as pessoas têm o mesmo valor. A escola inclusiva deve se encarregar de atender às necessidades educativas específicas a cada aluno. Ela é

especial a todos.

Manton (1997) explica que em consequência, a educação especial adquiriu uma nova significação, designando uma modalidade de ensino destinada não apenas a um grupo exclusivo de alunos, o dos deficientes, mas uma educação especializada no aluno e dedicada à pesquisa e ao desenvolvimento de novas maneiras de educar, adequadas à heterogeneidade dos aprendizes e compatível com os ideais democráticos de uma educação para todos.

Segundo Sasaki (1997) alguns dos princípios norteadores da inclusão são:

- A celebração das diferenças;
- Direito a pertencer;
- Valorização da diversidade humana;
- Solidariedade humanitária;
- Igual importância das minorias;
- Cidadania com qualidade de vida.

A legislação brasileira aborda questões que dizem respeito à inserção da pessoa com deficiência na sociedade em relação à escola, assistência social e trabalho, contidas nas:

- Constituição Federal de 1998;
- Lei Federal Nº 7853 de 24/10/89;
- Lei Nº 8069;
- Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional Nº 9394 de 20/12/1996;
- Resolução Nº 02, do Conselho Nacional de Educação/CNE/CEB/2001. Art.1; e no
- Estatuto da Criança e do Adolescente de 13/07/90.

### **5.1 Propostas educacionais direcionadas à educação de portadores de necessidades educacionais especiais (PNEEs)**

A educação destes indivíduos vem ocorrendo pautada na seguridade legal prevista em diversos documentos.

Segundo Gomes e Barbosa (2001), o direito de toda criança à educação, consignado pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (UNITED NATIONS, 1948), foi reiterado pela Declaração Mundial sobre Educação para Todos (UNESCO,1990). Mais recentemente, com a Declaração

Mundial de Salamanca (UNESCO,1994), este direito também foi assegurado para um segmento escolar que, até então, era pouco considerado: trata-se dos alunos portadores de necessidades educacionais especiais.(PNEEs).

Lembremo-nos que a viabilidade deste processo só poderá tornar-se possível graças ao envolvimento de vários contingentes da sociedade: pais, Instituições. Segundo Saad (2003), a palavra Instituição em seu trabalho assume a seguinte conotação: organização de caráter filantrópico, especializada para pessoas com deficiência mental, com fins educacionais, porém não necessariamente escolares. Ela pode conter uma escola, (embora não oficializada) como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAEs), que conta com grupo de profissionais especializados: fonoaudiólogos, psicólogos, psiquiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, etc e as Escola Especial(:atendimento de pessoas com deficiência com a utilização de recursos e serviços especializados, não disponíveis na Rede Regular). Existem também escolas especiais públicas e privadas, independentes de instituições assistenciais. Segundo Fierro (1995) a escola Especial dentro ou fora da Instituição, por seu pioneirismo e empenho educacional, teve grande o mérito de mostrar a educabilidade das crianças com deficiência em todos os níveis. Entretanto, tal como argumenta Tomasi (1994) e, apesar disso, continuou a funcionar como agente de segregação e reforço do estigma.

Classe Especial presta serviços a pessoas com deficiência, dentro da escola comum.

Assim como a Escola Especial e mesmo a Classe Especial representam lugares que de certa forma podem contribuir, em certos aspectos, para a melhoria da vida daqueles a quem atendem, podem também gerar uma violenta diminuição na auto-estima e contribuir para a construção da visão que a pessoa com deficiência passa a ter de si própria. Vygotsky (1997) assinala que a Escola Especial coloca o aluno numa posição social difícil, além de imprimir um sentimento de menos valia, afetando o ponto fundamental de toda a

educação.

Ribas (1985, p.48) afirma que, apesar de a instituição e de certa forma a Escola Especial trabalharem o indivíduo com deficiência preparando-o para integrá-lo na sociedade, ele, ao sair, enfrenta uma realidade social, pouco receptiva. Ora, se esse indivíduo é fruto do social, de nada adianta trabalhar somente com ele; é preciso trabalhar também, e principalmente, a fonte de sua exclusão que é a sociedade propriamente dita.

Lembre-mo-nos de que dentro desse processo inclusão e combate ao preconceito, o professor é o sujeito cuja ação teve e tem um papel fundamental para o êxito desta empreita; preferencialmente o estadual, uma vez que a legislação prevê que o atendimento aos PNEEs ocorra preferencialmente na Rede Pública de Ensino.

Segundo Mantoan (1997 e UNESCO, 1994) não basta a presença deles em escolas regulares, excluídos em salas especiais (presta serviços a pessoas com deficiência, dentro da escola comum.)

As transformações ocorridas no meio educacional e na legislação que rege o sistema educacional brasileiro deixam clara a necessidade de incluir todos os alunos PNEEs nas salas de aulas regulares das redes pública e particular de ensino.

Entretanto, apesar do respaldo legal, persiste uma série de barreiras que impedem o andamento de tal processo. Miles (2000) indica que, em diversas culturas e contextos, as barreiras para a inclusão escolar podem estar relacionadas às pessoas (professores, pais etc) direta ou indiretamente envolvidas à ausência de recursos financeiros e materiais, à falta de conhecimento e informação e às características do próprio contexto (pobreza, etc.).

Segundo Gomes e Barbosa (2001) a existência de barreiras a serem transpostas para efetivação da proposta escolar inclusiva é compreensível, uma vez que se trata de um processo um tanto quanto recente no Brasil e ainda em andamento. Os percalços ficam ainda mais evidentes se considerarmos as limitações do sistema público de educação brasileiro. A inadequação das instalações e dependências de parcela expressiva das escolas, uma vez que não se contemplam espaços e condi-

ções para portadores de déficits motores, o despreparo do docente para lidar com PNEEs em geral, a carência de materiais básicos (livros, etc) e de recursos tecnológicos avançados como computadores, a presença de uma prática pedagógica que não contempla a diversidade de necessidades educacionais e a ausência de equipes de apoio representam uma pequena amostra das barreiras a serem superadas na escola pública brasileira para que o processo de inclusão escolar torne-se realidade.

Trata-se de limitações concretas e amplamente reconhecidas. No entanto, elas não devem imobilizar a busca por uma escola inclusiva. Além das barreiras de ordem concreta há uma que é relegada ao segundo plano, pela maioria dos segmentos envolvidos (professores, pesquisadores, especialistas e etc.) na educação: as atitudes em relação à inclusão escolar. Atitude é uma variável imprescindível para determinar o sucesso da educação inclusiva Kuester (2000) e pode ser definida como a avaliação sumária, cognitiva e afetiva de um objeto psicológico de tal forma que ele será considerado de boa qualidade ou nocivo, agradável ou não, desejável ou indesejável (AJZEN, 2001), que gera uma disposição para responder dimensão conotativa das atividades de maneira favorável ou não a este objeto.

Atitudes negativas levam as pessoas a dizer: Nós não temos capacidade para tal empreita, portanto nós não podemos fazer.

Manton (2000) afirma que tais barreiras, advindas deste posicionamento, levam as pessoas a responderem desfavoravelmente à inclusão escolar e aos PNEEs.

Segundo Kuester (2000), um dos fatores mais importantes para o sucesso da inclusão de um estudante PNEEs diz respeito à interação deste com o professor. Dentre os vários fatores que influenciam as atitudes dos professores, segundo a literatura científica são: tipo de professor, a natureza da necessidade especial, o gênero do docente, a experiência do professor, a experiência e o treinamento para trabalhar com PNEEs, a presença de recursos necessários, o conhecimento sobre inclusão, o suporte familiar, as atitudes em

relação ao ensino em geral.

A efetivação de uma prática educacional inclusiva requer necessariamente que todos os professores e outros profissionais da educação sejam dotados tanto de materiais, instrumentos e referenciais teóricos e práticos, para que possam adaptar suas práticas e deter conhecimentos sobre as diferenças individuais e, acima de tudo, capacitarem-se para trabalhar com a diversidade dentro da escola. (CAVALCANTE, 2000; MARQUES, OLIVEIRA, SANTOS, 1998). Para isso é necessário prepará-los previamente para o processo de inclusão escolar, pois segundo os resultados estudados, fazê-los freqüentar palestras, cursos e etc não os têm reformulado.

A capacitação só terá êxito quando forem reavaliadas as posturas e posicionamentos profissionais.

Para Amaral (1995, p.122), o desconhecimento sobre o objeto do preconceito constitui “matéria-prima para a perpetuação de atitudes preconceituosas e leituras estereotipadas da deficiência.”

## 6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após termos nos proposto a cumprir todas as etapas da metodologia, destacaremos os resultados a seguir:

Em termos de embasamento teórico angariamos os subsídios imprescindíveis para a compreensão de nosso objeto de pesquisa. E finalmente pudemos estabelecer alguns pontos de discussão a serem solucionados por nossa pesquisa de campo.

Esta etapa de nossa empreita foi feita no formato de entrevistas que contaram com a colaboração de várias pessoas, das quais destacaremos as responsáveis por cada instituição visitada.

Os entrevistados aceitaram responder a um questionário pré-estabelecido que foi sendo comentado a medida que travávamos uma conversa informal, portanto flexível onde não exigimos respostas objetivas. Optamos pela informalidade, pois sentimos que muitas pessoas se opõe a participar de entrevistas, pelo medo de serem gravadas e sofrerem represarias posteriormente. Assim, fomos anotando as

respostas que variaram desde a narrativa da experiência vivenciada com este contingente até explicações de ordem funcional, ou seja conceitos normativos que permeiam a parte burocrática desta questão dentro de cada estabelecimento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensamos que o processo de Inclusão só será possível a medida que for veementemente planejada e estabelecida a partir do repensar do posicionamento desempenhado até então pelos organismos sociais envolvidos, ou seja Família, Escola e sociedade em geral, a fim de que em conjunto criem o elo da consciência de que a mudança deve ocorrer na prática e não mais ficar segregada sob o véu da burocracia ou mesmo oculto no preconceito maquiado sob posicionamentos que desmereçam as habilidades destes que precisam da oportunidade, do respeito e da qualificação adequada daqueles que irão exercer o desenvolvimento de temáticas práticas, as quais irão promover o real desenvolvimento psico-sensório-motor destes indivíduos que podem e devem ser incluídos não só num sistema educacional vigente, mas também devem integrar o mundo do trabalho e acima de tudo devem ter suas necessidades especiais reconhecidas, respeitadas podendo assim atuar de forma participativa enquanto cidadão.

A pesquisa sobre educação inclusiva no ensino comum é uma necessidade emergente nos dias atuais. Lembremo-nos de que a Escola é a Instituição que detém em si o poder da mudança, pois é por meio dela, nova sociedade se constrói e derruba arcaicos valores sucessivamente reproduzidos, sob a pecha de posicionamentos preconceituosos. Por isso, acreditamos que só uma educação de boa qualidade poderá reverter este estigma.

Embora nossa pesquisa se detenha meramente na inclusão do portador de Síndrome de Down na Rede Pública de Ensino, gostaríamos de lembrar que a Declaração de Salamanca documento sobre os princípios de Educação Inclusiva, de 1994, estabelece que a escola inclusiva é aquela que contempla muitas outras ne-

cessidades educacionais especiais: crianças que detêm dificuldades temporárias ou permanentes, que repetem de ano, sofrem exploração sexual, violação física ou emocional, são obrigadas a trabalhar, moram na rua ou longe da escola, são vítimas por conflitos armados, etc. A Declaração refere-se a todas aquelas pessoas que por algum motivo tenham seu direito de aprender e crescer cerceado. Lembremos que como disse: o Prof. José Sérgio F. de Carvalho (USP) “A Escola Pública é hoje a única Instituição que acolhe a todos”

Gostaríamos de encerrar tal problematização com algumas palavras de Paulo Freire, o qual escrevera sobre o conceito de tolerância pode trazer a idéia de que, apesar de sua superioridade, o tolerante faz o favor ao tolerado. Este por sua vez, diante da tamanha bondade, mostra-se humilde e grato: “Não é desta tolerância nem deste tolerante nem tão pouco deste tolerado que falo. Falo da tolerância como virtude da convivência humana. Falo (...) da qualidade de conviver com o diferente. Com o diferente, não com o inferior.”

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ARANHA, Maria Salete Fábio. **Educação Inclusiva: Transformação Social ou Retórica.** In: OMOTE, Sadao (Org.) **Inclusão: intenção e realidade.** Marília: FUN-DEPE, 2004. pp.37-59; pp.77-111; pp.113-143; pp.145-156.

\_\_\_\_\_. **Inclusão Social e Municipalização.** In: MANZINI, E. (Org.). **Educação Especial: temas atuais.** Marília: Unesp Marília Publicações, 2000. pp. 1-11

BARROS, Rubem. **Para chegar à Inclusão.** Revista Educação, São Paulo, ANO 10 n°117, 2007 pp.47-51.

BONINO, Rachel. A Síndrome, seus direitos e avessos. Revista Educação, São Paulo ANO 10; n 117, 2007. pp.42-46

BRASIL. **Constituição (1998).** Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação.

Conselho Nacional de Educação. **Parecer CEB/ CNE nº 04 / 2002,** de 29 de janeiro de 2002. Disponível em: <<http://www.cne.gov.br>>. Acesso em: 05 maio 2007.

BRASIL. Ministério da Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial.** Brasília: MEC/ SEESP, 1994.

\_\_\_\_\_. **Educação para todos 2000:** políticas e programas governamentais em educação especial. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br>>. Acesso em: 06 maio 2007.

BRASIL. Senado Federal. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** Brasília, 1996.

CARRACHER, T. N. **Sociedade e inteligência.** São Paulo: Cortez, 1989.

CAVALCANTE, Meire. **Caminhos da inclusão.** Nova Escola, São Paulo, n 11, Out. 2006 pp.09-17.

DANTAS, H. **A afetividade e a construção do sujeito na psicogenética de Wallon.** In: DE LA TAILLE, Y.; OLIVEIRA, M.K. ; DANTAS, H. Piaget, Vygotsky, Wallon: Teorias em psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus, 1992. pp. 85-98.

DIDONÊ, Débora. **Deficiência mental.** Nova Escola, São Paulo, nº11, Out. 2006, p. 27,

KUENZER, A; CALAZANS.M.J; GARCIA,W. **Planejamento e educação no Brasil.** São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1990.

MAZZOTTA, M. J. S. **Fundamentos de educação especial.** São Paulo: Pioneira, 1982.

MUSTACCHI, Z.; PERES, S. **Genética baseada em evidências: síndromes e heranças.** São Paulo: CID Editores, 2000.

OLIVEIRA, M. K. **Escolarização e organização do pensamento.** Revista Brasileira de Educação, Campinas, nº 3, 1996-Quadrienal. pp. 97-102.

OMOTE, S. **A Integração do deficiente: uni pseudo- problema científico** in :Temas em Psicologia /Sociedade Brasileira de Psicologia V.3 n.2 (1995- ) - Ribeirão Preto [SP, Brasil]: Sociedade Brasileira de Psicologia, 1995-pp.55-62

\_\_\_\_\_. **Classes especiais;** comentários à margem do texto de Torezan & Caiado. Revista Brasileira de Educação Especial, Universidade Estadual Paulista. V. 6, nº 1, .Marília-Unesp-Publicações,2000-Quadrimestral .p 43-64,

PIAJET, J. **A construção do real da criança.** Rio de Janeiro, Zahar,1971.

PUESCHEL, S. M. (Org). **Síndrome de Down:** guia para pais e educadores. 4ª Ed. Campinas: Papyrus. 1999.

SAAD, Suad Nader. **Preparando o caminho da inclusão:** dissolvendo mitos e preconceitos em relação à pessoa com Síndrome de Down. São Paulo: Vetor, 2003.

SASSAKI, R.R. **Inclusão:** construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA,1997.

SANTOS, M. P. dos. **A Prática da Educação para Inclusão.** In: MACKENZIE, M. C. et al. (Org). Inclusão. Londrina: EDUEL, 2003. (Coleção Perspectivas Multidisciplinares em educação especial)

SCHWARTZMAN, J. S. et al. **Síndrome de Down.** São Paulo: Memnon/ed. Mackenzie,1999.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Educação. Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas. **Propostas Curriculares de Educação Geral para Deficientes mentais educáveis:** período preparatório. São Paulo: SE/CENP,1984.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Escola em Movimento.** São Paulo: SE/CENP,1997.

\_\_\_\_\_. **Resolução SE. 95/ 00 de 21/11/2000.** Dispõe sobre o atendimento de alunos com necessidades educacionais

especiais nas escolas da Rede Estadual de Ensino. Disponível em : <<http://www.sao-paulo.gov.br>>. Acesso em: 06 maio 2007.

SILVA, P. M.; FONTINHA, S. R. **Começando a descobrir.** São Paulo: Nacional, 1976.

UNESCO. **Conceitos de Educação Inclusiva e de Educação em Necessidades Especiais,** 2003. Disponível em: <<http://www.portal.unesco.org/education>>. Acesso em: 06 maio 2007

\_\_\_\_\_. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais.** Brasília: CORDE, 1994.

\_\_\_\_\_. **Educação para todos:** linha de ação de Dakar, 2000. Disponível em: <<http://www.unesco.org>>. Acesso: 06 maio 2007.

TODOROV, Tzetan. **A Conquista da América a questão do outro.** Tradução Beatriz Perrone Moisés. São Paulo: Martiz Fontes,1993.