

sumário

Generice Albertina
Vieira

**Problemas
da educação do excepcional
no Brasil**

AidyI Macedo
de Queiroz

**Um programa
de ação integrada no
campo da deficiência mental**

Rosita Adler Foquel

**Caracterização
do excepcional**

Marialva Feijó Frazão
e outros

**Aspectos etiológicos
de problemas
da infância**

Elisa Dias Velloso

**O psicodiagnóstico
da criança excepcional —
Comunicação dos resultados**

Glória Soares
Ikuta

**Aspectos do tratamento,
desenvolvimento e integração
do deficiente mental**

Paulo César Muniz

**Aspectos neuropsiquiátricos
do atendimento escolar
na paralisia cerebral**

Parecer do C.F.E.

Educação de excepcionais

Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, órgão de estudos e pesquisas do Ministério da Educação e Cultura, é publicada sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos, e tem por fim expor e discutir questões gerais de pedagogia e, de modo especial, os problemas da vida educacional brasileira. Para tanto, pretende congregar os estudiosos dos fatos educacionais do País e refletir o pensamento de seu magistério. Publica artigos, registra resultados de trabalhos efetuados pelos diferentes órgãos do Ministério e pelas Secretarias de Educação. Quanto possível, deseja contribuir para a renovação científica do trabalho educativo e para a formação de uma esclarecida mentalidade pública em matéria de educação.

Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos

**Instituto Nacional de
Estudos Pedagógicos**

diretor: Ayrton de Carvalho Mattos

**Centro Brasileiro de
Pesquisas Educacionais**

diretor: Elza Rodrigues Martins

**Revista Brasileira de
Estudos Pedagógicos**

conselho de redação:

Ayrton de Carvalho Mattos, Elza Nascimento Alves, Elza Rodrigues Martins, Jayme Abreu, Lúcia Marques Pinheiro, Péricles Madureira de Pinho.

redator-chefe: Jader de Medeiros Britto

redação: Antônio Santos Morais, Euterpe Gonzales Gil Dieguez, Generice Albertina Vieira e José Cruz Medeiros.

revisão: Amélia Isabel Pederneiras Raja Gabaglia e Ovidio Silveira Sousa.

documentação: Fernando Antônio Carneiro.

tradução: Maria Helena Rapp.

P. J. Purg 73538
F. C. 70683

sumário v. 58, n. 127, jul./set., 1972

editorial

5 Educação especial,
campo para a
investigação pedagógica

estudos e debates

9	Problemas	46081
Generico Albertina Vieira	da Educação do excepcional no Brasil	
19	Um Programa	46083
Aidyl Macedo de Queiroz	de Ação Integrada no Campo de Deficiência Mental	
27	Caracterização	
Rosita Adler Foguel	do Excepcional	46088
44	Aspectos Etiológicos	
Marialva Feijó Frazão e outros	de Problemas da Infância	46091
51	O Psicodiagnóstico	
Elisa Dias Velloso	da Criança Excepcional — Comunicação dos Resultados	46095
56	Aspectos do Tratamento,	
Glória Soares Ikuta	Desenvolvimento e Integração do Deficiente Mental	46099
68	A Dinâmica Sociofamiliar	
João Bosco Calabria de Oliveira	e o Deficiente Mental	46099
79	A Psicometria na	
Lília Pinto Martins	Paralisia Cerebral	46099
87	Aspectos Neuropsiquiátricos	
Paulo César Muniz	do Atendimento Escolar na Paralisia Cerebral	46100
92	Ensino para Deficientes	
Maria da Trindade	da Audiocomunicação e Rumos Atuais	46101
100	Diagnóstico e	
Raimundo Ribeiro Fontes Lima	Tratamento Visual, do Excepcional	46102

documentação

111	Declaração dos Direitos das Pessoas	
	Mentalmente Retardadas	46103
113	Parecer do C.F.E.:	
	Educação de Excepcionais	46104

- 118 A Educação do 46105
Excepcional em Face
da lei 5.692
- Yesis Ilcia y
Amoedo Passarinho
- 124 Currículos para Especialização
de Professores de Excepcionais
do Estado de S. Paulo 46106
- 138 Atendimento
às Crianças Especiais pelo
Sistema de Ensino Público
da Guanabara 46103
- Maria Therezinha
de Carvalho Machado

livros em revista

- 148 Aspectos psicológicos na disfunção
cerebral mínima — Nilza Tartuce;
Helena Antipoff — Impressões e lem-
branças de uma aluna — Elisa Dias
Velloso; Expectativas sexuais do re-
tardado mental — Edward S. Sandtner;
Sistemas e currículos para alunos
excepcionais nas escolas especiali-
zadas e em classes especiais nas
escolas comuns — M. O. A. Durajaiye;
O enfoque criança surda — Armando
Paiva de Lacerda.

através de revistas e jornais

- 156 MANNONI, Maud — A criança, sua
"doença" e os outros; DELACATO, Carl
H. — O diagnóstico e tratamento dos
problemas de fala e leitura; COMITÊ
sobre a Adolescência (Grupos para o
adiantamento da Psiquiatria) — Di-
nâmica da Adolescência.

resumos

C.V.A. Carmem Vargas Andrade
G.A.V. Generice Albertina Vieira
J.M.B. Jader de Medeiros Britto

Educação especial, campo para
a investigação pedagógica

5

A explosão do conhecimento humano vem sendo visualizada pela floreação de grande número de ciências novas que nascem da multiplicação de especialidades, a solicitarem o trabalho do pesquisador para uma investigação cada vez mais profunda da realidade.

As respostas à indagação — o que é o real? — nunca poderão cessar. O real extravasa os esquemas teóricos, cabendo referir aquela observação de Bachelard sobre a verdade, que procuramos deslindar no real, figurando-a, com humor temperado de desencanto e dúvida metódica, como o *limite das ilusões perdidas*...

Na constelação dos estudos educacionais, a diversificação também se expande, a partir do momento em que pensadores, cientistas e práticos da educação se preocupam em superar o nível de conhecimento pseudo-científico e mesmo protocientífico, para atingir um nível de realização bem acima do empirismo rotineiro.

Não mais se admite que o processo educativo apele para a improvisação não controlada ou para a fabulação gratuita. Submeter a experiência e o conhecimento em educação às exigências do método científico parece constituir hoje, ao lado da universalização do ensino, a grande preocupação dos educadores.

É nessa perspectiva que a educação de grupos especiais ganha nova dimensão, desde que, beneficiada pelos progressos alcançados nas ciências do comportamento, em particular a Psicologia dinâmica, bem como nas diversas especializações (neurologia, audiocomunicação, oftalmologia etc.), a abordagem de uma pedagogia para o excepcional impõe

novas exigências, a começar pelo desenvolvimento de um programa sistemático de pesquisas, que inclua levantamentos censitários da população especial e investigações científicas relativas à etiologia, métodos pedagógicos, integração familiar e social, aculturação, bem como a valorização de suas aptidões.

Em se tratando do superdotado — o excepcional sempre esquecido — essa valorização tem implicações de grande alcance para os programas de desenvolvimento, com a aplicação de sua criatividade no conhecimento científico e tecnológico.

No momento em que a educação brasileira deslança para um estágio superior de qualificação científica e expansão das oportunidades de formação humana, torna-se inadiável a correlata preparação de especialistas do mais alto nível na área do ensino especial, através de cursos de graduação, extensão, aperfeiçoamento e pós-graduação, no País e no exterior.

- 6 Costuma-se ressaltar o papel epistemológico da falha, da deficiência como via de acesso para um conhecimento mais próximo do real, em suas diferenciações múltiplas de grau e qualidade.

No caso da criança excepcional, o conhecimento de suas deficiências tem permitido avaliar melhor as necessidades da criança comum, prestando inestimável contribuição ao progresso das ciências da educação e particularmente para a ciência mesma da condição humana.

Neste sentido, a questão das prioridades orçamentárias quando se debate a alocação de recursos nas áreas de ensino destinado à criança comum e à criança especial, cede lugar à idéia de complementaridade, integração, já que o sistema educacional se torna unificado, um sistema de vasos comunicantes em que todos se beneficiam de cada um.

O presente número da Revista espera ajudar nessa reflexão.

Problemas da Educação do Excepcional no Brasil

Generice Albertina
Vieira *

9

A educação especial — crescente desafio à administração pública — ainda não pôde receber, mesmo nos países mais desenvolvidos, o tratamento devido.

Os obstáculos a esse atendimento se tornam evidentes quando se consideram aspectos significativos no quadro geral, como taxa elevada de analfabetismo, população desempregada, situação do magistério no ensino de 1.º grau, onde o professorado leigo — segundo o último Censo Escolar — atingia níveis alarmantes: em 10 unidades federadas, nas zonas mais desenvolvidas, o número de leigos ultrapassava 50%, sendo que nas zonas rurais a situação era mais grave: além de 70% em 19 unidades e em 13 delas excede 90%.¹ Há ainda o caso dos professores diplomados nas capitais que se recusam a servir no interior, cerca de 30% deles, segundo estudos da

Comissão do Ensino Primário e Médio,² designada pelo Governo Federal para examinar a situação desses níveis, em fins de 1969. Outro problema é o fato de 30% das crianças em idade escolar permanecerem ainda fora dela.³

Quanto à problemática da educação especial — um dos aspectos da educação geral — avulta, no mundo inteiro, a falta de dados censitários sobre a população excepcional. As estimativas variam, calculando-se, de modo geral, para um país em vias de crescimento, um índice médio de 10% de excepcionais infra e superdotados sobre a população total. Nesse cômputo não figuram, naturalmente, os portadores de distúrbio emocional, população bem mais numerosa. Assim, atendendo a esse percentual, teríamos no Brasil, na faixa etária de 0 a 19 anos, excluindo os desajustados sócio-emocionais, um

* Assessora do Grupo-tarefa para Educação Especial da Secretaria Geral — MEC/INEP.

¹ e ² PINHEIRO, Lúcia Marques — Formação do Magistério, *Rev. Bras. Est. Pedag.* v. 53, n. 117, 1970, p. 51-52.

³ Serviço de Estatística da Educação e Cultura, 1964.

total de quase 5 milhões de deficientes e superdotados.⁴

A essas agravantes acresce a falta de conscientização da necessidade da educação especial como um direito daquele que dela carece. A sociedade ainda encontra dificuldade em conceber o excepcional em sua perspectiva existencial, com limitações e exigências, possibilidades e direitos de um ser humano. De modo geral, sua educação e assistência social não são compreendidas como responsabilidade de todos — governo e comunidade. O próprio termo, “excepcionalidade”, ainda é, hoje, entendido apenas como deficiência. Abandona-se assim o superdotado a sua própria sorte, talvez pelo fato de ser ele mais capaz.

10

Permanece ignorada ou esquecida a força que ele pode representar, incorporando-se às elites propuloras do progresso ou, talvez, aos grupos marginais.

A educação especial limita-se, pois, ao deficiente. Limita-se, quando existe, à freqüência a classes especiais em escola primária regular ou à escola especializada até a idade de 14, 16 ou 18 anos, sempre que possível. Sua integração social em termos de ocupação remunerada e direitos à justiça e à previdência social é, ainda, utópica.

Assim, aos problemas de aceitação social da deficiência, do alto custo de seu atendimento e de todo esforço da família e da escola, durante tantos anos, em prol da recuperação do deficiente, soma-se a ansiedade de pais e educadores

diante das perspectivas de futuro bastante sombrio para seus filhos e alunos, quando adultos.

Bem sabemos que faltam aos excepcionais condições para desenvolverem ao máximo suas potencialidades, realizando-se como pessoas e como cidadãos. Só a integração, em termos de família, escola e trabalho, pode conferir-lhes a autonomia e permitir-lhes a produtividade de que são capazes, para que participem do esforço necessário à continuidade e expansão do desenvolvimento.

No Brasil, a estimativa de retardo mental (a deficiência de maior vulto) a rigor não pôde ser efetuada devido à ausência de censos, admitindo-se todavia que varie entre 5% e 7% da população. Na Guanabara, onde a Secretaria de Educação está atenta ao problema, dá-se assistência a um contingente de 15 mil crianças deficientes, 14 mil delas (93%) classificadas como retardadas, sendo a maioria considerada educável.⁵

Acredita-se que a alta incidência de excepcionalidade se deva, sobretudo, às conseqüências do subdesenvolvimento econômico em seus múltiplos aspectos, destacando-se a subnutrição materno-infantil e doenças decorrentes, os traumatismos de vários tipos e a falta ou precariedade de assistência médica, pré, peri e pós-natal, que afetam expressivas camadas da população. Avultam ainda problemas correlatos como verminose infantil, doenças hereditárias e transmissíveis, falta de higiene e de

⁴ Sinopse Estatística do Brasil, IBGE, 1972, p. 42.

⁵ Seção de Educação Especial do Departamento de Educação Fundamental da SEC — GB; 1972.

educação, condicionamentos sócio-familiares, baixo poder aquisitivo, nível inferior de instrução e de preparo profissional de grande número de pais, sobretudo em classes sociais menos favorecidas, em grandes áreas geo-econômicas reconhecidamente pobres. A população brasileira, em grande parte, segundo Marcondes,⁶ “é vítima de desnutrição, atraso no crescimento e desenvolvimento somático, sofrendo, conseqüentemente, retardo transitório ou permanente no desenvolvimento mental”.

Fatores que Dificultam o Equacionamento do Problema em Nosso Meio

No quadro brasileiro, merece especial relevo a falta de política e estratégia de atendimento ao excepcional que lhe proporcionem condições de desenvolver-se e de trabalhar, tornando-se elemento útil da comunidade em que vive.

Outro obstáculo é a ausência de levantamentos e estudos da realidade do excepcional em termos de clientela e de atendimento. Faltam subsídios indispensáveis a um planejamento racional e integrado que venha abrir novas frentes, utilizando adequadamente o que já existe, na órbita oficial e privada, sobre triagem, diagnóstico, educação, reabilitação, integração social e encaminhamento profissional.

Pesa também o problema de custos e a maneira de concebê-los. Acres-

ce a insuficiência de recursos financeiros e técnicos, mas a situação se agrava quando verbas e serviços destinados a programas, equipamentos e materiais necessários à educação, assistência médica materno-infantil e orientação profissional são concebidos como “despesas” e não como investimentos de alta rentabilidade econômico-social para a Nação, a médio e longo prazo. Além do retorno (autonomia ou semi-autonomia econômica, conforme o caso, decorrente da incorporação do excepcional à força de trabalho), ou paralelamente a ele, deve ser levado em conta o “lucro” da iniciativa como ação social preventiva referente à saúde, produtividade, integração cultural e cívica do indivíduo na comunidade.

É também relevante o número insuficiente do pessoal adequadamente preparado que assiste à maternidade e à infância — médicos, enfermeiros, parteiras, assistentes sociais — para prevenir causas de invalidez ou deficiências e também para detectar os primeiros sinais de anormalidade, encaminhando gestantes, mães e crianças a exames e atendimento adequados.

Aspecto que vem sendo apontado, por técnicos e administradores, como um dos principais entraves, é a falta de valorização profissional do pessoal especializado. Os serviços públicos que atendem à educação especial nas unidades federais — quando existem — não têm grande expressão, funcionando como apêndices do departamento de educação fundamental. Ressente-se da falta de recursos financeiros, de preparo de professores, técnicos e administradores, de incen-

⁶ MARCONDES, Eduardo e outros — *Desidratação e Desnutrição em Pediatria*, São Paulo, Editora Sarvier, Editora Livros Médicos, Ltda. 1971.

tivo profissional e de salários encorajadores que façam cessar a constante evasão.

12 Outro fator que pesa negativamente, evidenciando a falta de consciência do problema em foco, é o critério de distribuição das turmas na escola regular de primeiro grau. É freqüente os professores mais antigos, ou considerados "melhores", desfrutarem de maiores regalias, podendo escolher ou receber as turmas de maior rendimento, menos problemáticas. Assim as turmas de alfabetização, de imaturos, com maiores dificuldades de aprendizagem ou de ajustamento sócio-emocional, ficam a cargo de professoras novas, inexperientes ou inseguras no manejo de classe.

A crescente demanda é outra agravante. É cada vez maior o número de pessoas envolvidas no problema da educação especial, considerando o deficiente nas diferentes áreas (audiocomunicação, visão, físico-motora, mental e emocional) e o superdotado, bem como seus familiares e todos os profissionais que os atendem em órgãos e serviços oficiais e privados, em órbita federal, estadual e municipal, nos setores de educação, saúde e trabalho.

Por outro lado, o atual estágio do conhecimento científico nessa área ainda não alcançou nível satisfatório. Pouco se sabe sobre as causas da excepcionalidade. Embora significativas, as conquistas da Medicina, das Ciências físicas e biológicas e da Psicologia profunda, na exploração desse vasto mundo, estão apenas começando. Basta lembrar que, num país na vanguarda tecnológica como os Estados Uni-

dos, por exemplo, a identificação das causas do retardo mental é bastante precária: num grupo de 4 pessoas retardadas, apenas numa delas essas causas são conhecidas.⁷

Quanto aos distúrbios emocionais, evidenciados por desajustes sócio-familiares e problemas de conduta, subjacentes na maioria dos casos — em todas as áreas, inclusive na de superdotados — a complexidade e escassa informação científica avultam sobremaneira. Cabe referir também a ignorância, preconceitos e tabus sobre a deficiência, inclusive de pais e familiares do excepcional. O retardo mental, por exemplo, a deficiência mais freqüente (em cada grupo de 1.000 pessoas, nos Estados Unidos, haveria 30 retardados, 3 deficientes físicos por poliomielite e 2 totalmente cegos⁸) é considerada ainda, pela maioria, como doença, quando deveria ser reconhecida como condição biopsíquica.

Por último, mas não menos importante, é o problema da rejeição social a qualquer forma de deficiência. Esse fato, basicamente de ordem emocional, e na maioria das vezes inconsciente, é hoje amplamente reconhecido, assumindo expressões diversas. Os pais raramente têm consciência dessa disposição psíquica mas a revelam, com maior ou menor intensidade e freqüência, por meio de atitudes aparentemente contraditórias: *vergonha* (ocultar o filho, subtraí-lo aos

⁷ *A national plan for a national problem*, publicação do "Painel Kennedy sobre o retardado mental" pelo Departamento Americano de Saúde, Educação e Bem Estar Social, p. 17.

⁸ Idem, p. 13.

contatos com outras crianças), *superproteção* (roubar-lhe a oportunidade de decidir, escolher, tomar iniciativa), *piedade* (deter-se nas limitações do filho, deixando de ver os aspectos positivos, como se ele não tivesse possibilidade de alguma recuperação, transmitindo-lhe sua descrença e seu desânimo), *desprezo* (abandoná-lo à própria sorte, criticá-lo ou agredi-lo verbal ou fisicamente), *negação* ("ignorar" sua deficiência, recusar-lhe atendimento adequado). No entanto, é também ponto pacífico: a recuperação do deficiente, em qualquer das áreas, depende essencialmente da integração familiar. O deficiente precisa sentir-se emocionalmente aceito em seu lar, desde que nasce, para que experimente segurança. Os pais de classe média e superior, em geral, sentem maior dificuldade em aceitar um filho que não corresponda a seus naturais anseios e expectativas. Já na família humilde, de condições sócio-econômicas inferiores, é diferente; essa situação não ocorre com frequência. Como os pais do deficiente, sobretudo no caso do retardo mental, não tiveram, eles próprios, oportunidade de desenvolvimento pessoal e qualificação profissional, sentem-se mais próximos do filho. Muitas vezes nem se apercebem de suas limitações, nos casos leves, e, quando o fazem, são menos exigentes com ele. Aceitando-o como é, com suas limitações e possibilidades, os pais mais humildes favorecem sua recuperação. Essa integração doméstica, em um lar sem maiores conflitos, é fator decisivo na adaptação do deficiente mental a ambientes novos, mais complexos e exigentes, como é o caso do ambiente escolar, ocupacional, social.

Concorrem assim para que o filho aprenda a conviver e a colaborar com os companheiros e as autoridades.

O Atendimento

A educação ou recuperação do deficiente só se torna real quando compreendida em termos da crescente autonomia e integração, na medida das possibilidades de cada um. A atitude de comiseração ou protecionismo, bem como a alienação ou indiferença da sociedade geram ou cultivam a dependência e inferioridade do ser humano e já foram denunciadas como atitudes anti-sociais, baseadas em rejeição inconsciente, embora assumindo formas aparentemente humanitárias.

13

Há especialistas que, em face da amplitude e complexidade do problema, levantam objeções a uma política de atendimento a curto ou médio prazo. Defendem uma política preventiva, embora reconheçam a validade de planos e campanhas que visem à imediata assistência técnica e financeira às instituições existentes, favorecendo a criação de núcleos, centros ou serviços, em diferentes pontos do País, em áreas prioritárias, para completar o atendimento ao excepcional. Acreditam que a única saída satisfatória para o problema, tendo em vista a economia de esforço e de verbas, seria uma bem planejada ação preventiva em prol da saúde e da educação do povo, atingindo especialmente o lar, a escola e a classe operária. A luta contra a deficiência seria dessa maneira intensificada através de medidas sanitárias que poderiam reduzir os índices de rubéola, sa-

rampo e outras moléstias, além da carência nutritiva, calórica. A assistência materno-infantil, anterior e posterior aos nascimentos e os aconselhamentos genéticos — além de reduzir a alta taxa de mortalidade infantil (sobretudo no 1.º ano de vida) — seriam medidas preventivas eficientes, a longo prazo. Essa compreensão, reveladora de uma visão profunda da problemática em jogo, é, sem dúvida, fundamental. Mas, paralelamente à prevenção ou completando-a em um plano integrado e global, parece oportuno, ou urgente, atacar também outras frentes. Metas prioritárias, a curto, médio e longo prazo, poderiam ser estabelecidas, tendo em vista uma série de atividades como, por exemplo: levantamento da realidade brasileira nessa área em termos quantitativos e qualitativos, criação de centros de informação, divulgação e encaminhamento médico-escolar, programação de campanhas, procurando sensibilizar a comunidade e obter sua participação, através da escola, das associações de pais, dos postos de saúde, da universidade, dos sindicatos, encontros e intercâmbio entre as pessoas que se dedicam ao assunto, encorajando as iniciativas oficiais e privadas, a formação e atualização de pessoal especializado, a reformulação legal na área de educação, saúde, trabalho, justiça e previdência social, a conquista do mercado de trabalho.

A maior parte da assistência ao deficiente, cabe à iniciativa particular. Destacam-se a APAE (Associação de Pais e Amigos do Excepcional), que hoje compreende uma rede de aproximadamente 200 entidades espalhadas pelo País, e

a Sociedade Pestalozzi do Brasil, ponto de partida do trabalho nessa área, que também vem se multiplicando em âmbito nacional.

A Legião Brasileira de Assistência tem prestado significativa contribuição, através do Serviço de Assistência Social, embora o atendimento ao excepcional não conste de sua programação regular.

No entanto, apesar do esforço pioneiro e dos resultados já obtidos, o trabalho desenvolvido por instituições e serviços privados ressentem-se da falta de entrosamento, linhas mestras de ação, recursos humanos, técnicos e financeiros.

As pessoas envolvidas no problema — familiares, professores, especialistas — conscientes de sua responsabilidade, têm-se congregado e vêm conquistando terreno no sentido de se ajudarem mutuamente e sensibilizarem a comunidade e o governo para a importância e urgência dessa realidade social.

Na área federal, a previdência social, através do Serviço de Reabilitação do INPS, já identifica e cadastra os que a procuram e financia a educação do excepcional, de acordo com critérios próprios. Escolas e clínicas estão melhorando seus serviços de atendimento e avaliação, incluindo custosas equipes técnicas para atender à previdência, sobretudo na área do retardo mental.

No entanto, dado o recente interesse do MEC pelo assunto, ao considerar a *educação especial* como meta prioritária do Gover-

no, o INPS suspendeu, há mais de um ano, a realização de novos convênios, aguardando a oportunidade de colaborar com o MEC, de acordo com critérios a serem estabelecidos.

A Lei 5.692/71, em seu artigo 9.º, preceitua tratamento especial aos excepcionais, mas ainda não foi elaborada a regulamentação necessária a sua gradativa implantação. Falta ainda uma política e uma estratégia que efetivem as diretrizes fixadas pelo Conselho Federal de Educação neste setor.

O MEC, em seu Departamento de Educação Complementar, conta apenas com duas escolas residenciais — o Instituto Benjamin Constant para cegos e o Instituto Nacional de Surdos — e duas Campanhas — a CADEME (Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes Mentais) e a CNEC (Campanha Nacional de Educação de Cegos). Falta aos programas que desenvolvem a necessária unidade de ação, devido à ausência de uma política integradora. Existem os casos do desajustado emocional, do deficiente físico-motor e do superdotado que não são atendidos pelo órgão oficial.

Os escolares da rede oficial, via de regra, recebem atendimento suplementar. O MEC procura, através da CNAE (Campanha Nacional de Alimentação Escolar), cobrir as falhas da alimentação que crianças e adolescentes recebem em casa. Embora conte com

vultosos recursos financeiros e planejamento objetivo, a Campanha não conseguiu ainda atingir sua meta: suplementar, de maneira satisfatória, a necessidade de alimentos básicos da população estudantil carente. As dificuldades decorrem, sobretudo, do pouco tempo de permanência na escola (rodízio de turmas e turnos), da falta de condições da escola para armazenar sua provisão de alimentos, da fome crônica de certas crianças para as quais a merenda é insuficiente por ser a única ou verdadeira refeição do dia. As unidades federadas, com poucas exceções, também não conseguem atender adequadamente aos excepcionais que as procuram. Carecem de condições básicas como diretrizes e normas, infra-estrutura administrativa, pessoal especializado em número suficiente e dotações orçamentárias correspondentes às necessidades da educação especial.

Outro problema a ser equacionado é o aspecto legal referente à educação e à vida do excepcional. A legislação atual necessita de acurada análise e urgente reformulação, de modo que venha abranger a realidade global do excepcional nas áreas de saúde, educação, recuperação, trabalho, justiça e previdência social.

Perspectivas

Em matéria de política e estratégia merece relevância a criação do Plano nacional de atendimento à excepcionalidade infra e superdotada.

O MEC deve examinar brevemente as alternativas propostas pelo Grupo-Tarefa de Educação Especial da Secretaria Geral — MEC/INEP que vem trabalhando na montagem do Projeto Prioritário n.º 35, do Plano Setorial de Educação, desde julho de 1972, para decidir sobre as linhas de ação a adotar.

16 A partir de 1973 o MEC, como órgão normativo e coordenador, atendendo a metas prioritárias a curto, médio e longo prazos, deverá cuidar da implantação de um sistema educacional integrado, racional e contínuo, a cargo das unidades da Federação, com a assistência técnica e/ou financeira do Governo Federal, sempre que solicitada.

Com vistas ao conhecimento objetivo de aspectos da realidade brasileira, em termos de atendimento ao excepcional, a Carta Escolar abre perspectivas.

A primeira tentativa do MEC nesse sentido⁹ — um empreendimento de grandes implicações, dada a dificuldade do recenseador em identificar a deficiência e também de ser ela reconhecida ou declarada pelos próprios pais ou responsáveis — foi o Censo Escolar de 1964. Em uma população de 28.104.217 crianças de 0 a 14 anos, nascidas entre 1964 e 1950, em área urbana, suburbana e rural não foram identificadas segun-

do a situação e natureza da deficiência (cegos, surdos, deficientes mentais, deficientes de locomoção e deficiência não declarada), nem 2% da população brasileira nessa faixa. Ora, esse dado parece não corresponder à realidade, se considerarmos que em país desenvolvido como os Estados Unidos, só o índice de deficiência mental é hoje, depois das iniciativas desencadeadas pelo Governo Kennedy, de cerca de 3%.

É interessante registrar nos dados revelados pelo último Censo Escolar,¹⁰ que os índices da faixa etária de maior frequência de deficientes correspondem aos do período de maior escolaridade, isto é, aquele que atende crianças entre 7 e 12 anos. Tentando compreender essa correlação, ocorre-nos indagar se a frequência à escola não estaria representando para os pais, no caso, a primeira ou inevitável oportunidade de se defrontarem, eles próprios, com a realidade da deficiência do filho.

Em agosto último, o Grupo-Tarefa encarregado do Projeto Educação Especial montou um modelo de questionário destinado a escolas comuns e instituições especializadas, propondo sua inclusão no plano da Carta Escolar, o que deverá ocorrer na primeira ou segunda etapa do PROCARTA. Apesar das dificuldades naturais de identificação e das exigências do gigantesco trabalho a ser desenvolvido, esses primeiros resultados podem servir como indicadores reais de estudos e pesquisas prioritárias que concorrerão para di-

⁹ *Censo Escolar do Brasil*, INEP-MEC, 1964, 2.º v., p. 126.

¹⁰ *Ob. cit.*, p. 126

mencionar nossa realidade nesse campo.

A preocupação pelo superdotado já é outro problema. Em 1971, o MEC expressava seu interesse pelo assunto, promovendo, através do Departamento de Educação Complementar, um Seminário Internacional, realizado na Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, para debatê-lo. O objetivo — procurando conhecer e levantar a problemática do excepcional, nos aspectos de conceituação e programas de atendimento — foi colher subsídios, representados por sugestões e medidas propostas pelos especialistas, para fundamentar planejamento específico na área de educação especial. Os participantes do Seminário — considerando que “a reformulação na legislação do ensino de 1.º e 2.º graus, com a promulgação da Lei 5.692/71, veio abrir novos rumos à educação dos superdotados — enfatizaram a necessidade de adotar normas práticas e objetivas, que promovam ação educativa mais eficaz com relação aos superdotados, e de propiciar condições para o estabelecimento de um clima de criatividade que venha desenvolver o espírito de pesquisa e investigação quanto à educação neste setor”.¹¹

O reconhecimento da necessidade de identificar e aproveitar o potencial de talentos de seus recursos humanos é, mesmo nos países mais desenvolvidos, preocupação bastante recente.

¹¹ Ver *Anais do “Seminário sobre Superdotados”*, 1971, p. 5.

Os Estados Unidos deram um passo à frente¹² em 1949, com a adoção de programas experimentais para crianças, anos depois incorporados ao currículo regular; o censo nacional de aptidões e habilidades,¹³ iniciado pelo Governo Americano em 1960; o Plano de Illinois,¹⁴ abrangendo distritos escolares e universidades, um dos movimentos mais expressivos, e uma série de outras medidas.

Israel já vem atendendo às crianças talentosas que se situam acima da média, representando cerca de 1% da população escolar, por acreditar que “o investimento no homem tem enorme importância para o Estado”. “O que preocupa o governo daquele país é o fato, confirmado por pesquisas, de que a criança superdotada, obrigada a seguir cursos habituais nas escolas regulares, pode se converter, com muita frequência, em uma criança de rendimento medíocre.”¹⁵

O Canadá começou esse atendimento há 18 anos, atingindo 1% da sua população escolar. Só em Ottawa são atendidos hoje mais de 30 mil crianças em níveis que vão do jardim de infância à 8.ª série.¹⁶

¹² San Diego City Schools, *Anais* referidos, p. 115.

¹³ Institute for Research in Education da Universidade de Pittsburg, Pennsylvania, p. 113.

¹⁴ O Programa de Illinois, no biênio 1965-1967, atendeu a orçamentos para distritos escolares com programas aprovados, centros de demonstração, projetos experimentais e programas de treinamento para especialização de pessoal. *Anais* referidos, p. 123.

¹⁵ e ¹⁶ Ver *anais* referidos, p. 140 e 129.

Por fim — como medida geral que atinge a todos — vale referir ainda a criação, pelo Governo Federal, do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição.

A medida, visando à saúde-educação-produtividade, procura corrigir, ou atenuar, o “deficit” nutricional quantitativo e qualitativo

de considerável parcela da população economicamente desfavorecida. Em sua primeira etapa, o Instituto deverá desenvolver programas assistenciais junto às gestantes, às crianças nos primeiros anos de vida e aos escolares das séries iniciais do ensino fundamental. Esse atendimento seria dado através de escolas e de postos de saúde.

Um Programa de Ação Integrada no Campo da Deficiência Mental

Aidyl Macedo de Queiroz *

1. Propósitos

Baseia-se o programa aqui exposto em experiências e contribuições pessoais, não só oriundas de outros profissionais e especialistas neste setor, como da própria autora, especializada no campo da subnormalidade mental e com missão em diversos países, inclusive Espanha.

As metas assinaladas no desenvolvimento do programa cobrem os diferentes aspectos de uma ação conjunta e coordenada, para atingir as finalidades essenciais de um plano integral de realizações que abarque a reabilitação de todas as fases do processo evolutivo humano a que correspondam os distintos níveis e síndromes específicos da deficiência mental, como também a ação relativa ao estudo e prevenção e a preparação do meio ambiente para a integração social do deficiente. Compreendem os seguintes itens:

- Perita das Nações Unidas.

- a profilaxia
- a investigação científica
- a reabilitação
- a formação de pessoal especializado
- a promoção social.

A realização desse programa é imprescindível para o êxito completo e conquista dos fins científicos, sociais e humanos ligados ao problema da subnormalidade mental.

A compreensão do significado desses propósitos permitirá pôr em evidência o valor e a utilidade de um programa assim concebido:

- A profilaxia, considerada como ação preventiva e fundada nos resultados das investigações científicas levadas a efeito para tal fim e nos dados provenientes dos trabalhos realizados no campo da reabilitação.
- A investigação, como meio de conhecer, através do emprego de

recursos científicos apropriados, a etiologia, as características específicas dos diferentes quadros clínicos da deficiência mental, nos diferentes graus, e, do mesmo modo, a verificação e aperfeiçoamento das técnicas, dos métodos e dos tratamentos utilizados, e também da procura e aplicação de inovações e, inclusive, o meio de orientar a ação preventiva.

20

— A formação e atualização do pessoal especializado, para cobrir a peremptória necessidade de prover técnicos e profissionais suficientemente capacitados para o eficiente funcionamento de todo o programa previsto.

— A promoção social, para conscientização do ambiente sociocultural e para estimular os organismos públicos e privados com o objetivo de atingir os meios necessários de modo a tornar efetiva a ação preventiva, a investigação, a reabilitação e a capacitação de pessoal previsto. A conquista de cada uma dessas metas pressupõe o desenvolvimento de uma série de atividades e de funções variadas e complexas.

2. A profilaxia

Propõe-se diminuir, dentro do possível, a frequência de casos de subnormalidade cujas causas podem ser previstas e evitadas, e também sensibilizar o meio social, de modo a levá-lo a reconhecer e adotar o tratamento precoce da deficiência mental. O diagnóstico precoce constitui, até certo ponto, medida profilática já que determinados quadros clínicos, conhecidos nos primeiros dias de vida da criança, podem ser totalmente eliminados, evitando-se assim os sintomas de

retardo mental que de outro modo apareceriam. Da mesma forma o reconhecimento precoce e o tratamento oportuno permitiriam evitar um agravamento da subnormalidade e, de outra parte, obter uma reabilitação mais efetiva.

A tarefa da profilaxia concerne a cada qual, profissionais, pais, autoridades e, enfim, a todos os membros da sociedade. Não há família que esteja completamente imune a ter de enfrentar um problema de subnormalidade em seu meio. Por isso, cabe a todos a aplicação de certas normas de ordem preventiva que tendam a evitar, de alguma forma, o problema. São consideradas preventivas, entre outras: as campanhas de vacinação contra determinadas viroses, o adequado controle e atenção médica durante a gravidez e o parto. Há que evitar dentro do possível as lesões prematuras ou, no curso do parto, a anomalia neonatal e os transtornos perinatais que são apontados como fatores etiológicos da deficiência mental. A identificação nos primeiros dias de vida dos possíveis transtornos metabólicos e endocrinológicos que possam incidir no problema, e cujo controle e tratamento oportunos permitem evitá-los ou, pelo menos, diminuí-los.

O emprego das transfusões de sangue por ocasião do nascimento e a técnica da dessensibilização, em caso de incompatibilidade sangüínea (Rh), podem salvar a criança do quadro de retardo mental. De modo igual considera-se importante constatar a presença dos fatores hereditários suscetíveis de provocar condições de deficiência mental.

É necessário ter também em conta, no quadro da profilaxia, os aspectos relacionados com as condições ambientais que possam ser responsáveis, de forma direta ou concomitante, pela sintomatologia característica da deficiência mental. Assinalamos como mais significativos, neste particular, os que se ligam à nutrição insuficiente ou não apropriada, tanto da criança como da mãe gestante, assim como a deficiente estimulação sensorial e cultural indispensáveis ao adequado desenvolvimento da criança nas diferentes fases de sua evolução.

Um programa de ação profilática, para que possa lograr os fins de modo eficaz, requer a dedicação conjunta e coordenada da equipe interdisciplinar de profissionais e técnicos que orientem suas atividades e esforços, como a conscientização do público, das autoridades e dos profissionais que de um ou de outro modo possam contribuir para o desenvolvimento do programa, recorrendo a meios de divulgação apropriados e à aplicação de métodos e técnicas destinados ao controle dos possíveis fatores etiológicos. Como exemplo de tais programas, podemos citar o da "educação precoce" aplicado desde os primeiros dias de vida, o que já se vem fazendo em alguns países como meio preventivo da deficiência mental.

3. Pesquisa científica

Através deste programa específico procura-se verificar cientificamente os fatores etiológicos da deficiência mental. A experiência demonstra que os estudos realizados

em relação à etiologia devem fundamentar-se preferentemente na análise das causas de maior relevo encontradas na exploração diagnóstica e que são suscetíveis de ser controladas. O valor deste aspecto do trabalho evidencia-se na atualidade pelos resultados das investigações com a finalidade de poder controlar muitas das causas da deficiência mental, desde já modificando de alguma forma as perspectivas do problema. Isto se comprova com a descoberta de anomalias cromossômicas (trissomia 21, 13 e 18 e supressão do cromossoma 5) e dos fatores de ordem metabólica determinados geneticamente (a fenilcetouria, a galactossemia, a leucinosis etc.) e também com os efeitos do mau trato, da falta de cuidados e da estimulação sensorial pobre.

Outros aspectos de importância, sujeitos a investigação, seriam os referentes a características que definem os riscos de conduta, típicos do subnormal em geral, assim como a sintomatologia do comportamento de determinados quadros clínicos. Atualmente, está-se levando a termo grande desdobramento de atividades no campo científico para conhecer essas peculiaridades, entender o problema em toda sua extensão e profundidade e prover, dentro do possível, meios e técnicas para sua solução. Neste sentido, iniciam-se pesquisas sociológicas, a fim de estudar os meios de integração social do deficiente e melhorar as condições das instituições existentes.

Estudos de natureza científica são também os que se vêm desenvolvendo para comprovar a eficácia

dos tratamentos medicamentosos empregados, as dietas específicas aplicadas, assim como a investigação de outros mais adiantados para conseguir sua melhoria e facilitar desse modo a reabilitação do deficiente mental.

De outra parte, técnicas e métodos pedagógicos utilizados na reabilitação dessas crianças, desde o nível de educação maternal, de jardim de infância, escolar e vocacional, assim como os meios usados para a integração do subnormal na família, no trabalho e na sociedade em geral, constituem áreas que são objeto de investigação científica. Como no passado, seus resultados continuam sendo aproveitados também em benefício do desenvolvimento de métodos educativos aplicáveis a indivíduos de condição normal.

O alcance da investigação científica, no campo da subnormalidade mental, compreende igualmente o estudo da sensibilidade da família e do meio sociocultural em relação com a subnormalidade mental e os problemas dela derivados.

Naturalmente, para a realização desses fins da investigação científica não só é importante contar com técnicas e meios atualizados como também, e sobretudo, com pessoal especializado nesse campo de estudo multidisciplinar e orientado principalmente até os objetivos propostos na profilaxia e reabilitação do deficiente mental.

4. A reabilitação

Esta parte do programa tem por finalidade precípua a conquista da melhoria integral do subnor-

mal, nos aspectos social, emocional, intelectual e físico, dotando-o de meios e possibilidades para que possa adaptar-se, dentro de suas limitações, às exigências comuns da vida. Propõe-se do mesmo modo condicionar o meio sociofamiliar para que aceite o deficiente e facilite sua integração nele.

Os meios propostos para tal fim compreendem a organização e funcionamento de centros e serviços especializados, o emprego de técnicas e métodos apropriados e também a formulação e desenvolvimento de programas gerais e individuais de reabilitação.

Todo processo de reabilitação inicia-se com o diagnóstico diferencial e funcional da deficiência mental em seus diferentes aspectos e graus, assim como a determinação e estudo dos quadros clínicos inerentes. De acordo com um enfoque multidimensional (sócio-médico-psicopedagógico) prescreve-se, aplica-se e se controla a terapia dirigida especificamente ao subnormal, como igualmente a seu núcleo familiar e aos centros e serviços necessários a sua reabilitação.

Para um programa de reabilitação, que cubra todos os graus e níveis da subnormalidade mental, são propostos os seguintes centros e serviços:

1. *Centro de Diagnóstico e Orientação* para o diagnóstico diferencial e funcional da deficiência mental e dos quadros clínicos correlatos, assim como para o tratamento preliminar especializado e a orientação familiar, escolar, vocacional e clínica em geral.

O enfoque multidisciplinar do diagnóstico, orientação e tratamento inclui a participação dos serviços de assistência social, médicos, psicológicos e pedagógicos, os quais se coordenam para determinar o diagnóstico e elaborar em conjunto planos de tratamento, tanto individuais como de grupos e controlar seu desenvolvimento.

2. *Centro de Educação Especial* para a educação pré-escolar, escolar e vocacional do subnormal que se possa enquadrar entre os "susceptíveis de instruir-se".

Precisa-se para esse objetivo da formulação e desenvolvimento de programas escolares especializados, juntamente com o emprego de material e equipamento psicopedagógico convenientes.

O pessoal técnico e docente que é indicado para esses centros de educação especial compreende não só instrutores e mestres especializados como também profissionais de outros níveis que têm a seu cargo as funções de direção e de orientação psicopedagógica no desenvolvimento de programas gerais do centro e dos individuais para cada caso em particular. Essas funções de orientação psicopedagógica requerem a participação direta de psicólogos escolares e de licenciados em pedagogia, assim como de médicos escolares e assistentes sociais.

3. *Centro de Treinamento* para o adestramento de hábitos de autodeterminação e de conveniência social, como para o treinamento ocupacional, dos subnormais mentais "passíveis de treino".

Os programas previstos para esse tipo de centro incluem os de formação de hábitos de cuidado pessoal, de desenvolvimento da comunicação oral, de formação de hábitos de conduta social, de fixação de signos e sinais mais usuais da vida cotidiana e também os de treinamento ocupacional que incluam a realização de tarefas simples.

O pessoal especializado neste campo específico é composto de educadores, monitores, além de psicólogos, pedagogos, assistentes sociais e médicos escolares, com papéis semelhantes aos desempenhados em centros de educação especial.

4. *Centro de Trabalho Protegido* para a melhoria do treinamento e de trabalho supervisionado (no próprio Centro ou fora dele) de adolescentes e adultos subnormais, na faixa dos que podem ser instruídos e treinados.

As atividades que se propõem para esses fins incluem especialmente trabalhos de artesanato menor e de agricultura e os de acabamento e outras tarefas simples no ramo industrial, assim como algumas exigências limitadas na área comercial. Tudo de acordo, também, com as condições do meio sócio-cultural e de seu mercado de trabalho.

Para desenvolver esta parte do programa, necessita-se de pessoal especializado composto de instrutores de oficinas e orientadores vocacionais, assistentes sociais e psicólogos, entre outros.

5. *Centro Clínica-Lar* para atendimento hospitalar e condiciona-

mento de hábitos básicos de autodeterminação e convivência dos subnormais mentais que possam ficar "sob custódia". A atenção prestada aos acolhidos neste centro inclui, além de tratamento médico, em seus diferentes aspectos, a aplicação de regimes dietéticos convenientes e de fisioterapia adequada, assim como o treinamento ligado aos cuidados especiais, ao desenvolvimento das funções de comunicação, à aceitação da rotina cotidiana, como também à aceitação das atividades de treinamento.

24 O pessoal especializado compreende médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

6. *Comunidade Familiar* para atendimento de adultos subnormais em seus diferentes níveis, em regime de residência ou de comunidade familiar. São acolhidos nesses centros os deficientes mentais que, atingindo a idade adulta, necessitam de proteção familiar e também os que, por suas próprias condições, não podem permanecer junto da família.

Para esse tipo de atendimento recorre-se a dois tipos de centros de diferente estruturação: de um lado, a *residência de adultos*, localizada em zonas urbanas ou rurais que facilitem a integração social dos subnormais adaptáveis a suas condições de vida, e de outro a organização de *lares substitutos* nas comunidades habituais ou em povoações ou agrupamentos já existentes, ou ainda em núcleos comunitários construídos especialmente para esse fim.

O pessoal necessário para tais comunidades inclui médicos e assistentes sociais visitantes, assim como conselheiros familiares e especialistas gerontológicos.

5. Formação de Pessoal especializado

O êxito de todo o desenvolvimento dos programas de reabilitação, assim como do funcionamento de toda instituição reside, essencialmente, no elemento humano. Os colaboradores a cujo cargo se encontra a operação desses programas devem ser selecionados cuidadosamente para que possam enquadrar-se nos requisitos mínimos de formação e especialização, tal como exige o desempenho de tão delicado e difícil trabalho.

A seleção se faz mediante o emprego de técnicas especiais destinadas a verificar não só a capacidade e experiência essenciais necessárias para cada atividade específica, assim como as motivações reais e inclinações indispensáveis a cada atividade específica apropriadas para a execução das múltiplas tarefas do campo do retardado mental.

Em quase todos os países o material humano de que se dispõe para essa classe de atividades é muito escasso. Daí a necessidade de motivar e incentivar estudantes e jovens profissionais para especializar-se nesse campo de trabalho.

A formação e atualização de pessoal especializado faz-se de duas formas. De um lado, estão os cursos de formação básica de profissionais de diferentes níveis e especialidades, assim como outros

que compreendem a formação de especialistas no campo da subnormalidade, como assistentes sociais, psicólogos, pedagogos, pediatras, neurólogos, psiquiatras e também mestres educadores, enfermeiras. Para sua formação considera-se de importância o enfoque teórico-prático e interdisciplinar, fixando-se, de outro lado, os programas de treinamento em serviço com atividades de trabalho supervisionado nas correspondentes funções e serviços dos vários centros descritos.

Para a efetivação de todo trabalho do pessoal nos diversos níveis, profissionais ou não, é necessário que cada qual adquira consciência da finalidade humana de suas atividades e da responsabilidade que lhe cabe, diante de si e da sociedade.

6. A promoção social

Este setor desenvolve-se em duas direções: uma, tendo por base a divulgação e penetração dos princípios gerais de sensibilização pública e da expansão de atitudes positivas diante do problema; outra, tornando conscientes os organismos públicos e privados da necessidade de prover os meios de assistência para o desenvolvimento de programas relacionados com a deficiência mental.

A eficácia desse trabalho é avaliada pelo movimento desenvolvido pelas associações de pais, protetoras do subnormal — chamadas também “grupos de pressão” — que se congregam em Federações e Ligas Internacionais, com o objetivo de tornar conscientes os demais da necessidade de apoiar o

trabalho de integração social desses desvalidos, como cidadãos de fato e de direito junto à sociedade.

É oportuno, assim, salientar o justo valor de tais associações, cujas finalidades se poderiam sintetizar nos seguintes propósitos:

- Promover a criação e funcionamento de serviços relativos a: diagnóstico, assistência, educação, reabilitação e proteção do subnormal mental.

- Realizar o trabalho de promoção social, para que os familiares e a sociedade em geral se tornem conscientes da necessidade de aceitar o subnormal, colaborando com sua integração no meio sócio-cultural.

- Fomentar a formação de pessoal capacitado para tornar efetivo o desenvolvimento de programas especializados relativos à deficiência mental.

- Promover campanhas de ação preventiva e programas de investigação científica nesse campo.

- Estimular a elaboração de leis relacionadas especialmente com o problema, como sejam: de ajuda econômica, de proteção trabalhista e de educação especial.

Também os organismos internacionais têm contribuído de forma bastante efetiva para o desenvolvimento desse programa. Provam-no a assistência técnica prestada em programas desse tipo e a Carta de Direitos do Retardado Mental recentemente aprovada pelas Nações Unidas. Constitui tal documento um chamado a todos os países relativamente aos direitos

que devem gozar os inválidos referidos, incluindo o atendimento médico, a educação e a reabilitação especial que permitam desenvolver ao máximo suas capacidades e aptidões.

Já começam a sentir-se os resultados desse movimento de maneira positiva em vários países, inclusive na Espanha, com a promulgação de leis especiais para uma aceitação social maior do subnormal e a criação de centros e serviços especializados.

7. Conclusões

26 Esta visão sucinta permite identificar a magnitude de programa completo de assistência ao subnormal. Programa que abarca não somente a profilaxia e o diagnóstico da deficiência mental, mas também prevê os meios de reabilitação em todos os níveis da subnormalidade e fases de vida. Utiliza métodos, técnicas e tratamentos cientificamente controlados e pessoal capacitado, como também meios eficientes de prevenção.

Estas considerações circunscrevem-se aos seguintes aspectos:

— O caráter multidisciplinar e a ação conjunta de diferentes centros e instituições constituem os pilares de uma atenção integral e contínua de que necessitam os subnormais e seus familiares.

— O eixo em torno do qual se processa todo o funcionamento de

uma instituição dessa natureza é constituído pelo pessoal encarregado do desenvolvimento e execução de seus programas. Esse pessoal, qualquer que seja sua especialidade e responsabilidade, há de estar capacitado suficientemente, não só por sua formação e conhecimentos teóricos, como também pela experiência adquirida através de práticas supervisionadas ou treinamento regular no próprio serviço. As motivações, tanto para a realização das tarefas específicas que concernem a cada indivíduo, como pela significação humana de sua dedicação a obras dessa natureza, desempenham papel decisivo no êxito da instituição.

— As investigações de caráter científico constituem um apoio de inestimável valor, não só com a finalidade de poder controlar a eficácia dos métodos e técnicas e de determinar com maior exatidão a etiologia da deficiência e sua sintomatologia, como também para comprovar a excelência de novas orientações que venham a ser propostas às instituições.

— O enfoque que orienta todo um programa integral se caracteriza por ajudar o subnormal a tornar realidade seus direitos de receber um tratamento adequado e uma educação e treinamento vocacional que lhe permitam desenvolver efetivamente suas capacidades, qualquer que seja seu grau de deficiência.

Que é o excepcional? Por que é? Como é? Por que chamá-lo assim? Quais os "empeços" que merecem a adjetivação? Como diagnosticar o excepcional? Como atendê-lo? Há possibilidade de integração social para o excepcional? Em todas as diferentes modalidades? Vale a pena investir na educação do deficiente?

Estas são as perguntas que procuraremos responder no correr do nosso trabalho. Não temos respostas prontas e conclusivas para todas elas. O estudo sobre a excepcionalidade somente agora é que vem merecendo maior atenção dos estudiosos, daí haver ainda muitas dúvidas e muitos temas a serem discutidos. Nosso objetivo é propor questões, levando os interessados a meditar sobre elas. E incentivá-las a participarem desse desafio que é o estudo do deficiente e a crença nele.

* Coordenadora da Equipe Técnica da Associação de Pais e Amigos do Excepcional (APAEE) e professora de Psicologia do Excepcional no Curso de Psicologia da Univ. do Estado Guanabara.

Análise do termo e classificação

27

De toda a terminologia aplicada aos indivíduos, cujos padrões de comportamento e cujas necessidades educacionais escapam à "faixa média da normalidade", o termo *excepcional* é o mais aceito.

Excepcional é tudo o que foge ao "normal", é tudo que representa exceção a uma regra. Assim conceituado, o vocábulo aplica-se àqueles indivíduos que, por causas diversas, fogem aos estágios normais de desenvolvimento, por deficiência mental, física, sensorial ou emocional. Porém, o fato de fugir à "regra" não significa que haja sempre deficiência, porque se pode fugir aos padrões de normalidade por apresentar reações *além* das esperadas. Neste caso, o termo incluiria os que têm muito a menos (deficientes) e os que têm muito a mais (superdotados).

Enfatizamos o aspecto de que a normalidade deve ser encarada

como uma faixa e que qualquer conceito que se dê ao termo NORMAL (antropológico, filosófico, estatístico, sociológico etc.) nos dirá que a normalidade não é um ponto colocado num gráfico, nem uma determinada reação X, esperada numa idade Y.

Do aspecto educacional, é muito significativa a observação, porque o simples fato de possuir uma deficiência não é suficiente para levar o indivíduo à categoria da excepcionalidade. Por exemplo: indivíduos que têm deficiência auditiva ou visual, passível de correção por instrumentos especiais, não se incluem na classificação. A ela pertencerão se a deficiência for de tal ordem que implique atendimento especial.

Como atendimento especial consideramos toda atuação educativa que se caracterize por utilizar:

- a) Equipe interdisciplinar qualificada e treinada no trabalho, com determinado tipo de excepcionalidade.
- b) Currículo especial e específico para o excepcional.
- c) Recursos que permitam executar o plano de assistência proposto pelos diferentes elementos da equipe.

Se cada aluno excepcional deve utilizar plenamente seu potencial, é preciso contar com recursos materiais e humanos, capazes de atender às características dos diferentes tipos de criança, através das mais modernas práticas educativas.

Num afã de classificar os excepcionais, poderíamos assim relacioná-los:

Deficiente físico-motor.
Deficiente sensorial da audiocomunicação, da visão e da palavra.
Deficiente emocional.
Deficiente mental.
Superdotado.
O múltiplo deficiente.

Lloyd M. Dunn¹ apresenta as seguintes categorias:

Alunos com limitações intelectuais (retardados mentais educáveis e treináveis).
Alunos de inteligência superior ou superdotados.
Alunos com problemas de comportamento (c/distúrbios emocionais, c/desajustes sociais).
Alunos com problemas de palavras.²
Alunos com deficiência de audição (surdos, hipoacúsicos).
Alunos com deficiência de visão (cegos e amblíopes).
Alunos com problemas neurológicos e físicos (def. físico não sensorial, doentes crônicos).

Poderíamos mencionar outros autores com suas próprias classificações, o que nos parece cansativo e dispensável, já que todas se interpenetram, modificando-se apenas a terminologia. A simples observação das duas classificações apresentadas confirma o que dissemos.

Uma vez classificados, passemos a estudar "porque" são ou se tornam

¹ Da Associação Americana de Def. Mental. Catedrático do Depart. de Ed. Especial do "George Peabody College for Teachers", U.S.A.

² A expressão correta é "deficiente da fala", mas como se generalizaram entre nós os termos: problema de palavra, terapia de palavra, mantemos a expressão.

diferentes. As causas podem ser atribuídas a fatores endógenos ou a fatores exógenos. Os endógenos são devidos a gens dominantes, recessivos ou a mecanismos genéticos indeterminados. Os exógenos compreendem:

1. infecções, sejam pré-natais, como a rubéola etc. sejam pós-natais, como as meningoencefalites;
- 2) agentes tóxicos, como por ex. radiações;
3. agentes traumáticos, por ex. os traumatismos de parto;
4. perturbações metabólicas, por ex. as desindocrinopatias;
5. carências, sejam afetivas sejam orgânicas.

Outra maneira de abordar a etiologia é a localização da origem da deficiência:

- na etapa pré-natal (incluindo fatores hereditários e congênitos);
- na perinatal e
- na pós-natal.

E o superdotado?

Algumas correntes modernas admitem a "hereditariedade" da inteligência, transmitida por gens cumulativos ou auditivos. Por essa conceituação, o superdotado o é por fatores endógenos. Quando o meio-ambiente estimula adequadamente, a potencialidade do sujeito se atualiza. Neste caso, os fatores exógenos devem ser mencionados mais como favorecedores e estimuladores.

É importante o conhecimento das causas das deficiências, especialmente se lembrarmos que algumas

delas podem ser evitadas por medidas profiláticas, cabendo referir:

- a) oftalmia neonatorum, isto é, a contaminação das conjuntivas pelos germes da mucosa vaginal, durante o nascimento. O uso de medicamentos assépticos nos olhos do recém-nascido, pode evitar essa infecção, causa freqüente da cegueira;
- b) emprego, sem controle médico, de certos antibióticos, como a dihidroestreptomicina, que pode provocar neurite tóxica do nervo auditivo, ocasionando, assim, surdez adquirida e incurável;
- e) anoxia neonatal, causadora de defeitos nas crianças, como debilidade mental e outros.

Vejamos a seguir algumas considerações relacionadas com o diagnóstico da excepcionalidade.

Parece internacionalmente aceita a idéia de uma avaliação pluridimensional, abrangendo a observação e impressão de diferentes aspectos, como o social, o médico, o psicológico, o psicopedagógico, o logopédico etc. Alguns casos são de diagnóstico fácil e evidente, mesmo para leigos. O mesmo não acontece com certos problemas, como as psiconeuroses, as dislexias, entre outros.

A deficiência múltipla merece cuidadosa atenção na avaliação, especialmente para orientação posterior. É o caso do deficiente múltiplo, portador de cegueira ou surdez e sua localização em instituições de assistência especializada.

Em se tratando de deficiência mental e visual, por exemplo, deveria

ser assistido numa instituição para cegos e amblíopes ou para retardados?

É questão em aberto que merece solução urgente. O mesmo se dá em relação ao surdo e deficiente mental e outros tipos conjugados de deficiências.

30 Considera-se o diagnóstico precoce de extrema relevância, e tanto mais cedo seja feito, melhores serão os resultados de uma ação terapêutica. O ideal seria realizá-lo nos primeiros meses de vida, nos casos de etiologia pré e neonatal, não só para estimular precocemente a criança, como ainda para iniciar um trabalho junto aos pais, no sentido de levá-los a melhor compreenderem a aceitarem seu filho (a) deficiente.

O diagnóstico deve ser acompanhado sempre de atendimento, variando segundo a deficiência e, dentro dela, de indivíduo para indivíduo.

Caracterização das diferentes categorias

1. Deficiência físico-motora

A deficiência física pode ser ou não acompanhada de outras deficiências. A etiologia das deficiências justificará a concomitância de outras implicações, além de paralisia ou atrofia. As várias formas de incapacidade são mais freqüentemente causadas pela lesão cerebral, que acarreta alteração ou perda do controle muscular. Essas manifestações são caracterizadas com o nome genérico de paralisia cerebral (P.C.), significando "qualquer anormalidade ou alteração no controle dos músculos e articu-

lações". Nas diferentes formas clínicas em que a paralisia cerebral se apresenta, o movimento voluntário aparece dificultado e não sob a forma de incapacidade total de execução.

Cabe lembrar que a paralisia cerebral não é doença, no sentido usual da palavra, e sim o resultado de lesão no sistema nervoso central. É incurável, mas, com freqüência, o tratamento adequado traz melhoras consideráveis.

Como decorrência da lesão cerebral, às vezes aparecem outros problemas conjugados: retardo mental, deficiências sensoriais, convulsões, distúrbios de conduta etc. O paralítico cerebral pode apresentar-se como:

ATETÓIDE — que possui atetose, isto é, movimentos irregulares e arrítmicos das extremidades.

ESPÁSTICO — que possui os músculos rijos, que prejudicam os movimentos voluntários normais. As contraturas dos tendões, mais comuns no espástico do que em qualquer dos outros tipos da P.C., muitas vezes, são as causadoras das deformidades dos membros.

RÍGIDO — semelhante ao espástico. Há tensão muscular contínua e geral, ou inflexibilidade.

ATÁXICO — que não possui equilíbrio e apresenta descoordenação de movimentos. Cai com freqüência, pela falta de senso de orientar-se no espaço.

TREMULO — que possui movimentos involuntários, limitados a certos grupos de músculos.

A classificação apresentada é meramente didática, já que freqüentemente os tipos aparecem mistos, por exemplo, com espasticidade e ataxia.

De acordo com o grau de deficiência física, o indivíduo poderá necessitar de atendimento hospitalar, sendo praticamente impossível freqüentar escolas. Em alguns distritos dos Estados Unidos, escolas especializadas em deficiências físicas enviam professores a domicílio para atendimento daqueles que não podem locomover-se.

Mas a deficiência físico-motora pode ter outras origens que não a lesão cerebral. É o caso da paralisia infantil, acidentes físicos, tuberculose óssea, osteomielite etc. Independentemente da causa, o deficiente físico pode ser classificado como: hemiplégico, paraplé-gico (ou diplégico), tetraplé-gico, triplégico ou monoplégico, segundo a localização do comprometimento motor.

A hemiplegia afeta uma das metades verticais do corpo, isto é, o braço e perna esquerdos, ou o braço e perna direitos. São mais comuns as hemiplegias do tipo espástico ou atetóide.

A paraplegia atinge apenas as pernas e quase sempre é do tipo espástico. A tetraplegia atinge os braços e as pernas. A triplegia atinge um braço e as pernas. Na monoplegia, muito rara, o comprometimento é de um dos membros apenas.

Os portadores desses distúrbios necessitam de técnicas especiais de tratamento, sendo a fisioterapia in-

dispensável. Muito significativa é a ajuda psicológica, no sentido de oferecer à criança deficiente física oportunidade de bom desenvolvimento emocional, social e intelectual (na medida de suas capacidades).

O atendimento de suas necessidades não quer dizer apenas proporcionar-lhes meios de reabilitação física, mas cuidar de sua vida emocional, bem como da de seus pais, que, geralmente, necessitam de auxílio e orientação. Algumas vezes superprotegem a criança, bloqueando seu desenvolvimento e tornando-os cada vez mais dependentes.

31

2. Deficiente sensorial

2.1 Da audiocomunicação

O termo "deficiente da audiocomunicação" afigura-se como mais adequado do que "deficiente auditivo", porque a mais séria consequência da falta ou da baixa de audição é a dificuldade que o surdo tem de se comunicar. Nem todo mudo é surdo, mas todo surdo naturalmente é mudo, porque sem ouvir a voz humana não pode aprender a falar espontaneamente. Precisa ser desmutizado por meio de técnicas especiais. Como mudez e surdez se associam, é sempre interessante, no caso de desenvolvimento retardado da fala, fazer uma investigação. Além de certas condições, como deficiência mental, afasia, traumas emocionais etc., a perda da audição pode justificar o referido atraso.

Inúmeras são as considerações referentes à classificação do surdo, porque o termo surdez abrange a

total, a parcial, a congênita, a adquirida ou adventícia e o ensurdecimento.

Usando-se o critério da medida da capacidade auditiva, o deficiente da audiocomunicação pode ser caracterizado como surdo ou hipoacúsico.

É surdo quando a perda auditiva varia entre 70 a 100 decibéis (dbs).

É hipoacúsico quando:

- 32 a) tem perda de 40 a 70 dbs (parcialmente surdo);
- b) tem perda entre 20 a 40 dbs (audição difícil);
- c) que corresponde ao "hard of hearing".

Até 20 dbs de perda, a audição é confundida com a normal. Uma perda maior do que 30 dbs requer o uso de amplificação por meio de aparelhos, para facilitar a comunicação normal.

De acordo com as unidades em dbs que estão perdidas, a dificuldade em ouvir a linguagem é progressiva, desde o não ouvir a fala em voz baixa a certa distância, até a impossibilidade de ouvir um grito forte, bem junto ao ouvido.

É muito freqüente nas classes das escolas comuns haver aquele aluno que é desatento e irrequieto, que pergunta, levando sempre o professor a repetir as mesmas palavras, que rende como retardado, que fala com inúmeras distorções e ora o faz em voz alta, ora em voz muito baixa. Tais alunos, geralmente crianças-problema, quando encaminhados ao otorrino para

exame audiométrico, podem ter diagnóstico de hipoacusia, necessitando de aparelho e/ou de tratamento especializado.

Os aspectos psicológicos da criança congenitamente surda diferem dos da criança que ensurdeceu e que já dominava a linguagem. Esta necessita de cuidados especiais para manter a linguagem aprendida, do contrário tornar-se-á muda.

Os efeitos da surdez numa criança que nunca aprendeu a falar são mais profundos.

Constitui desafio aos estudiosos a caracterização do pensamento da criança deficiente de audição. Mesmo sem entrar no debate: falamos porque pensamos ou pensamos porque falamos, parece-nos fora de dúvida que pensamento e linguagem estão em íntima conexão. Assim sendo, como será a gênese das estruturas cognitivas do surdo, se ele não dispõe da linguagem simbólica dos ouvintes? E não a possui porque não dispõe do sentido receptivo, pelo qual a linguagem falada é recebida. Não recebendo essa linguagem, evidentemente não pode expressar-se por meio dela, e terá dificuldade de "conversar consigo mesmo" (isto é, de pensar).

Estas considerações não significam que o surdo não pensa ou não se comunica. Ele o faz à sua maneira, usando mímica e gestos, que procuram substituir o simbolismo dos sinais falados.

Convém lembrar, porém, que o "defeito" do surdo está na função receptiva da linguagem, o que acarreta alterações nas outras duas funções: a expressiva e a interiori-

zada. Ora, se a criança surda aprender a falar e a compreender o que os outros dizem, elas serão mais felizes e terão mais chance de alcançar o nível das demais crianças.

O trabalho educativo com o surdo deve-se fazer pelo método orofacial. Os pais têm papel importante, já que nos primeiros anos de vida do filho(a) são os que têm maiores oportunidades de comunicação com a criança, devendo incentivá-la na aprendizagem da leitura orofacial.

Como nos demais casos, a criança e seus familiares necessitam de ajuda psicossocial, para prevenir contra graves desajustes sociais ou emocionais.

2.2 Visual

Os excepcionais que se enquadram nessa classificação são os cegos e os amblíopes, mas nem todos os deficientes da visão podem ser diagnosticados como tal. Referimo-nos, no caso, aos portadores de defeitos de refração, como miopia, hipermetropia, astigmatismo e outros defeitos, como estrabismos, diplopia, insuficiência de convergência etc. Tais deficientes não dependem de escolaridade em instituição especial, já que o uso de lentes corretivas e/ou exercícios de ortóptica permitem sua adaptação às escolas comuns.

Quanto aos cegos e amblíopes, podem ser conceituados do ponto de vista oftalmológico e do educacional. Este enfoque é o mais aceito, sendo considerado cego o indivíduo que, mesmo após a melhor correção óptica, não pode realizar

a aprendizagem por meio da visão, devendo utilizar o sistema Braille. O amblíope é aquele que, por meio de material educacional especial e auxílios ópticos, pode e deve aprender, usando o resíduo visual. Até há pouco acreditava-se que o uso da visão residual traria sério prejuízo, com perigo de cegar o indivíduo pelo esforço. Atualmente a atitude é bem outra: a de encorajamento ao uso da pouca visão de que o sujeito disponha.

Com acuidade visual inferior a 0,1 e campo visual de 20°, ou menor, no melhor olho, com a melhor correção possível, o indivíduo pode ser considerado cego. Entre 0,1 e 0,3 de acuidade, nas mesmas condições, o indivíduo é considerado amblíope.

Cega ou amblíope, a criança deficiente é, antes de tudo, uma criança. E como os demais excepcionais, beneficia-se com o diagnóstico e a estimulação precoce. É muito importante saber a idade em que se instalou a cegueira, porque, se for nos primeiros anos, as lembranças de imagens visuais são praticamente nulas e as percepções do mundo virão por sensações táteis, auditivas e olfativas.

As noções de tamanho e forma se adquirem pelo tato; através da audição poderá conhecer as distâncias e se orientar para locomover-se.

Aliás, a locomoção é a maior limitação inicial do pequeno cego. A família, com o objetivo de proteger a criança, acaba por exceder-se, inibindo-a tanto no plano físico como no emocional.

Igualmente prejudicial é a rejeição declarada ao filho deficiente. Abandonada pela família e sentindo-se insegura no relacionamento com o meio, a criança vai desenvolver um comportamento hostil, dificultando seu ajustamento.

Segundo Lowenfeld,³ "a falta de visão exige, evidentemente, certas adaptações, em equipamentos e ofícios". Cita ele cinco princípios básicos, particularmente importantes na educação de cegos:

34 1. INDIVIDUALIZAÇÃO — através de classes para cegos com poucos alunos (6 a 8);

2. CONCRETIZAÇÃO — isto é, adquirir conhecimento real dos objetos pelo uso dos sentidos remanescentes, evitando cair no padrão de irrealidade na percepção do mundo;

3. INSTRUÇÃO ADEQUADA — consiste em desenvolver o conhecimento das situações como um todo, por meio da criação de unidades de trabalho.

4. ESTÍMULO ADICIONAL — através de muitas oportunidades de locomoção, incluindo excursões etc.

5. ATIVIDADE PRÓPRIA — ser encorajado a realizar tarefas por si só.

Quanto aos amblíopes, os cuidados referem-se ao ambiente, à organização dos currículos e ao material usado. O retroprojetor, livros com letras impressas, de tamanho grande, lápis macio e bem escuro etc.,

* Superintendente de escola para cegos na Califórnia.

em muito beneficiam a aprendizagem do amblíope pelos métodos tradicionais.

A maioria dos autores defende a tese de que tais indivíduos devem freqüentar: ou as classes especiais das escolas para cegos, ou, melhor ainda, de escolas comuns, no caso de não terem outra deficiência associada.

As estatísticas mostram a grande percentagem da cegueira associada a outra deficiência, em especial ao retardo mental. Ainda é, em nossos meios, uma questão a ser solucionada: a localização dessas crianças em instituições já existentes, a maneira de atendê-las e o preparo de pessoal qualificado.

2.3 *Da Palavra*

Começemos por considerar que não há dois indivíduos que tenham a mesma forma de falar, embora a função da linguagem seja altamente estandardizada: os indivíduos respondem a um estímulo externo, que provoca neles uma reação manifestada por um modelo verbal.

Segundo Travis,⁴ podemos reunir os transtornos de linguagem em três grupos:

1.º — Transtorno de ritmo na expressão verbal.

2.º — Transtorno na articulação e vocalização.

3.º — Transtorno na formulação e expressão simbólica.

* Travis Lee — *Handbook of Speech Pathology*, N.Y., 1957.

Os transtornos de ritmo são reunidos com o nome de gagueira ou disfemia; pseudobalbuçio e disritmia. A primeira constitui uma repetição de sons, palavras ou frases. O segundo é uma obstaculização: o indivíduo quer falar e o som não vem. As disritmias ocorrem em pessoas idosas e, às vezes, nos portadores de bronquite asmática.

Dos três, a gagueira é o que vem merecendo maior atenção dos patologistas da fala. Sabe-se que é mais freqüente nos indivíduos do sexo masculino; que é natural ocorrer em crianças entre dois e quatro anos; que os pais que gaguejarem têm maiores probabilidades de ter filhos que gaguejem etc. A gagueira manifesta-se em outras regiões do corpo, mesmo nas que não se relacionem com a linguagem. Por exemplo: ela diminui em muito o movimento voluntário dos dedos; no período de bloqueio total os dedos permanecem em absoluta imobilidade; se o espasmo é tônico a duração da imobilidade é máxima; se é clônico, a rigidez cessa logo que vem a facilitação para nova emissão.

Grandes são as divergências ao se explicar a origem da gagueira. Alguns buscam explicações no terreno neurológico; outros a atribuem à hereditariedade e outros, a fatores psicológicos nos quais a dinâmica das relações familiares têm valor indiscutível. A ansiedade decorrente das frustrações impostas pelo meio, pode levar a criança a assumir comportamento autodefensivo, expresso na forma do sintoma oral, a que se dá o nome de gagueira. O gago não quer lançar ao mundo suas palavras, que ficam retidas como "objetos". Uma

vez instalado o mecanismo de defesa, forma-se um círculo vicioso: todo esforço desenvolvido pelo indivíduo para não gaguejar aumenta a ansiedade e "reforça o distúrbio". Por essa razão, os teoristas, em geral, insistem na psicoterapia como tratamento daqueles que gaguejam.

Os transtornos da articulação e fonação, entre outros, recebem as seguintes denominações:

DISFONIAS — São perturbações na fonação, por alterações orgânicas (como, por exemplo, as malformações congênicas do aparelho fonador) ou por alterações funcionais, devido a esforço vocal exagerado.

DISLALIAS — Consiste na omissão, substituição ou acréscimo de fonema numa palavra. Têm origem funcional (como é o caso das dislalias audiogênicas, causadas por insuficiência auditiva) ou origem orgânica (como sequela de lábio leporino, prognatismo etc.). As dislalias de origem orgânica, modernamente, se chamam disglissias.

É importante ressaltar que as dislalias não se originam em problemas neurológicos centrais. Quando ocorrem, os distúrbios recebem os nomes de:

DISARTRIA — Dificuldade de articulação de sons, devido a lesões no sistema nervoso central, como, por exemplo, a fala do paralítico cerebral.

Quanto aos transtornos de formulação e expressão simbólica podemos citar as afasias, disfasias, dislogias, dislexias.

A afasia é a perda de capacidade de expressar idéias por meio da linguagem falada ou escrita. Pode ser do tipo de surdez verbal, se o paciente ouve a língua materna e não a entende; ou do tipo motor-cortical, em que o indivíduo perdeu os esquemas verbais motores, sem que haja paralisação dos músculos da articulação. É uma apraxia na esfera verbal. Há ainda outros tipos.

As disfasias levam o indivíduo a tornar-se lento no uso de símbolos referentes à formulação da expressão oral, por uma disfunção cerebral mínima, por exemplo.

DISLOGIA é a dificuldade de expressão verbal em que há falta de nexos, agramatismos devido a perturbações no psiquismo.

DISLEXIA pode ser conceituada como um distúrbio que se caracteriza por uma dificuldade de aprendizagem na leitura, relacionada com o reconhecimento e a compreensão dos símbolos gráficos, dificuldade esta que repercute na escrita. Importa lembrar que as dificuldades de aprendizagem de leitura, para permitirem a hipótese de dislexia, não devem vir acompanhadas de deficiências do aparelho fonoarticulador, sensoriais, psíquicas ou intelectuais.

Não é fácil diagnosticar as dislexias. Devemos usar testes psicológicos específicos (lateralidade, coordenação visomanual, gestálticos etc.) e, principalmente, ouvir a opinião do neurologista, já que sempre a dislexia é acompanhada de problemas neurológicos, como disfunções cerebrais mínimas e EEG com ondas lentas e instáveis, na região occipitotemporo-parietal.

Muitas crianças que não conseguem alfabetizar-se, embora consigam copiar, que têm dificuldades com o esquema corporal, com a lateralidade, com a orientação espaço-temporal, que têm rotações, inversões etc. ao escrever, que são muito ansiosas, inseguras, lábeis afetivamente, desatentas etc., podem ser portadoras de dislexia. Confirmando o diagnóstico, necessitam de atendimento psicopedagógico específico e sua alfabetização deve ser por métodos analítico-sintéticos.

Segundo Quiros, algumas vezes a dislexia é uma síndrome; pode ser, também, um sintoma de outras entidades clínicas, como das disfasias leves.

3. Deficiente emocional

Damos ênfase especial a este grupo, já que inúmeras crianças, classificadas como débeis mentais, nada mais são do que "deficientes emocionais" (desajustadas).

Os problemas emocionais, além de muito complexos, são realmente delicados. Algumas crianças têm problemas tão graves de comportamento, que não podem ficar numa classe regular, mesmo com assistência intensiva e especializada.

As características básicas do deficiente emocional são os distúrbios de comportamento:

- timidez, medo, fabulação;
- sujeição a doenças (nelas se refugiam quando a vida se lhes torna muito difícil...);
- dificuldade de relacionamento;
- obstinação;

- agressividade;
- conduta imatura;
- incapacidade de aceitar autoridade;
- tíques nervosos, como roer unhas, torcer os cabelos, gagueira e insucesso escolar.

Freqüentemente esses sintomas surgem nas primeiras idades e quanto mais cedo forem orientados os pais, mais evidentes e duradouros serão os resultados.

De modo esquemático pode-se dizer que os desajustamentos surgem em virtude de um “de mais” ou em virtude de um “de menos”. A mãe excessivamente carinhosa, com ternura cega e pouco esclarecida pode “fartar” o filho numa série ininterrupta de carinhos e de palavras. De outro lado, a mãe de índole seca ou deprimida mantém seu filho distanciado de si e isolado numa situação inadequada. Para o desenvolvimento psíquico adequado, a criança deve estar livre do medo, da angústia e de qualquer forma de ansiedade.

Muitas são as crianças de desenvolvimento emocional imaturo. Algumas conseguem, mesmo sem psicoterapia, acomodar-se às situações de vida. Outras há, porém, cujo comprometimento é maior e que não têm condição de conviver com as demais crianças. Situam-se na categoria de excepcionalidade por sua enfermidade psíquica, que explica um padrão de comportamento insatisfatório e inadequado. Entre os distúrbios psiquiátricos específicos, os mais freqüentes são: as psicoses, as psiconeuroses e as psicopatias. Dado o comprometimento mental nesses problemas, o diagnóstico não pode prescindir da opinião do psiquiatra e do psi-

cólogo clínico. Dos três grupos mencionados, as psicoses constituem o mais grave dos distúrbios. A criança perde o contato com a realidade e se refugia num mundo particular e imaginário. Entre as psicoses, as que mais despertam a atenção dos estudiosos é a esquizofrenia infantil.

Quanto às psiconeuroses, John S. Pate⁵ caracterizou-as como “um estado em virtude do qual a criança possui visão distorcida de alguns aspectos do mundo real, mas está apta a funcionar bem em outros”. Como alguém certo dia notou, “as crianças psiconeuróticas fazem castelos no ar e as psicóticas vivem neles”.

As psicopatias são distúrbios de comportamento que representam sérias dificuldades para o indivíduo e para a sociedade. As crianças psicopatas são descritas como perversas, com hábitos rijos, hiperatividade e que dão livre vazão aos impulsos, sem se preocupar com as conseqüências.

Os programas de atendimento desses indivíduos vêm-se aperfeiçoando nas últimas décadas. Além da terapêutica medicamentosa, há a psicoterapia, trazendo melhoras consideráveis. Quanto ao atendimento escolar, muito importante, deve ser em classes especiais de 6 alunos no máximo, regidas por professores capacitados e supervisionados pelo psiquiatra. Como ensinar a essas crianças é trabalho misto de educação e terapia; nos E.U.A. esses professores são chamados “educadores-tera-

⁵ Professor no Departamento de Psiquiatria da Vanderbilt University School of Medicine.

peutas”, pelo uso que fazem de técnicas como dinâmica de grupo, dramatizações etc.

Normalmente, esses distúrbios ocorrem em famílias cuja dinâmica está alterada, dificultando as relações profundas entre pais e filhos. Há abandono, a punição física substitui o diálogo, o castigo é usado e abusado, mesmo injustamente. A segurança que o lar não oferece é conseguida no “bando”, onde adquirem uma posição.

Quando o binômio “mãe-filho”, ou “criança-ambiente” sofre perturbações nos primeiros anos, muito dificilmente o indivíduo superará as frustrações normais do dia a dia. Nem sempre as autoridades compreendem e encontram a melhor maneira de lidar com esses indivíduos. A punição que a lei determina substitui os planos de reabilitação. Realmente, o ensino de jovens desajustados tem inúmeras dificuldades, porque é comum haver destruição de materiais, ridicularização dos professores e inaceitação de qualquer autoridade. Modernamente os programas escolares para esses desajustados sociais implicam terapia ocupacional, recreação, atividades artísticas, permitindo a livre expressão e a criatividade. O estudo propriamente dito tem caráter profissionalizante.

Antes de encerrar essa breve caracterização do deficiente emocional, desejaríamos frisar que o conflito em si não é patológico. Patológica é a maneira de se lidar com ele, por meio de reações emocionais mais freqüentes ou intensas do que as esperáveis. E qual será a reação esperável que pode ser descrita como normal? Os trabalhos de antropologia cultural trazem infor-

mações curiosas a respeito, mostrando-nos como variam os conceitos de normalidade, de um povo a outro. Daí considerarmos a normalidade emocional, definida em relação a um contexto social específico, sendo o comportamento avaliado em função do grupo normativo no qual o indivíduo está inserido.

Muitas vezes o distúrbio emocional se evidencia com a ida da criança para a escola, porque aí ocorrem situações que provocam ansiedade. E, como salientou Sullivan, “cada ser humano tem, aparentemente, capacidade para experimentar ansiedade. Ela está intimamente ligada à emoção do medo, desperitado este por um estímulo externo”. Importa lembrar que as emoções, como o medo e a ira, impelem o indivíduo a agir e a ansiedade não: representa uma aflição sem função de ajustamento específica. Está ela associada a conflitos interiores causados, na maioria das vezes, por frustrações. E como qualquer deficiência é uma frustração, é compreensível que todos os demais excepcionais tenham sentimento de inferioridade. Daí a importância do conhecimento do desenvolvimento emocional normal, de como o indivíduo organiza seu “eu”, para possibilitarmos ao deficiente, a melhor forma possível de estruturação de seu psiquismo.

Cabe ainda mencionar que os autores americanos desdobram os distúrbios em EMOCIONAIS e em DESAJUSTES SOCIAIS, segundo as razões psicológicas ou sociais que os determinem (Psicopatias e Sociopatias).

4. Deficiente mental

Também conceituado como oligofrênico, retardado mental, hipofrênico etc., o mentalmente deficiente é o adulto ou a criança que não atinge seu pleno desenvolvimento porque: ou não dá a "partida", tais as deficiências com que nasceu, ou o desenvolvimento que se vinha processando sofreu uma "parada". Como em qualquer dos quadros clínicos em que se apresenta, há o denominador comum da insuficiência intelectual, costuma-se conceituar as oligofrenias em termos de "quantidade de desenvolvimento intelectual". O acometimento não é apenas na inteligência; ela é a mais evidentemente prejudicada, mas todos os aspectos da personalidade do oligofrênico estão atingidos, conduzindo à deficiência mental e à incapacidade de adaptação social.

Além do apoucamento intelectual (oligognosia), há um insuficiente desenvolvimento afetivo (oligotimia) e conativo-prático (oligotelia). A inteligência é o foco central do problema e, desse ponto de vista, o critério psicométrico para classificar é o mais usado. O diagnóstico da inteligência é feito pelos testes. Apesar das críticas, é ainda o instrumento mais usado. O resultado vem expresso em Q. I. (quociente de inteligência) proposto por Binet e Simon, que, usando o critério psicométrico, se referem aos tipos:

1. Débeis Mentais — Q.I. entre 50 e 75. São educáveis. Podem ou não apresentar alterações características. Alguns são inadaptados socialmente, imediatistas etc. Os graus superiores são difíceis de ser diferenciados dos limítrofes.

2. Imbecis — Q.I. entre 25 e 50. São treináveis. Têm linguagem pobre, fluxo do pensamento lento e de conteúdo muito simples. É comum haver perseveração e prolixidade no pensamento.

3. Idiotas — Q.I. abaixo de 25. É o grupo mais deficiente. Normalmente não aprendem a falar, a dominar esfíncteres, a defender-se dos perigos.

Os que têm Q.I. entre 75 e 90 são considerados limítrofes. A faixa média da normalidade oscila entre 90 e 110 de quociente intelectual. Esse quociente é uma média relativa; não significa que duas pessoas com o mesmo índice tenham a mesma capacidade mental. Felizmente já não se valoriza tanto o número do quociente; é muito mais significativo o conhecimento da potencialidade do indivíduo.

Durante o desenvolvimento pode haver modificações em termos de Q. I., donde se conclui que o diagnóstico psicométrico da deficiência mental deve ser deixado em aberto e atualizado em cada etapa de vida do sujeito. Nas equipes de avaliação, o psicometrista vem sendo substituído pelo psicólogo, porque este se acha mais categorizado para analisar a potencialidade, não só por meio dos conhecidos testes de inteligência como ainda pelo uso de outros testes, os de personalidade, alguns dos quais permitem conhecer também o grau de inteligência do examinando.

Em 1968, a Organização Mundial de Saúde agrupou a deficiência mental em 4 níveis:

1. Profunda, com Q.I. abaixo de 20;

2. Severa, entre 20 e 35;
3. Moderada, entre 36 e 52;
4. Leve, entre 53 e 70.

Os profundos necessitam de assistência permanente. São sempre dependentes. Os severos requerem os mesmos cuidados, mas são passíveis de treinamento simples. Os moderados são susceptíveis de treinamento sistematizado para os hábitos de vida diária. Quanto aos levemente retardados, constituem o maior grupo. São considerados educáveis por meio de métodos especiais.

- 40 A classificação como educáveis, treináveis e dependentes obedece ao enfoque educacional, segundo o grau de escolaridade das crianças.

Outro sistema de classificação educacional é proposto por Rosenweig e Long,⁶ que os agrupa em:

1. Educáveis independentes, com Q. I. entre 65 e 75;
2. Educáveis semidependentes, com Q. I. entre 50 e 65.

Esses dois grupos têm capacidade de aprendizagem ocupacional.

3. Dependentes, com Q. I. entre 30 e 50, vivendo sob proteção.
4. Sob tutela, com Q. I. abaixo de 30 e que necessitam de cuidados por toda a vida.

Inúmeras são as classificações, a maioria delas utilizando a medida da inteligência como divisor entre um grupo e outro. O importante é ter presente que a classificação

⁶ *Understanding and teaching the dependent retarded child*, 1960.

neste ou naquele grupo não deve ser rígida. No dia a dia da escola, as práticas da educação especial muitas vezes alcançam milagres. Além de que, os modernos estudos de Guilford, sobre os fatores de inteligência, já apontaram mais de uma centena de fatores que, ao se combinarem funcionalmente, revelam modalidades diferentes no comportamento inteligente. Ao psicólogo compete ainda conhecer como se deu o desenvolvimento da independência, do relacionamento com os demais, do controle dos impulsos, enfim, da adaptação ao meio, do indivíduo que ele se propõe estudar.

Num trabalho sobre a caracterização do oligofrênico caberia uma análise da etiologia. Tal assunto é tão complexo e extenso que mereceria trabalho específico. Resumidamente e utilizando a classificação da Associação Americana de Deficiente Mental, o retardo pode decorrer de:

- infecções;
- intoxicações;
- traumas ou agentes físicos;
- desordens no metabolismo, crescimento ou nutrição;
- neoformações;
- influências pré-natais desconhecidas;
- causas desconhecidas ou incertas com evidentes reações estruturais e
- causas presumidamente psicológicas.

Voltamos a enfatizar a importância do diagnóstico e da estimulação precoce. Quanto mais cedo forem atendidas criança e família, melhores os prognósticos.

Teceremos ainda algumas considerações sobre os transtornos mentais associados, porque o *deficit* mental predispõe o indivíduo a várias formas de doença mental, sendo as mais comuns:

— as psicoses, especialmente nas formas exógenas;

— as neuroses, mais comumente as fóbicas e as histéricas, já que as instâncias psíquicas do oligofrênico não se integram adequadamente;

— as psicopatias manifestas na dificuldade de adaptação social.

5. O superdotado

Segundo Leonard J. Lucito,⁷ “são superdotados os alunos cujo potencial intelectual está em nível superior, tanto no raciocínio produtivo como no crítico, de modo que se possa imaginar que serão os futuros solucionadores de problemas, os inovadores e os críticos da cultura, se lhes forem proporcionadas experiências educacionais adequadas”.

Já nos referíamos a Guilford; recorrendo novamente a sua teoria, vemos que são mencionados 4 processos fundamentais:

MEMÓRIA (retenção de informações);

CONHECIMENTO (descoberta e redescoberta);

PRODUÇÃO: a) convergente ou raciocínio dedutivo; b) divergente ou raciocínio indutivo;

CRÍTICA (elaboração de julgamentos).

⁷ Professor de educação especial e diretor do programa de superdotados do “Georgy Peabody College for Teachers”.

A simples análise do conceito emitido acima nos permite sentir a valorização que é dada às funções críticas e produtivas, mais acentuadas no superdotado.

Embora o critério mais comum de classificá-los seja também o psicométrico (140 de Q. I., segundo Lewis Terman), não devemos identificar o superdotado apenas por sua grande inteligência.

Entram também como variáveis a serem consideradas, a maturidade social e emocional, bem como fatores físicos. Na realidade o que de fato distingue o superdotado é sua capacidade criadora. Algumas listas publicadas apontam algumas características do bem dotado. São mais comuns as de Abraham (1958):

1. Aprendem a andar e a falar antes do tempo em que a maioria das crianças conseguem.

2. Têm peso, altura e resistência física acima da média em relação à idade cronológica.

3. Aprendem mais rapidamente e mais facilmente que os outros.

4. Retêm sem muito exercício de fixação.

5. Possuem vasto vocabulário.

6. Possuem superior capacidade para raciocinar, generalizar, abstrair, estabelecer relações.

7. Revelam uma gama de interesses muito variada.

8. Demonstram originalidade e iniciativa nas tarefas escolares.

9. Gostam de colecionar etc.

Convém lembrar que essas características não são rígidas e que

podem ocorrer aspectos desfavoráveis, como desajustes sociais, emocionais, inadequado desenvolvimento físico etc. A propósito, muitos estudos são feitos atualmente referentes a ajustamento e superdotação. Parece que a superioridade intelectual é fator de maior aceitação social. Ocorrerão desajustes, se o indivíduo se sentir frustrado em suas possibilidades de realização.

42 É o caso dos alunos que, devendo obedecer a um currículo normal, acabam por desinteressar-se tornando-se elementos perturbadores na sala de aulas. Parece-nos evidente a necessidade de "aceleração" dos programas dos bem dotados. Felizmente a Lei 5.692/71, de atualização e expansão do ensino de 1.º e 2.º graus, já estabelece essa possibilidade, por uma divisão racional do ensino, que permitirá a cada um "caminhar" conforme seu próprio ritmo.

Mesmo não representando um apelo emocional como o do retardado mental, o superdotado é também um excepcional, que não se desenvolverá integralmente se não tiver assistência especializada.

Observações finais

Uma vez caracterizado o excepcional, ainda que sumariamente, resta-nos pensar em sua integração social e no alto custo que representa o esforço conjunto de inúmeros técnicos. A educação é onerosa, mas constitui um dos setores da atuação governamental onde o investimento financeiro é mais rentável. Vale a pena gastar em educação e os países mais desenvolvidos o fazem sem constrangimento,

porque os resultados são promissores e compensadores. Mais onerosos são os hospitais psiquiátricos, as casas de correção ou as prisões, para onde muitos vão, porque não puderam educar-se na plena acepção do termo. É claro que a educação do deficiente é bem mais onerosa, porque implica maior número de especialistas, todos técnicos e cujo trabalho dispendioso deve ser bem valorizado.

Não é apenas por princípio humano e constitucional que devemos preocupar-nos com o excepcional. Bem estimulados, podem tornar-se elementos produtivos à sociedade.

Tocamos aqui em problema crucial da integração: a produtividade do deficiente. As opiniões se dividem entre a hipótese ideal de colocá-los no mercado competitivo de certas profissões, ou a de ampará-los em indústrias protegidas. Realmente uns poucos conseguem adaptar-se às exigências do trabalho ou alcançar integração satisfatória entre os companheiros.

Na Europa, está-se incentivando a criação de *ateliers* protegidos ou de centros de ajuda ao trabalho. Os governos colaboram nas obras das instituições por meio de incentivos fiscais para as indústrias que:

1. empregarem grupos deficientes em suas fábricas, criando os centros de ajuda para o trabalho;
2. ou que enviarem matéria-prima para as instituições, onde, nas oficinas protegidas, será usada a mão-de-obra do excepcional. É preciso dar-se uma chance ao deficiente. É preciso acreditar nele, lembrando que às limitações opõem-se as potencialidades.

Até então têm sido encarados com piedade. Mas não é desse sentimento que necessitam e sim de um pouco de confiança e de fé. E principalmente de fé nos progressos que as ciências do homem vêm atingindo e que devem ser colocados à disposição dos que têm de menos, elaborados que são pelos que têm de mais.

Bibliografia

ALVIM, Clóvis de Faria — *Introdução ao estudo da deficiência mental*. Publ. da Sociedade Pestalozzi de Minas Gerais.

CANOJA, Marly Bezerra — *Manual da Terapeuta da Palavra*, 1970.

CUTHFORTH, D. Thomas — *O cego na escola e na sociedade*. São Paulo, Fundação para o livro do cego no Brasil.

DELACATO, Carl H. — *O diagnóstico e tratamento dos problemas de fala e leitura*. Rio de Janeiro. Trad, de Luísa Leite Ribeiro.

DÓRIA, Ana Rimoli de Faria — *Manual de Educação da Criança Surda*. Publ. do Instituto Nacional de Educação de Surdos. Rio de Janeiro, 1971.

43

DRISCOLL, Gertrude P. — *O Ajustamento Sócio-emocional da Criança*. Rio de Janeiro, Ed. Ao Livro Técnico, 1970.

DUNN, Lloyd M. — *Crianças Excepcionais — seus problemas, sua educação*. Rio de Janeiro, Ed. Ao Livro Técnico, 1971.

GERALD, H. J. e PEARSON, M. D. — *Emotional Disorders of Children*. 1949.

KRYNSKI, Stanislaw e cols. — *Deficiência Mental*. Rio de Janeiro, Liv. Atheneu, 1969.

QUIROS — *La dislexia en la niñez*. Buenos Aires, Ed. Paidós.

ROUCEK, Joseph — *A Criança Excepcional*. Coletânea de estudos. São Paulo, 1968.

SCHIEFELLE, Marian — *O aluno bem dotado*. Rio de Janeiro, Ed. Ao Livro Técnico, 1967.

SPITZ, René — *O Desenvolvimento Emocional do Recém-Nascido*. Livraria Pioneira Ed., 1960.

Niños — Revista de Neuro-Psiquiatria Infantil, Caracas.

Problemas da criança

É crescente o número e a complexidade de problemas com que se defrontam, atualmente, pais e professores. Cada vez mais as atenções são voltadas para a sua resolução e a grande maioria dos interessados já sentiu que esses problemas teriam que ser estudados em equipe. Professores e pais já não podem atuar isoladamente, pois os estímulos, solicitações e influências exercidas sobre uma criança são inúmeros e variáveis.

* Trabalho elaborado por equipe do Centro de Estudos e Pesquisas do Excepcional (CEPEX), assim constituída: Massaru Kitayama e Cesar Augusto T. Borges Pacheco, psiquiatras; Maria Therezinha de Carvalho Machado, diretora da Escola Lamartine Pinheiro Alves, Vera Maria Galvão Salinas, assistente social, e Marialva Feijó Frazão, diretora do Departamento de Assistência Médico-Psicopedagógica.

O CEPEX é instituição especializada, particular, sediada na Guanabara, que visa avaliar, orientar e dar atendimento médico-psicopedagógico a crianças e adolescentes. Compreende 4 unidades: Clínica, Escola "Lamartine Pinheiro Alves", Centro Ocupacional "Cinira Menezes" e Centro de Tratamento Intensivo.

Adverte Arnold Gessel que os "inúmeros modos de consulta infantil crescem tão velozmente e sofrem tantas e tão incessantes transformações, que restam muito poucos pontos absolutos para seguirmos. Devemos voltar-nos, então, em busca do princípio da relatividade inerente a todo desenvolvimento".

Cada criança possui determinada tendência (temperamento) que irá influir na formação de sua personalidade. Os tipos de personalidade diferem de indivíduo para indivíduo — afetivo, ativo, introvertido, extrovertido etc. O temperamento é influenciado pelo meio e a educação modifica ou reforça o temperamento das criaturas. Está comprovado que muitos problemas que as crianças apresentam em casa e na escola são resultantes de sua relação com a família.

Sentimos os reflexos desses problemas, principalmente na área da aprendizagem e na área psicossocial.

Podemos enumerar como queixas mais evidentes e freqüentes dos que procuram o nosso Centro:

- 1) Crianças com problemas de comportamento na escola;
- 2) Crianças que apresentam agressividade, teimosia e instabilidade;
- 3) Crianças com graves problemas emocionais: apatia, exibicionismo, timidez etc.;
- 4) Crianças que rejeitam a escola por completo;
- 5) Crianças que revelam falta de interesse pelos trabalhos escolares e
- 6) Crianças com problemas de aprendizagem.

A criança com problemas de aprendizagem constitui desafio à educação em nossos dias, pois são inúmeras e em vários graus as causas desses problemas. As funções psíquicas e motoras são os elementos fundamentais do comportamento humano. Qualquer desequilíbrio em uma delas irá afetar o desenvolvimento do indivíduo. Esse desequilíbrio poderá ocasionar um distúrbio psicomotor, que irá refletir na aprendizagem escolar da criança. Ela poderá apresentar-se com hiper-cinesia, distratibilidade, falta de equilíbrio estático e dinâmico, sincinesias; problemas de linguagem, problemas emocionais, de lateralidade, percentuais e de estruturação temporal; presença de ansiedade, dificuldade na coordenação motora — que se traduz por lentidão na escrita; dificuldade na transposição do plano vertical para o horizontal, escrita ilegível,

repassada, invertida ou especular; dificuldade na alfabetização e, às vezes, apatia e desinteresse; adaptação social. A um aluno que apresente esse quadro, deve ser proporcionada uma reeducação psicomotora, pois através dela se consegue melhorar seu comportamento geral, educar suas capacidades perceptivas, criar condições de atenção e fixar hábitos neuromotores corretos, promovendo sua integração social e proporcionando-lhe educação escolar sistemática.

Os resultados da reeducação psicomotora irão depender da precocidade da ação reeducativa, da freqüência da criança às aulas e do bom entrosamento da equipe que a atende.

45

Outro quadro comum em nossas classes é o da dislexia e disortografia. O aluno apresenta dificuldade na leitura, troca fonemas parecidos, omite, inverte e acrescenta sílabas, geralmente fica indeciso, hesita bastante quando lê, acompanha a leitura com o dedo, como apoio, pois é comum pular as linhas ou voltar à linha que já tinha lido; faz uma leitura silabada, lenta, monótona, que torna a interpretação do texto prejudicada.

A escrita dessa criança é, por vezes, ininteligível; suas redações são fracas, não há ordem em seu trabalho, sua escrita é repassada, emendada e suja. Troca, omite e inverte letras ao escrever. Apresenta, portanto, problemas de orientação espaço-temporal, de ritmo, de análise-síntese, de atenção, de memória e de associação de idéias.

Uma reeducação torna-se necessária a esse aluno, onde, até mesmo, uma psicoterapia é, por vezes, indicada. Em alguns locais isto é feito em pequenos grupos e, em outros, individualmente. Só em casos excepcionais o aluno deve ser afastado da escola; freqüentará, outrossim, a turma, dentro da sua faixa etária e de acordo com seu adiantamento nas outras áreas, não se devendo levar em consideração as deficiências em linguagem, pois com a reeducação isto será superado.

46 Segundo Kephart, * pelo menos de 15 a 20% da população escolar americana apresentam distúrbios de aprendizagem. Acrescenta o autor que todo o sistema educacional tem que estar preparado para planejar atividades especiais para este grupo de alunos, cujas atividades comuns não atendem aos problemas que eles apresentam, não sendo suficientes para suas necessidades.

Analisando todos os casos que nos são apresentados, chegamos à conclusão de que poderíamos agrupar a origem desses problemas em duas grandes áreas: A. causas orgânicas; B. causas situacionais.

A. Causas orgânicas

Observamos na infância diversos distúrbios, com múltiplas causas, sendo difícil afirmarmos que um quadro psicopatológico tenha sua origem em apenas um fator: podemos encontrar, às vezes, uma causa principal, mas a esta se superpõem outras que concorrem pa-

ra a complexidade dos vários quadros.

Aqui abordamos as principais causas de origem orgânica.

Em relação à deficiência mental, podemos dividir suas causas em dois grupos principais:

1) Causas endógenas — constitucionais.

2) Causas exógenas — lesionais.

As formas mais freqüentes provêm de *deficit* herdado da inteligência, sem transtornos anatômicos cerebrais apreciáveis (*deficit* genuíno). O mecanismo de transmissão hereditária é desconhecido, parecendo não ser de caráter dominante e, provavelmente, um ou mais fatores estão ligados ao cromossoma sexual. Consultando nossa documentação, levantamos os seguintes dados acerca da percentagem de filhos deficientes mentais quando um ou ambos os pais também o são:

41% — quando somente o pai é deficiente;

46% — quando somente a mãe é deficiente;

54% — quando ambos são deficientes.

A incidência entre irmãos é de 38%, aumentando para 58% quando são gêmeos divitelinos, e sendo de 100% nos casos de gêmeos univitelinos.

Os fatores exógenos determinam 23% dos casos. Sua ação nociva sobre o cérebro pode-se fazer du-

* Ver bibliografia.

rante os períodos pré-natal, perinatal e pós-natal. São variados, podendo ser citados: más formações vasculares e defeitos do desenvolvimento cérebro-craniano, encefalite, sífilis congênita, traumatismos crânio-encefálicos graves no parto, anoxemia, eritroblastose. Sinais de infantilismo ou de distúrbios endócrinos podem ser encontrados na deficiência mental, sem ser sua causa.

Outros distúrbios de causa orgânica

Nas psicoses orgânicas encontramos origem em distúrbios ou lesões cerebrais, que podem produzir quadros agudos ou crônicos. Incluímos aqui quadros demenciais (por seqüela de alterações cerebrais progressas) e quadros psicóticos e demenciais de caráter heredodegenerativo. Alguns deles estão associados à epilepsia.

Psicoses sintomáticas podem ser originadas por distúrbios ou lesões fora do sistema nervoso central. São quadros agudos ou crônicos, podendo ter causa exógena (tóxicos, medicamentos e infecções) ou endógena (distúrbios endócrinos e metabólicos).

Encontramos também quadros não psicóticos originados ou associados a alterações cerebrais (por exemplo, associados à epilepsia e outros classificados como disfunção cerebral mínima, imaturidade do SNC etc.). Podem ser constatados também distúrbios não psicóticos, cuja etiologia está ligada a enfermidades físicas, que não do SNC.

B. Causas situacionais

Segundo esquema estabelecido pelo próprio CEPEX para avaliação e orientação, a criança é submetida a vários testes e exames; como rotina: anamnese, testes de inteligência, de personalidade, logopédico, de psicomotricidade, neurológico, psiquiátrico; quando necessário, exames otorinolaringológico, oftalmológico, ortodôntico e eletrencefalográfico. Encerrado o caso, é ele levado para estudo pela equipe. As conclusões são evidentemente as mais variáveis possíveis, porém, as que mais comumente aparecem são referentes a problemas emocionais, em consequência do desajuste no meio familiar. Ainda mesmo nos casos bem nítidos de lesões orgânicas e distúrbios funcionais neurológicos, a influência negativa exercida pela situação surge decisivamente, com tanta evidência, que a afirmação de que não existe psiquiatria infantil não nos parece absurda.

47

Tais conclusões não constituem nenhuma surpresa para aqueles que reconhecem a unidade biopsicossocial. A montagem dos mecanismos psicológicos ou patológicos depende da qualidade, ou seja, do tipo do sistema nervoso e das condições a que são submetidos pelo meio, normais ou patológicas.

As limitações impostas por uma cultura extremamente rígida, estreitam, distorcem e deturpam a compreensão dos fatos da realidade objetiva, tornando, conseqüentemente, o comportamento inadequado e neurótico.

O viver movido pelo sentimento agigantado e ignorante, com prejuízos enormes da inteligência e da razão, conduz as pessoas a uma idealização fantasiosa, fictícia e utópica, desajustando-as do meio e gerando conflitos insolúveis.

Em situações inversas, a anulação dos sentimentos torna as pessoas artificiais e automatizadas, onde o sobreviver, superando o viver, transforma os seres em robôs dirigidos, orientados e guiados sem qualquer interferência de sua própria vontade.

48 É inevitável, em consequência desses dados, que qualquer pretensão terapêutica em relação às crianças só será realmente completa se atuarmos também em relação a seus familiares.

Caso contrário, teríamos que tomar uma atitude: tratar e fazê-los sobreviver apesar do pai, da mãe e da família, o que na prática acontece realmente com alguns casos.

Com base nessas observações, instituiu-se no CEPEX uma sessão onde se fizesse tratamento das mães, em consequência, mas independente dos filhos. Esse trabalho foi realizado, obedecendo à seguinte estratégia:

1. Acalmia;
2. Conscientização das causas;
3. Planejamento;
4. Execução, que é a estratégia dos que seguem a escola pavloviana, em condições habituais de psicoterapia. Entretanto, nas características do CEPEX, apenas algu-

mas mães reconhecem a existência dos seus problemas, razão por que foi necessário acrescentar mais uma etapa da estratégia: conscientização da existência de problemas. Em algumas mães foi muito difícil ou impossível de ser alcançado, não permitindo iniciar qualquer processo terapêutico.

Os pais não foram cogitados, não por acharmos dispensável, mas devido às dificuldades de comparecimento e também por não reconhecerem alguma anormalidade.

Após uma sumária triagem em que se consideraram apenas as condições culturais, foram organizados alguns grupos para psicoterapia e socioterapia com a presença do psiquiatra e da assistente social.

Pela experiência obtida no desenvolvimento das sessões psicoterápicas com as mães, pudemos constatar alguns problemas comuns, embora guardadas as diferenças de suas causas originais:

1. *Insegurança.* Ponto bastante comum em todas as mães atendidas. Insegurança gerada pela falta de oportunidade de atuar; os pais agem na infância e juventude, dirigindo, impondo, cortando as oportunidades de atuação; no casamento a situação persiste, passando as decisões a serem exercidas pelo marido. A insegurança leva, conseqüentemente, ao julgamento de incapacidade de atuar; uma pessoa insegura passa a duvidar de sua capacidade de agir e, temendo errar, prefere não agir.

2. *Desconhecimento de suas próprias capacidades e possibilidades.* Causava surpresa a formulação no

grupo da clássica pergunta: "Quem é você?". Em muitos casos parecia que a paciente, frente à pergunta, pela primeira vez tomava consciência de que ela vivia, não só como mãe e esposa, mas também como uma pessoa cujas aspirações, ambições, frustrações precisavam ser atendidas.

3. *Insatisfação sexual*, gerada por tabus e preconceitos ainda não ultrapassados é, na maioria dos casos, a causa direta do desajuste conjugal. A frigidez é quase que aceita "como fator normal" enquanto o orgasmo é privilégio de algumas mulheres de sorte. Aceitando a frigidez, porém se ressentindo emocionalmente com o fato, a mulher passa a encarar as relações sexuais como uma obrigação a mais dentre as muitas que o casamento lhe trouxe. Ao se abordar o problema sexual ficou patente a falta de conhecimentos e informações de caráter científico, por simples que fossem, sobre as relações sexuais.

O problema sexual teve de ser abordado por etapas, uma vez que as próprias pacientes tinham dificuldade, mesmo numa situação terapêutica, de falar de sexo com naturalidade. A partir do momento em que, postos de lado os tabus e as naturais reservas, o sexo pôde ser debatido, elas próprias solicitaram mais informações, interessando-se por leituras especializadas.

Notou-se, porém, que um outro problema dificultava e muitas vezes impedia a realização sexual — a falta de diálogo entre os cônjuges. O casal, de modo geral, somente conversava sobre os pro-

blemas comuns da rotina caseira — contas a pagar, dificuldades com os filhos etc. A conversa a dois, o diálogo franco a fim de preservar um sentimento afetivo já realizado, raramente ou nunca era feito.

Se a mulher não se acostumava a dialogar com o marido, mais difícil ainda era fazê-lo para abordar o problema sexual — suas necessidades, desejos, dúvidas.

Todos esses problemas, juntos ou em separado, são externados pela ansiedade, que se refere, conseqüentemente, em sua atuação sobre os filhos.

A conscientização dessas situações apresentadas aqui, de modo sucinto, foi o primeiro passo para a reformulação, permitindo abertura capaz de compreensão mais objetiva da problemática familiar, além do relaxamento da tensão em que viviam de forma quase permanente.

Esses resultados obtidos com as mães refletiam-se imediatamente na vida do casal e também na dos filhos.

Houve, entretanto, casos em que a resistência apresentada pelo marido a qualquer modificação de comportamento mudou parcial ou totalmente o êxito terapêutico.

Essa maneira de abordagem, que evidentemente não é imediata, a não ser no aspecto de tratamento da mãe, independente do filho, apresenta, apesar de pouco tempo de prática, perspectivas otimistas na compreensão e encaminhamento dos problemas da criança.

- BUHLER, Charlotte — *El problema de la Infancia y la Maestra.*
- CARVALHO, Maria Amélia de — *A criança disléxica.*
- CRITCHLEY, Macdonald — *Dislexia congénita.*
- FICHOT, Anc Maric — *L'enfant dyslexique.*
- KEPHART, Newell C. — *Learning Disability.*
- MACHADO, Maria Therezinha de C. — *Distúrbios Psicomotores.*
- MANCO, Georges — *As reeducações de dislexia-disortografia.*
- POPPOVIC, Ana Maria — *Alfabetização.*

O Psicodiagnóstico da Criança Excepcional — Comunicação dos Resultados

Elisa Dias Velloso *

Sarason declarou, há cerca de vinte anos, na introdução de um de seus livros que, para escrevê-lo, partira da "crença de que, praticamente, todos os problemas clínicos se prendem a dados obtidos numa interação pessoal e de que, por mais diversas que sejam as situações de interação, certas variáveis estarão sempre atuantes e devem ser tomadas em consideração".¹ Leah Levinger, baseando-se em sua experiência na Clínica do Jewish Board of Guardians, em New York, destaca o caso da criança excepcional, mais precisamente o do deficiente mental, entre aqueles que oferecem maior dificuldade quanto à comunicação dos resultados de exames psicológicos aos pais.²

Mais do que nunca é necessário levar em conta o relacionamento entre pessoas humanas, nessa situação, porque, mais que qualquer outra criança, a excepcional depende dos adultos que pretendem ajudá-la e do encontro entre eles, com o fim específico de comunicação do psicodiagnóstico. Desse relacionamento dependerá a utilidade ou a inutilidade do exame, como lembra Alan Ross,³ já que o psicodiagnóstico não tem uma finalidade em si: é um meio de obter informações que concorram para conduzir o examinado a melhor ajustamento. Se o processo de comunicação falhar, todo o trabalho do psicólogo estará destruído.

Dos limites deste pequeno trabalho, ficará excluído o relacionamento entre o psicólogo e o cliente propriamente dito, isto é, a criança excepcional. Não é que tenha menor importância esse outro aspecto de interação.

* Professora de Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

¹ SARASON, S. — *The Clinical Interaction*. Harper & Brothers, 1954.

² LEVINGER, L. — *Interpretation of Psychological Tests to Parents*. *New Frontiers in Child Guidance*, Inst. Univ. Presse, 1958.

³ ROSS, A. — *The Practice of Clinical Child Psychology*. Grunc & Stratton, 1959.

Mas pretendemos apenas acentuar o valor prospectivo do momento em que — em uma ou mais entrevistas — o psicólogo comunica aos responsáveis seus achados sobre a criança.

A interação clínica

Os pais ou responsáveis chegam a esse encontro quase sempre tensos e ansiosos. Vêm para ouvir algo que se empenham em saber mas que, por outro lado, temem que lhes seja sumamente desagradável.

52 Em certos casos, observa-se nitidamente que atribuem ao psicólogo, e aos próprios testes, um poder mágico, quase como se um e outro pudessem predeterminar o curso da vida da criança. Não é raro ouvirmos dizer que “o teste deu que ele é bom na Matemática”, ou justo o oposto.

A divulgação de assuntos de Psicologia não tem tido resultados positivos nesse sentido, muito pelo contrário: trouxe a utilização gratuita de um palavreado pseudocientífico: a crença na importância absoluta e definitiva do Q.I. e outras noções mal assimiladas. Daí a necessidade de aproximar-se o psicólogo dos pais como pessoa, e não como um profissional dogmático que assume funções de oráculo irreversível. Trata-se de compreender e ser compreendido para que todos se entrossem em benefício da criança.

Antes de mais nada, é necessário levar em conta os sentimentos dos pais da criança retardada que acaba de ser submetida a exame psicológico: sentimentos de medo, de culpa, de vergonha por terem um

filho inadequado; até mesmo de hostilidade, ainda que encoberta, contra aquela criança que os decepcionou, não correspondendo ao que esperavam dela.

Trata-se de uma situação tão dura e tão frustrante que a defesa mais freqüente é a negação. É comum dizerem: “ele é muito inteligente, só que não grava o que ensinam na escola”, por isso há quatro anos se tenta inutilmente alfabetizá-lo.

Para que o psicólogo possa comunicar satisfatoriamente essa realidade insuportável, é essencial que ele possa sentir *com* esses pais o sofrimento deles, mas é igualmente importante que *não se* identifique a ponto de passar a sentir exatamente *como* eles. O envolvimento total, embora mais aceitável do ponto de vista humano, é quase tão inútil como uma atitude fria e distante.

O exemplo desse envolvimento total é a tendência a fazer a mesma negação que caracteriza os pais ou, pelo menos, pretender fazê-la, e iludi-los atribuindo à criança uma capacidade muito maior que aquela que realmente tem.

O exemplo oposto é o do psicólogo que disse aos pais — ambos professores de universidade — sobre sua filha excepcional: — “Não se preocupem com o futuro dela, os padrões são geralmente bons para com as empregadas domésticas.” A realidade dos dados encontrados no exame psicológico, ainda que muito dura, pode ser aceita se transmitida com *simpatia*, no sentido etimológico do termo: sentir *com*. Pode inclusive trazer um grande alívio. Tendo vivido bastante com

a dúvida, com o medo, num clima de tensão, muitas vezes procurando iludir-se, mas nem por isso deixando de sorrir, eles sentem que diminui a ansiedade quando ficam sabendo, num clima de compreensão e apoio, que existe um problema sério a ser enfrentado.

Os dados do exame psicológico

Os achados do psicodiagnóstico incluem uma série de informações, algumas das quais mais objetivas, a serem integradas na compreensão da própria criança como um todo, vivendo num contexto constituído pela família com suas características próprias, em cada caso.

Importa ao psicólogo e aos pais saber como está funcionando essa criança, como pode funcionar melhor e ser mais feliz.

Para que essa compreensão seja satisfatória, o psicólogo precisa das informações dos pais desde o primeiro momento: seria impraticável chegar a uma conclusão diagnóstica com alguma clareza sem as informações iniciais que eles trouxeram previamente ao exame da criança.

No momento da comunicação dos resultados, abre-se o caminho no sentido inverso, sem contudo bloquear o primeiro. Caberá, de início, ao psicólogo, fazer-se compreender.

Alguns aspectos podem ser enumerados, nessa área:

1. Para prestar real auxílio aos pais de uma criança excepcional, o psicólogo necessitará, em primeiro

lugar, ter elaborado seu próprio problema de aceitação da deficiência mental. Só assim terá tranquilidade interna para enfrentar com eles a situação.

2. Para comunicar os resultados com clareza, conduzindo a melhor compreensão da criança, é importante que esses resultados tenham sido assimilados intelectualmentemente, de modo que não haja áreas obscuras para o próprio profissional. Se este se encontrar confuso quanto aos dados do exame, transmitirá aos pais sua própria incompreensão do material obtido. Esse problema surge com mais frequência quando é outro profissional — que não o psicólogo — que se comunica com os pais, não tendo chegado a assimilar com clareza os achados do exame, através de uma explicação do psicólogo examinador.

3. O resultado do exame psicológico só terá sentido e utilidade para os pais se lhes for comunicado na linguagem deles. A terminologia técnica, os conceitos incompreensíveis para o leigo só podem provocar maior ansiedade e não irão conduzir a qualquer planejamento ou ação proveitosa para a criança. Se o profissional julga que, usando sua própria linguagem, se está afirmando e se promovendo, estará, por outro lado, se distanciando dos pais e assim dificultando um trabalho conjunto com eles.

4. Uma vez aceitos, compreendidos e traduzidos em linguagem acessível, os resultados do psicodiagnóstico terão de ser *sintetizados*. É um dos aspectos difíceis desse trabalho, o de escolher o que deve ser dito e o que deve ser

omitido. A preocupação de fidelidade absoluta ao material obtido, levando à explanação de minúcias que só têm sentido para o profissional, irá prejudicar a assimilação por parte dos pais. Esses detalhes só cabem na comunicação quando têm influência no prognóstico do caso, ou nas providências a serem tomadas.

Os direitos dos pais

A comunicação de resultados de exames psicológicos, em qualquer caso, é um diálogo, ou uma conversa; nunca será um monólogo, ou uma conferência.

54

Por mais que gratifique aos pais ouvir falar de seu próprio filho, é justo constatar que ninguém o conhece mais do que eles. O psicólogo apenas pôde vê-lo e conhecê-lo de um outro ângulo, ter uma outra visão, permitida por sua experiência profissional; e está ali para trazer sua *contribuição*.

Quando se trata de uma criança excepcional, mais do que nunca os pais precisam ser ouvidos. Pode parecer paradoxal o fato de que o que eles pensam e sentem, e dizem nesse momento, terá mais importância para o futuro ajustamento da criança que muitas informações que o psicólogo tenha a transmitir. Estarão elaborando, nesse encontro, aspectos muito importantes de sua relação com o filho e com o problema do filho, e é dessa elaboração que depende o que irão fazer por ele depois.

Seria utópico e onipotente pretender, em uma ou mesmo em muitas entrevistas, conduzir à elaboração de todas as ansiedades em

relação a um filho excepcional. Mas o respeito às conclusões e sugestões, que os pais podem trazer ali, deixa bem claro seu direito e capacidade para tomar decisões sobre essa criança. Desse respeito, poderá partir uma mudança positiva de atitude e maior confiança no que possam vir a resolver, no futuro.

Trazar decisões prontas que os pais tenham de seguir por força de imposição de um profissional qualificado, por mais alto que seja o seu nível, é colocá-los numa posição de dependência e submissão, e assim levá-los a uma condição de autodesvalorização e de incapacidade para ajudar a criança.

Nem por isso o psicólogo deixará de apresentar suas próprias sugestões, mas deve trazê-las sob forma de questões para debate franco, deixando bem claro que a eles cabe tomar as deliberações sobre o que mais convém à criança, dentro de uma situação de vida que é deles. As decisões que não partem deles poderão ser tecnicamente mais corretas, mas vêm de fora e não daqueles que serão, de fato, responsáveis por sua execução.

A escolha de uma escola, por exemplo, em qualquer caso, é, em última análise, uma deliberação exclusiva dos pais. Harris, referindo-se à criança com problemas emocionais, mostra com insistência o perigo da intromissão indevida do profissional nessa área privativa da família.⁴

⁴ HARRIS, M. — The Child Psychotherapist and the Patients's Family. *Journal of Child Psychotherapy*, v. 2, n. 2, dez. 1968.

Fatores culturais

Ao lado de inúmeros outros, há fatores culturais que poderão contribuir para a maior ou menor aceitação, por parte dos pais, do diagnóstico de deficiência mental. O nível de expectativa em relação a uma criança será determinado, de forma mais profunda, pelas condições emocionais dos pais.

Algumas características, no entanto, parecem próprias de determinados grupos socioculturais, como o mencionado por Levinger, no trabalho já citado, referindo-se a grupo altamente competitivo, onde o nível de expectativa é excepcionalmente elevado. Nessas condições, qualquer *deficit*, por mais discreto, numa criança bem próxima da normalidade, é encarado

com sofrimento, e nem sempre aceito.

Em outros casos, o nível de expectativa da família é expresso em termos de exigência de elevação social. É a ambição de pais medíocres — que não tiveram oportunidades de progresso intelectual — de que o filho possa compensá-los da frustração através de uma capacidade que permita alcançar uma condição intelectual e social superior à média.

E existem ainda as famílias bem dotadas, onde a situação de uma criança limítrofe é extremamente difícil: nascida e criada em outro ambiente, teria condições de ajustamento plenamente satisfatórias.

Compete ao psicólogo encarar, com os pais, todos esses aspectos.

Introdução

Retardo mental, deficiência intelectual, insuficiência mental, ou oligofrenia são algumas das denominações atribuídas a insuficiências do desenvolvimento intelectual. As diversas definições tratam de abranger os principais aspectos desta entidade clínica e uma das melhores é a da American Association on Mental Deficiency, que aplica o nome de retardado mental a "todos os graus de deficiência mental, devido a detenção ou desenvolvimento mental imperfeito, fazendo com que a

* Participaram da elaboração do presente trabalho o Dr. Adolpho de Carvalho Filho, Dr. Carlos R. Telles Ribeiro e Dr. Kunio Suzuki (Neurologia), Salomé Galvão Tenório (Psicologia Clínica), Neida Aguiar de Azevedo (Logopedia), Guiomar Costa da Rocha Freire (Terapia Ocupacional), Heloísa Helena Callado Monteiro (Serviço Social) e Shigeo Ikuta (Redação).

** Psicóloga — Professora especializada no ensino de excepcionais, do Instituto Terezinha de Lisieux; Diretora das Classes Especiais da Sociedade Pestalozzi do Brasil — Botafogo — Rio de Janeiro, GB.

pessoa afetada seja incapaz de competir em iguais condições com seus companheiros normais, ou de manejar por si mesmo assuntos com a prudência ordinária".

O retardado mental, no entanto, é um ser capaz de responder com amor ao amor que lhe dermos, com agressão à agressão que lhe fizermos. Nenhum deles, contudo, escolheu para nascer desta ou daquela forma, uns mais fortes, outros mais fracos, uns mais altos, outros mais baixos, uns sadios, outros com defeitos, uns ricos de inteligência, outros não. Seu crescimento mental de algum modo foi desviado do processo contínuo e normal. Antes, durante ou depois de seu nascimento, alguma alteração se verificou. Poderá ele ser saudável no seu aspecto físico ou não, mas sua capacidade de aprender é restrita e mais lenta.

Características e Frequência

A medida da capacidade de uma criança pode ser expressa por meio

de QI (quociente intelectual) assim como mais recentemente pelo grande valor do QS (quociente social) baseado na maturidade social.

Quando utilizado o QI, os que obtêm índices de 80 a 60 são considerados *educáveis*. Estes, na idade adulta, alcançarão a média de aproximadamente 12 anos de IM (idade mental). Os de 60 a 40 são os treináveis, alcançando na idade adulta a IM de cerca de 6 a 9 anos. Os de QI inferiores a 40 serão os *dependentes*, e na idade adulta terão mais ou menos de 3 a 6 anos de IM.

Aproximadamente 75% dos retardados mentais são educáveis. Estima-se que cerca de 3/4 dos educáveis e metade dos treináveis poderão tornar-se relativamente auto-suficientes.

Estimativa européia informa que em cada mil crianças que nascem, cerca de 30 não ultrapassam o nível mental de uma criança de 12 anos. Mas 3 permanecerão abaixo do nível de 7. Uma será totalmente dependente sem nenhuma possibilidade de exercer qualquer profissão.

Os educáveis constituem a categoria mais freqüente e o grau de deficiência mental não é muito grande. Na escola, apesar do seu esforço, o grau de aproveitamento do ensino não é satisfatório.

Observa-se falha na discriminação, no juízo, no espírito crítico. O exame neurológico pode estar sem alterações; no entanto, a maioria destes podem apresentar crise de

pequeno mal ou convulsões, com um EEG (eletroencefalograma) anormal (disritmia cerebral).

Os treináveis, afetivamente, são bastante variáveis; uns são afetivos e obedientes, outros negativistas e com importantes reações anti-sociais pelos seus impulsos e cóleras. Alguns são inquietos, instáveis, falam sem cessar e incorretamente, não prestam atenção e atuam mecanicamente. Outros, pelo contrário, são dependentes e precisam de constante apoio e proteção familiar. Neurologicamente podem apresentar as alterações da debilidade motora em alguns casos, sendo este o sinal neurológico de maior evidência. Os treináveis necessitarão de ensino especial cientificamente ministrado e controlado por psicólogos, neurologistas, assistentes sociais e outros técnicos especializados. Poderão chegar até o nível do 2.^o ou 3.^o ano do curso primário, dependendo do grau de seu retardo, e necessitando contudo de condições especiais quando trabalham mais tarde, o que deverá efetuar-se em oficinas protegidas. Sua ocupação se destaca pela rotina e por não ser competitiva. A capacidade de aprender é mais lenta e limitada; o ensino terá que ser constante e de longa duração.

Um em mil será inteiramente dependente e terá, ou não, os mais simples hábitos de vida. Alguns aprenderão a falar, outros permanecerão no nível de formação de hábitos elementares e outros ainda precisando de atendimento hospitalar. Em geral, os dependentes carecem de raciocínio, imaginação, juízo; sendo a afetividade rudimentar.

Na esfera motora, apresenta grande dificuldade de movimentos e é freqüente encontrarmos movimentos estereotipados de balancear, de tiques etc. Alimenta-se mal porque apresenta anomalias da boca, maxilares, palato e dentes. Não controla os esfínteres e é freqüente encontrarmos modificações somáticas (deformidades do corpo).

Etiologia

A etiologia atribui a deficiência do retardado a dois fatores: predisponentes e determinantes.

58 Os fatores predisponentes são raça, idade dos pais, sexo e condições econômicas. Algumas formas, como, por exemplo, o mongolismo, são mais freqüentes na raça branca que na negra. Quanto ao sexo, encontra-se maior freqüência entre indivíduos do sexo masculino em virtude de o feto deste sexo apresentar maior volume, o que predispõe a maior sofrimento cerebral por ocasião do parto. Com relação à idade dos pais, sabe-se que a incidência de mongolismo é muito freqüente nas mães idosas. Recentes estatísticas, conforme é do conhecimento geral, colocam as possibilidades de ter filho mongolóide nas seguintes faixas de idade da mãe:

20 a 30 anos	1 em 1.200
30 a 40 anos	1 em 600
acima de 40 anos ..	1 em 40

Os fatores determinantes são dois: genéticos ou endógenos e ambientais, adquiridos ou exógenos.

A deficiência genética, segundo o trabalho de Constantinidis, divide

as oligofrenias em específicas e inespecíficas. As específicas constituem um grupo muito heterogêneo porque as alterações cromossômicas que as provocam são diversas e porque o sistema nervoso se modifica direta ou indiretamente por meio de uma alteração metabólica. A oligofrenia que se transmite segundo um mecanismo hereditário recessivo, pode verificar-se com alteração metabólica ou somática. Da primeira, citamos a idiotia amaurótica familiar, histiocitose lipídica amaurótica, lipidose cerebrosídica, xantomatose normocolesterínica, galactosemia, hipoglicemia e fenilcetonúria. Como alterações somáticas, podemos citar microcefalia familiar recessiva e oligofrenia com espasticidade familiar e outras.

A oligofrenia, que se transmite segundo um mecanismo hereditário dominante, compreende as neuroectodermoses, os associados a má-formações ósseas e os associados com má-formações encefálicas.

Há oligofrenia em relação com anomalias do número de cromossomas, ou sejam, Síndrome de Down, dos autossomas e dos cromossomas sexuais.

Apenas 10% dos retardados mentais de origem genética são de origem específica, sendo que as deficiências mentais inespecíficas correspondem à maior parte dos oligofrênicos.

A deficiência do desenvolvimento intelectual ambiental, adquirida ou exógena abrange três períodos,

o pré-natal o perinatal e o período pós-natal.

No período pré-natal os agentes atuantes são numerosos e as mães que fizeram tratamento pré-natal adequado podem prevenir ou evitar possíveis danos que um embrião ou feto pode sofrer durante a gravidez. Há fatores físicos (radiações), substâncias químicas, infecções e fatores maternos. Nas radiações, Kremer, estudando a influência da idade da gravidez, observou que, se a irradiação for efetuada no 1.º e 2.º meses, o feto é lesado em 100% dos casos, quando no 3.º e 4.º meses em 64% dos casos, e do 6.º ao 9.º desce a 23%. Entre as substâncias químicas, constam as drogas antimetabólicas, como quinina, talidomide e aminopterina. Entre as infecções, apenas 3 podem ser afirmadas como agentes patogênicos certos: toxoplasmose, rubéola e infecções por vírus citomegálicos. A mais conhecida, rubéola, além das máis-formações cardíacas, podem trazer retardo mental e catarata. Bradford Hill e colaboradores notaram o risco de o feto ser atingido em 50%, se a rubéola for contraída no primeiro mês de gravidez; 25% se contraída no 2.º mês e 17% se contraída no 3.º mês.

No 2.º ou 3.º trimestre da gravidez, é provável que 1 em 54 mães tenha um filho anormal. Há, também, os fatores maternos como a idade, mongolismo, afecções da tireóide e diabete, e a incompatibilidade materno-fetal.

No período perinatal, os fatores que atuam são múltiplos. Há os fatores maternos, relativos ao fe-

to, o trabalho do parto, o período que lhe segue (doença hemolítica, infecções e hipoglicemia).

No período pós-natal, merecem relevância as causas patológicas que atuam sobre o sistema nervoso, como o traumatismo, lesões vasculares, as infecções, os tumores, pois, lesado, o sistema nervoso sofre alterações em sua função e sua maturação.

Diagnóstico

O diagnóstico de um retardado mental é trabalho de equipe. Necessita de boa anamnese, bastante detalhada sobre sua evolução pré, neo e pós-natal, assim como todas as informações possíveis sobre sua evolução, até a data em que se apresenta e também com informações bastante detalhadas sobre o ambiente em que vive (social, emocional e material), como vive e onde vive. São indispensáveis, também, as informações do psicólogo, do terapeuta ocupacional e, às vezes, do terapeuta da palavra. Com estes dados, a equipe técnica faz o diagnóstico e inicia o tratamento.

A psicologia clínica dedica-se ao estudo e observação da conduta humana, seja normal ou patológica. O deficiente mental situa-se entre o grupo considerado patológico, devido às suas limitações no nível de compreensão e da utilização dos seus diversos recursos, em comparação com o outro grupo considerado normal ou médio. Precisa ele ser colocado em algum ponto numa escala, relacionado com o normal para conhecer suas possibilidades e o curso que se de-

ve observar em seu tratamento. Deve ser também estudada sua personalidade para saber de suas ações diante de diversas situações.

O psicólogo precisa ter conhecimentos profundos da psicologia normal e patológica, como também de conhecimentos neurológicos e de desenvolvimento. Normalmente, entre os testes mais usados há o Wisc, Terman-Merrill, Cubos de Kohs, Provas de Grafismo, Rorschach, Bender, TAT, Tábulas de Duss, Madeleine Thomas, Escalas de Maturidade (Vineland e PAC) e sessão livre.

60

O psicólogo, com estas informações e com avaliação de inteligência e estudo de personalidade, começa a obter um retrato íntimo do retardado e suas possibilidades.

O médico, com sua anamnese e diante das observações feitas em geral e neurologicamente, faz seu diagnóstico e tratamento medicamentoso, se necessário. Posteriormente, conforme o desenvolvimento do retardado, pode alterar o tratamento através de nova consulta e, talvez, exames.

Normalmente, num grupo heterogêneo de retardados, há 20 a 30% que necessitam da presença de um terapeuta da palavra. A linguagem surge da necessidade que temos de comunicar o que encerramos dentro de nós mesmos, permitindo a integração no meio ambiente.

Quando falamos, usamos o corpo inteiro. Expressamos nossa personalidade pela voz, fala, psiquis-

mo, emoção. Quando falta qualquer elemento, a comunicação não se efetua de maneira eficiente. Na comunicação, é preciso que haja emissão, receptor, mensagem e um código mútuo de entendimentos.

O desenvolvimento mental deficiente pode afetar a linguagem em seus aspectos receptivo e expressivo, sendo uma das causas mais comuns do atraso da palavra, quando a audição é normal. A compreensão e interpretação das palavras está na razão direta do grau de inteligência.

“A criança oligofrênica tem dificuldade em usar e mover, de maneira correta, rápida, sincrônica e sucessiva, os músculos e órgãos da fonação.”

Quando o faz, sua linguagem é produzida de forma agramatical, faltando artigos, preposições, conjunções ou usando de maneira errada e insuficiente os artigos e advérbios.

Quando um oligofrênico não fala, é porque não tem pensamentos a comunicar, apesar da inabilidade motora. Sua linguagem é direta e exprime necessidades imediatas, tendências e desejos elementares que giram em torno de si mesmo.

Nos educáveis, a palavra flui fácil; nos treináveis é mais difícil e o vocabulário mais restrito; nos dependentes não há palavras, frases, monossilabos. Os educáveis são capazes de aprender a ler, a escrever e de realizar trabalhos manuais que tenham certa complexidade motriz.

O processo de desenvolvimento da linguagem depende de condições essenciais como:

— participação do indivíduo nas experiências do meio em que vive,

— recepção dos estímulos através de condições sensoriais e motoras bem desenvolvidas para facilitar a associação entre conceitos e expressão verbal,

— reconhecimento da funcionalidade das manifestações vocais para satisfazer suas necessidades usando-as conscientemente, e

— associação entre palavras e objetos através da atenção e da memória.

Uma vez postas em pauta estas condições essenciais para o desenvolvimento da linguagem, devemos observar que a base para o seu crescimento está no desenvolvimento geral do corpo e na progressiva maturação das funções físicas.

A inteligência intervém na conversão das manifestações físicas em simbolismo da palavra.

Para situarmos os problemas da palavra no retardo mental, temos que considerar o nível de linguagem e a inabilidade articulatória, podendo ocorrer total ausência de linguagem (alalia idiótica); desnível entre desenvolvimento físico e mental que provoca incapacidade para formular corretamente as sentenças; dislalia; disartria; taquilalia; gagueira e acentuação melódica monótona ou destorcida da palavra.

A avaliação da palavra é feita através de observação e testes. Seguindo a orientação dada por Helena Maria Gomes, visa-se a:

— linguagem de compreensão e recepção: audição (acuidade através de audiograma e percepção auditiva), visão (acuidade, percepção e motricidade) e leitura;

— linguagem de expressão: vocabulário, partes da linguagem, estrutura das frases, palavra articulada (sons omitidos, destorcidos, substituídos, acrescentados e dificuldade em passar de uma para outra consoante), voz (tom, intensidade, qualidade e ressonância) e escrita (disgrafia e disortografia);

— problemas associados: dentição (arcada e conservação), psicomotricidade e respiração.

Tratamento

O retardo mental se manifesta com alguns sintomas evidentes até ao leigo em alguns casos; em outros, é necessário recorrer a clínicas especializadas quando há suspeitas. Em todos os casos, contudo, o requisito essencial é examinar e diagnosticar o mais cedo possível.

Os resultados alcançam melhor nível, porquanto há o aproveitamento mais racional de todas as etapas de crescimento da criança. A atenção e estudo de especialistas sobre qualquer caso desde tenra idade, forçosamente conseguirá maior rendimento da criança do que o abandono ou má orientação até certa idade. Os estímulos educativos serão de maior proveito quan-

do os aplicamos em época e duração adequadas e necessárias.

É comum encontrarmos pais de criança deficiente, de meio econômico mais abastado, que, negando o retardo ou não tendo recebido orientação, colocam o filho em escola primária. Resulta daí um desgaste de energias acima da capacidade da criança e ainda acrescido do agravamento das dificuldades psicossociais, deformando-lhe o desenvolvimento emocional.

62

A criança deficiente não podendo ser atendida nas suas dificuldades em ambiente educacional comum, por não ter este ambiente os requisitos necessários do ponto de vista técnico, material e social, inicia com prejuízo seu desenvolvimento, provocados pela distância crescente de aprendizagem em relação a seus colegas e o não-treinamento específico de suas aptidões naturais para o futuro ajustamento a situações profissionais e psicossociais.

Em pessoas normais, o nível de aspirações está à altura da sua capacidade ou acima dela. O deficiente mental, apesar do nível de compreensão mais baixo, sente, de alguma forma, que está falhando. Normalmente, vivendo em ambiente de rejeição, assimilam estes sentimentos negativos. Não sabem por que falham, ou como falham, mas sentem seu fracasso através dos sentimentos dos que os cercam. Assim sendo, decaem seu potencial de desenvolvimento.

Não existem duas crianças deficientes iguais e, assim sendo, cada uma deverá ser tratada de acordo

com suas necessidades. Cada família oferece um ambiente que varia segundo sua constituição biopsicossocial. A inter-relação familiar e seus hábitos serão de maior valor no cenário do que a própria existência do retardado. Sua conduta será acentuada para melhor ou pior de acordo com o ambiente em que viver. A participação nas atividades da vida familiar são da maior importância no seu desenvolvimento. Quanto mais cedo se estabelecer a rotina e a repetição nos hábitos da vida diária, horários para determinadas atividades etc., melhor será. Este condicionamento de reflexos em hábitos diários irá acompanhá-lo a vida toda como base para as atividades, profissionais ou não, que executará mais tarde, de acordo com suas deficiências. As ocupações no lar devem obedecer às características do ambiente.

Além do diagnóstico psicológico e da orientação adotada, o psicólogo, ao perceber interferência de problemas emocionais na adaptação ou no rendimento do deficiente, poderá assisti-lo em entrevistas individuais ou sessões de brincar em grupo. O objetivo é reduzir ou eliminar as atitudes que estão impedindo seu desenvolvimento e ajustamento.

Nestas ocasiões, geralmente pais e professores necessitam de orientação, cabendo ao psicólogo mostrar as dificuldades, esclarecer suas causas e sugerir formas mais adequadas de comportamento.

O tratamento da criança com retardo deve ser integral e multidisciplinar, considerando os pro-

blemas da criança em si e do seu meio ambiente, que também se acha afetado. O tratamento compreende vários aspectos: medicamentoso, terapia de linguagem, terapia ocupacional e psicopedagógico.

O tratamento medicamentoso tem por finalidade melhorar sintomatologias neurológicas a fim de se obter melhor rendimento na aprendizagem, facilitando o tratamento psicopedagógico.

O uso de drogas se baseia em dados da bioquímica e da neurofisiologia. Assim, existem substâncias como estimulantes psíquicos ou psicotônicos (atuam sobre as substâncias neuroefetadoras), psicofarmacos de ação estimulante (xantinas, drogas alucinógenas ou psico-estimulantes, drogas antidepressivas) e estimulantes biológicos da função cerebral (ácidos glutâmico, gama-amino, butírico e piridoxina).

A administração destas substâncias excitadoras do sistema nervoso central deve ser realizada com a maior prudência, uma vez que a maioria dos retardados mentais — por apresentarem lesões encefálicas em proporções razoáveis (disritmia) — podem desencadear uma agitação psicomotora etc. Os neurolépticos são medicamentos dotados de ação predominante sobre as funções psicomotoras e propriedades bloqueadoras dos distúrbios neuropsíquicos, produzindo relaxamento da tensão nervosa. Entre os neurolépticos mais usados, há o levomepromazina (Neozine), que é o mais sedativo e usado nos casos de estados ansiosos, quer se trate de ansiedade relacionada a

uma psicose ou a um estado neuroléptico. Nos estados de agitação, atua como tranqüilizante sobre a agitação, a agressividade e a impulsividade. É de ação sedativa central. Outro neuroléptico é a propericiazina (Neulaptil e Haloperidol) que tem uma ação eletiva sobre o complexo sintomático representado pelos distúrbios de caráter e do comportamento dos retardados.

O tratamento do deficiente no setor de terapia ocupacional se baseia no diagnóstico médico, na anamnese social e na avaliação feita pelo terapeuta ocupacional. Esta avaliação consiste em tónus muscular, exame físico, equilíbrio, marcha e distúrbios associados constatados pelo médico e os observados pelo terapeuta ocupacional.

O terapeuta ocupacional busca, na sua observação, dados sobre atividades da vida diária (AVD), lateralidade e percepção. Nas atividades da vida diária existem os hábitos de alimentação (reflexos de mordida, de sucção, de deglutição e de vômitos; a presença de baba, de sucção, de mastigação e de deglutição; os quatro pontos cardeais; controle do sopro etc.), hábitos de vestuário (coordenação motora, prensão, aponência, pinça etc.) e hábitos de higiene (controles esfinterianos e outras informações adicionais).

Com estas e outras informações o terapeuta ocupacional terá dados em mãos que, uma vez interpretados e analisados, serão equacionados num programa de tratamento de terapia ocupacional. Este tratamento é basicamente sensorio-mo-

tor, isto é, promove o desenvolvimento motor paralelo e integrado ao rendimento sensorial.

Nos primeiros anos de vida, os movimentos são grosseiros e pouco coordenados. Com experiências e aquisições posteriores, estes mesmos se tornam mais precisos e seletivos, demonstrando uma evolução na coordenação. É nesta época que a criança se torna independente, conseguindo abotoar-se, dar nós, laços, lavar-se etc. O desenvolvimento da fala está intimamente relacionado com o tipo e modo de alimentação e respiração da criança. Por exemplo, a criança que não mastiga, não tem o movimento de rotação da mandíbula tão necessário à fala.

64

Cabe ao terapeuta ocupacional orientar as pessoas que lidam com o retardado no sentido de seguir o desenvolvimento motor nesta formação de hábitos.

No desenvolvimento das percepções, é que o terapeuta ocupacional proporcionará os estímulos sensoriais, que levarão às discriminações sensoriais, ao desenvolvimento do esquema corporal e ao desenvolvimento das orientações espaciais e temporais. É através de exercícios terapêuticos que levaremos o deficiente a este desenvolvimento e experiências que culminam no desenvolvimento global.

O plano de atendimento para estimulação da linguagem e correção da palavra de um retardado mental será mais eficiente quando vier integrado num programa global de educação. Este plano visa o desenvolvimento da linguagem

através de experiências para formação de conceitos, treino da via sensorial e motora para associar conceitos e expressão verbal, exercícios articulatórios, exercícios respiratórios e orientação aos pais.

A família e a instituição especializada

A família é a primeira sociedade de que participa o homem, é o alicerce de seu desenvolvimento. Representa a primeira fonte de ensinamentos, o ambiente onde a criança encontrará os elementos essenciais para a formação de sua personalidade, assimilando padrões de conduta e de moral que irão determinar suas atitudes de adulto. Quanto mais harmonioso for o ambiente familiar, mais fácil será sua integração social, o que facilitará a boa adaptação a ambientes escolares, ocupacionais e sociais.

A aceitação dos pais e familiares do deficiente mental não pode ser medida objetivamente. Qualquer criança carece de compreensão e carinho para se desenvolver. É necessário que a criança sinta este carinho e segurança por parte dos pais, que ela dispute com os irmãos sua posição na família, que vença gradativamente uma série de situações, para que possa atingir, com o correr dos anos, uma satisfatória maturidade emocional. Todas essas experiências não poderão ser proporcionadas a uma criança fora do seu lar.

A influência da família é definitiva em relação a seus membros. Daí não se pode pensar na recuperação dos indivíduos isoladamente

sem tomar em consideração o papel decisivo exercido pela constelação familiar. O ambiente familiar de amor e compreensão é, assim, o que mais ajuda a bem desenvolver.

A aceitação da criança retardada não é só função da mente e da vontade mas, sobretudo, uma função afetiva. Não se nasce com ela. Exige o desenvolvimento da habilidade de sentir, o que é realmente importante e necessário. Requer ação positiva, pois a aceitação não é uma atitude passiva. Todo ser humano está em mudança constante para ajustar-se ao mundo que vive. Esse é um problema sério para uma criança com dificuldades. A aceitação do deficiente não é estática nem completa. É uma atitude que pais e familiares terão de renovar constantemente.

Qualquer criança carece também, para desenvolver-se, de ambiente do lar e não loge a essa regra o deficiente mental. As experiências cotidianas, o calor humano do ambiente familiar etc., com toda certeza, irão enriquecer e ajudar o desenvolvimento do retardado. A superproteção ou o isolamento são profundamente negativos. A superproteção pode significar sentimento de culpa dos pais por terem um filho deficiente e pela falta de orientação adequada. Tais atitudes bloquearão o desenvolvimento do retardado, pois não lhe possibilitam experiências enriquecedoras nem o exercício da auto-iniciativa.

No ambiente de tratamento médico-psicopedagógico da criança, em instituição especializada, deve existir, o mais possível, o espírito da

continuidade do ambiente de lar. Para estas crianças, especialmente, o cuidado carinhoso e disciplinado mostra a segurança e o estímulo que são necessários para que tentem, errem, e tentem novamente até conseguir o alvo da orientação educacional. Para isto a instituição deve dispor de equipe qualificada, técnica e emocionalmente.

A instituição é um prolongamento do lar, compreendendo naturalmente um lar onde prevalece o amor e a paciência dos familiares, fundamentos de um lar feliz. Pode ser um lar onde falte o conhecimento de como tratar o retardado, em certos aspectos, mas um lar que possua a grande base de qualquer programa de recuperação a executar: o amor e a capacidade de compreender e tolerar.

Onde falta o conhecimento de métodos de conduta no lar, cabe à instituição indicar caminhos certos, estabelecendo um currículo mínimo e uma orientação geral de como proceder com o retardado a fim de preencher esta lacuna. Orientando e trabalhando na família e com a família, a instituição procurará desenvolver a atitude de aceitação por parte dos familiares, que é condição básica para o retardado se integrar na sociedade. O deficiente precisa, antes de tudo, como qualquer indivíduo sentir que é aceito pelo grupo familiar. Só dessa maneira adquirirá o sentimento de segurança interior.

A família, também, deve ser orientada, individualmente ou em grupo. Reuniões periódicas de pais concorrerão para melhor es-

clarecimento e estudo de seus problemas. Orientação aos pais em pequenos grupos com dificuldades semelhantes também são de grande utilidade.

Conclusões

Muito tem sido feito, nesta última década, pelo retardado mental, bastando confrontar a transformação realizada diante do problema, desde a época em que havia poucas escolas particulares e algumas entidades filantrópicas, à situação de hoje. Atualmente existem muitas escolas ou clínicas particulares e várias sociedades de beneficência.

66

Além do apoio direto do Instituto Nacional de Previdência Social e de outras entidades públicas, o Estado vem ampliando seu sistema escolar para abrigar os educáveis, crescendo o interesse que resulta em providências das autoridades pela melhor recuperação e ocupação profissional do retardado mental. Conta ele já com o direito à proteção até a idade de 16 anos, aproximadamente; mas, apesar desta tendência de amparo ao menor, a grande preocupação dos pais ainda persiste: qual o destino de seus filhos quando alcançarem os 18 a 20 anos de idade?

Muitos educáveis encontrarão empregos vários e não constituem grande problema. Mas o futuro de muitos destes educáveis, os treináveis e os dependentes, contudo, é uma incógnita. Que os espera? Existem algumas oficinas protegidas, mas não satisfazem a grande procura e nem se comparam, em escala com as que existem

no estrangeiro. Não há os grandes serviços contratados com firmas para empacotamento, embalagem, montagens simples, tecelagens, confecções etc., como são vistos na Europa e nos Estados Unidos. Para este grupo de retardados, a solução é o oficina protegida, seja a do tipo em que o operário permanece no local do serviço, seja a que tem sede própria.

Para chegar até este ponto, várias medidas fundamentais ainda precisam ser tomadas e talvez possam ser englobadas num "Estatuto do Excepcional (retardado)", como, por exemplo:

- 1 — identificação e cadastro dos treináveis e dependentes nos primeiros anos de vida para efeito de aposentadoria;
- 2 — ensino obrigatório até 16 ou 20 anos de idade;
- 3 — encontro de contas com a previdência ao trabalharem produtivamente;
- 4 — cláusulas que regem o trabalho, principalmente na base de tarefa, para os serviços repetitivos, e fixação de salário mínimo secundário, no caso de trabalho horário;
- 5 — moradias em conjunto para os que trabalham e não têm lar.

A previdência social, através de seu Grupo de Reabilitação, já identifica e cadastra os que a procuram e financia a educação do retardado de acordo com seu critério. As escolas e clínicas estão

melhorando seus serviços, incluindo custosas equipes técnicas, para atender à previdência. A semente já foi plantada e deverá ser cultivada.

O público empregador, isto é, o comércio, a indústria e serviços, precisa ser esclarecido também sobre o valor do trabalho do excepcional retardado, que, como acima

foi dito, quando não competitivo e não técnico, é eficiente. Com a industrialização e avanços tecnológicos em todos os ramos e consequente diversificação surgirão sem dúvida maiores oportunidades de trabalho para o deficiente que, apesar de suas limitações, poderá, em ambiente protegido, tornar-se produtivo economicamente.

Bibliografia

GUNZBURG, H. C. — Social Competence of the Imbecile Child: Landmarks and Directed Training. Proceedings, vol. 2, International Copenhagen Congress on the Scientific Study of Mental Retardation. 693 — 706, Copenhagen, Denmark. 1964.

— The Assessment and Evaluation of Social Development in the Mentally Handicapped Child. Proceedings of the First Congress of the International Association for the Scientific Study of Mental Deficiency. 243/244. Montpellier, France. 1967.

SCHOENFELDT, B. K. — O Diagnóstico Psicológico. *Deficiência Mental*, Stanislaw Krynski e colaboradores. Livraria Atheneu, 1969, 115 e 116.

— O Deficiente Mental em Diversos Ambientes. *Deficiência Mental*, Stanislaw Krynski e colaboradores. Livraria Atheneu, 1969, 342/343.

PERELLÓ, Jorge e outros — Perturbación del Lenguaje. *Editorial Científico Médico*. Barcelona, Espanha, 1971. 155/231.

MAS, R. Gonzales — Rehabilitación del Deficiente Mental. *Editorial Científico Médico*. Barcelona, Espanha, 1970, 65 — 105, 153 — 157 e 190 — 200.

GOMES, Helena Maria da Silva — *O Problema de Comunicação no Retardado Mental*. Faculdade de Medicina, U.F.R.J. Rio de Janeiro. 1969.

1. Considerações prévias

1.1. Conceito da deficiência mental

A Organização Mundial da Saúde (O.M.S.) nos adverte que "o critério da deficiência mental tende a diferir nos diversos países, dependendo de fatores como tradição, aspectos culturais, complexidade social e existência de serviços",¹ o que significa que os autores não encontraram uma definição satisfatória e válida para qualquer deficiência mental, pela impossibili-

• Resultado de observações iniciais realizadas no decorrer de nosso trabalho em clínica particular e nas escolas da APAE da Guanabara. Na medida do possível, procuramos aprofundar nossa experiência e, assim, indicar meios para ajudar o deficiente mental.

O presente trabalho se tornou possível graças ao incentivo e colaboração das Dras. Galina Schneider, Carmen Dametto e Rosita Foguel, bem como de nosso grupo de supervisão de psicoterapia.

** Médico psiquiatra da APAE-GB e da Clínica de Vila Pinheiros.

¹ KRYNSKI, S. — *Deficiência Mental*, Rio Atencu, 1969. p. 11.

dade de reunirem todos os aspectos por ela envolvidos.

Assim o conceito de deficiência mental sempre é dado em função do aspecto que o autor considerar mais importante.

A Associação Americana de Deficiência Mental a define: "todos os graus de defeito mental devido a um desenvolvimento mental insuficiente, ou que a ele conduzem, dando como resultante que o indivíduo atingido é incapaz de competir, em condições de igualdade, com companheiros normais, ou é incapaz de cuidar de si mesmo ou dos seus negócios com a produtividade normal".²

Krynski considera a deficiência mental um "complexo conjunto de síndromes das mais variadas etiologias e quadros clínicos diferentes, cujo único denominador comum é a insuficiência intelectual".

Henry Ey define a deficiência mental (oligofrenias ou atraso

• KRYNSKI, S. — *Obra cit.*, p. 12.

mental) "como insuficiências congênitas do desenvolvimento da inteligência".

Poderemos deduzir que definir deficiência mental implicaria sempre utilizar adjetivações (insuficiente, incapaz, igualdade etc.), e em última análise, necessitaria de outros conceitos complexos, como o de *normal* e *anormal*.

Discordamos dos autores que consideram a deficiência mental uma entidade mórbida. Considerando uma população específica, os deficientes mentais constituem aproximadamente 3% do total de indivíduos (O.M.S.), os quais, segundo critérios fornecidos por aquela população (conduta adaptativa, inteligência etc.), são desviados da faixa média da curva de Gauss. Portanto, deficiência mental não é doença, é uma condição humana, um modo de ser que difere da grande população considerada.

Segundo Bleuler,³ "não existe limite entre o normal e o oligofrênico. Sua capacidade ou incapacidade

estabelecida, baseada em critérios sociais, é o que constitui o traço essencial para diferenciar da oligofrenia uns dotes intelectuais incluídos dentro da norma"...

Não nos importa, neste ponto de vista, saber se esta condição foi causada por uma doença no passado ou se é mais suscetível de agregar-se a novas doenças. O que importa é compreender este "modus vivendi" do deficiente mental, e assim poder ajudá-lo melhor. Muitos profissionais e a própria família, alegando ser esta condição "doença crônica incurável", abandonam ou passam adiante o problema, considerando que são impotentes para tentar fazer alguma coisa.

1.2. Classificação da deficiência mental

Existem diversas formas de classificar a deficiência mental. A mais conhecida é aquela que se utiliza de conceitos psicométricos, idealizada, pela primeira vez, por Binet e Simon:

- a) Idiotia — Quociente de Inteligência (QI) = 0 — 25
- b) Imbecilidade — " " " (QI) = 25 — 50
- c) Debilidade Mental — " " " (QI) = 50 — 75

A Organização Mundial de Saúde subdivide a Deficiência Mental em quatro grupos:

- a) Profunda = 0 — 20
- b) Severa = 20 — 35
- c) Moderada = 35 — 72
- d) Leve = 53 — 70
- a) Estado Dependentes
- b) Família e/ou Estado
- Treináveis
- Educáveis

³ BLEULER, E. — *Tratado de Psiquiatria*, 2.^a edição espanhola, 1967, p. 615.

Em nosso trabalho, importa saber o quanto está afastado da faixa média de uma população específica, um deficiente mental, seja por uma estrutura corporal incomum, seja por uma estrutura da personalidade desorganizada, ou ambas. Daí, propomos a seguinte classificação:

A) Deficientes mentais com lesão orgânica:

1. EXTERIORIZADA,⁴ isto é, visível, como, por exemplo, a Microcefalia.

70

2. INTERIORIZADA,⁵ isto é, invisível, como, por exemplo, os erros inatos do metabolismo.

B) Deficientes mentais sem lesão orgânica, como, por exemplo, os coarctados emocionais.

Parece-nos oportuno salientar que o quociente intelectual é variável para os três tipos. Esta classificação se baseia no "grau de impacto, quando um deficiente mental está frente a um indivíduo qualquer. Assim, considerando este indivíduo observado, em condições emocionais padrão, com bom desenvolvimento da personalidade, o "grau de impacto" que sofrerá frente a um deficiente mental, será de intensidade crescente do deficiente mental sem lesão orgânica para com o de lesão orgânica exteriorizada.

⁴ Temos razões para afirmar, como mais adiante se verá, que todos os defeitos físicos apresentam profundas alterações da personalidade, dados não somente pelo *deficit* instrumental.

⁵ Neste caso existe uma lesão no S.N.C. (Sistema nervoso central).

1.3. Relação deficiente mental — doente mental

Sabemos que existe um abismo fenomenológico entre estas duas "doenças", descritas em qualquer tratado de psiquiatria, que o leitor deseje consultar. Segundo esse consenso, as alterações observáveis nos oligofrênicos referem-se à "quantidade", enquanto nas diversas entidades clínicas psiquiátricas, é na "qualidade". Ou seja, os oligofrênicos, devido às próprias lesões orgânicas no sistema nervoso central, seriam pessoas cujas funções psíquicas renderiam quantitativamente menos (deficiência intelectual, pobreza de pensamento etc.); enquanto nos "doentes mentais" haveria uma desorganização entre as diversas funções psíquicas (desagregação do pensamento, alucinações etc.). Ambos são "lesionados", ou seja, possuem um modo-de-ser que difere da população maior.

Em nossa experiência clínica, de um ano de trabalho na APAE-GB, os alunos com deficiência mental apresentam, invariavelmente, superajuntada, uma "doença mental". Os casos mais comuns eram de psicoses ou neuroses graves. Acreditamos, tal como ocorre na "doença mental", que os processos de maturação do EGO ficam bloqueados.

2. Sobre a rejeição social ao deficiente mental

Quem tenha lido o livro *O pássaro pintado*, deve lembrar-se de um fenômeno bastante curioso: existia uma caçador de pássaros que, através das suas arapucas, pegava um pássaro qualquer de um bando e,

às vezes, pintava suas penas com tinta, soltando-o de volta. Acontecia que aquele bando o destruía de imediato.

Sabemos também que muitas espécies de animais, ao reconhecerem um filhote em condições anômalas, o mata. Talvez para evitar maiores problemas para este no futuro. É conhecida, por exemplo, a rejeição da fêmea aos filhotes, que apenas foram "tocados" por outra espécie de animal.

Quem quer que seja, ao entrar em contato com um deficiente mental, é tomado de modificações súbitas de seus sentimentos. Existem pessoas, inclusive, que se dizem incapazes de visitar uma instituição, alegando um estado ansioso pelo qual são tomadas. Alguns alegam "sentimento de pena", e outros poucos dizem abertamente sentir medo ou nojo, sem definir bem o porquê.⁶

A primeira vez em que fomos despertados para essa realidade ocorreu na cidade de São Paulo, quando da visita de um grupo de técnicos (médicos, psicólogos, assistentes sociais e orientadores educacionais) a uma instituição estadual, especializada em receber recém-nascidos (na maioria dos casos), deficientes mentais com lesões orgânicas exteriorizadas,⁷ que correspondem aos casos mais gra-

⁶ Pessoas menos esclarecidas dizem sentir medo do possível contágio da "doença".

⁷ Existiam diversos casos de microcefalia, macrocefalia, paralíticos cerebrais etc.

ves em prognóstico. Todos os participantes do grupo ficaram neste local apenas por meia hora, em desacordo com a duração longa de permanência em outras instituições, anteriormente visitadas. Alguns ficaram tão "chocados", que apresentaram sinais evidentes de náusea.

Em contato com o administrador do local, obtivemos informações de especial relevância:

1. Existiam apenas dois médicos para um número de aproximadamente cinquenta pacientes.

2. O índice de mortalidade era quase de 90%, geralmente por problemas infecto-contagiosos. Vale a pena salientar os esforços bem intencionados de uma assepsia rigorosa: as enfermarias mais pareciam uma "sala cirúrgica".

3. O tempo de permanência em vida, a partir do nascimento, durava em média 1 a 2 meses.

4. Os familiares, na sua grande maioria, só iam à instituição por duas vezes: uma no momento da internação e outra do óbito.

Nossa própria experiência desta visita foi algo semelhante a um pesadelo. Quando da visita às enfermarias, sentimo-nos atordoados e, por um momento, pensamos em sair daquele local às carreiras. Outra disposição, mais aceitável, foi a de fechar os olhos, ou seja, tentar negar uma realidade que despertava ansiedade.

Oscilando em cada pessoa, dependendo das fantasias que esta mesma pessoa tenha a respeito das "partes sadias e doentes" da sua própria personalidade reagirá ela frente a um deficiente mental, com sentimentos de ansiedade, medo, repugnância, raiva etc., ou seja, quando percebemos qualquer "defeito" físico e/ou psicológico no mundo externo circundante, essa percepção, seria como um reflexo especular dos nossos próprios "defeitos" interiores, na maioria das vezes inconscientes. Junto a isto, vem uma sensação de impotência, também ligada às fantasias, que a pessoa faz de recuperar o que sente de "aleijada" dentro de si mesma.

As dificuldades que uma pessoa "normal" tem em se colocar no lugar de uma "anormal física e/ou emocional, são derivadas do temor de descobrir em si mesma, embora em nível inconsciente, partes "anormais". Daí, poderemos compreender por que todos nós rejeitamos o deficiente mental.

Todos nós, em menor ou em maior grau, colocamos fora o que achamos de "ruim e aleijado" em nossas vivências, e tendemos ficar apenas com as partes "boas e sadias".⁸ Entretanto, sempre tememos que os objetos nos quais colocamos aquelas "partes ruins", retaliem-se (vinguem-se) algum dia, e façam conosco o mesmo que fizemos com elas no passado.

Rejeitando o excepcional, estaremos nos defendendo contra o "pego" desta retaliação e evitando

⁸ Ver conceitos kleinianos acerca de introjeção e projeção.

identificação⁹ com partes "aleijadas" que ainda permanecem em nosso mundo interno.

Poderemos compreender, agora, nosso próprio comportamento e o daquele grupo de técnicos, quando da visita aos deficientes mentais com lesões orgânicas exteriorizadas. A rejeição despertada pelo grupo foi devida a uma intensa ansiedade sentida. Demorar menos no local significaria evitar um acréscimo desta ansiedade. Sentir náuseas seria possivelmente uma tentativa das pessoas de "pôr para fora" as partes aleijadas que sofreram identificação.

Somos forçados a pensar que aquele alto índice de mortalidade é uma colaboração da assepsia rigorosa, pois tem como propósito inconsciente esconder, por trás de um combate aos germens, o real desejo da sociedade em destruir aquelas pessoas. Quem de nós, quando crianças, conseguiria sobreviver em uma "sala cirúrgica", privado de qualquer contato emocional?

Neste enfoque, as próprias instituições especializadas indicam uma rejeição social. A instituição para

⁹ Hanna Segal, no livro *Introdução à Obra de Melanie Klein*, define a identificação em função dos processos de identificação introjetiva e identificação projetiva.

1. Identificação introjetiva: resulta quando o objeto é introjetado no Ego, que então se identifica com algumas ou todas as suas características.

2. Identificação projetiva: resulta da projeção de partes do Self em um objeto. Pode ter dois resultados: o objeto pode ser percebido como um todo, adquirindo as características da parte projetada do Self; ou o Self pode se tornar identificado com o objeto da sua projeção.

excepcionais desempenha papel semelhante ao de uma clínica psiquiátrica: reunir indivíduos "diferentes", em determinado local, para que se ponha uma etiqueta qualquer (diagnóstico), deixando que fiquem com todas as "partes doentes e quebradas" da sociedade.¹⁰

Nas próprias universidades, é visível esta rejeição, na medida em que raríssimas vezes a deficiência mental é tema de aula. São contados a dedos os profissionais que se aproximam da pessoa "normal acerca deste complexo problema.

O fenômeno da rejeição é universal a qualquer tipo de deficiência mental. O que acontece é a diferença de intensidade do processo que tende a se atenuar na medida em que o deficiente mental mais se aproxima da pessoa "normal padrão". A rejeição é mais intensa, quando existe concomitantemente uma lesão orgânica exteriorizada.

Assim, diante de um deficiente mental com lesão orgânica exteriorizada e um outro, sem lesão orgânica evidente, o comportamento é de aproximação em relação a este, mesmo que o quociente intelectual do primeiro seja bem mais significativo.¹¹

¹⁰ *Psychiatry and Anti-Psiquiatry* — David Cooper.

¹¹ Interessante acrescentar que na própria "sociedade deficiente" existe rejeição. Assim, em um grupo de discussão para deficientes mentais (escolhidos pelos professores como dotados de "maior potencialidade"), logo nos primeiros encontros, deixavam a porta da sala aberta e não conseguiam falar. Com insistência, descobrimos que o motivo estava ligado à "vergonha" em mostrarem suas "deficiências", deixando para os alunos que constantemente circulavam fazendo barulho, as partes "retas", "retardadas" e "palhaças".

A rejeição sempre ocorre, mesmo que se tomem cuidados para evitá-la. À guisa de exemplo, podemos referir-nos a caso ocorrido na nossa clínica particular, em que a rejeição interferiu na relação médico-paciente:

P. tem 22 anos, QI = 65. Sua condição de deficiência mental só foi notada pela família, quando não conseguira passar de ano no colégio, por diversas vezes. Apresentava enorme frequência de crises de grande mal epilético desde os 4 anos de idade. Em sua história, verificou-se ter sido portador de meningite quando contava 2 anos de idade. A mãe o trouxe à consulta por apresentar, já há meses, "pensamentos estranhos" em relação a ele próprio, dizendo que iria matar-se ou matar o pai. Foi firmado com o paciente e a família um contrato de se fazer atendimento com frequência de dois encontros semanais. O paciente trazia sempre à entrevista temas relacionados com a mãe, ocupando aproximadamente 80% do tempo. Raramente falava do pai ou dos seus irmãos "bem sucedidos na vida". Não tinha qualquer relacionamento com pretensos amigos. Após 5 meses de tratamento, entramos em férias. Ao voltar, "por engano", marcamos entrevista com outro paciente no horário de P., falha de nossa parte que teve conseqüências desagradáveis para o paciente: este, que vinha há 3 meses sem apresentar qualquer crise epilética, não agüentando esta rejeição de nossa parte, durante a semana teve

uma. Só com muito custo, conseguimos que permanecesse no atendimento. Dois meses mais tarde, sua irmã telefona dizendo que P. "estava enchendo o saco de todos em casa", pois voltaram os "pensamentos estranhos", acrescentando: "não agüentei, internei o paciente por minha própria conta".

74

Estas considerações são importantes, para que se possa entender, como se sente a família do deficiente mental, em especial a mãe, lidando constantemente com ele. Os sentimentos provocados por um deficiente mental podem variar muito, mas é certo que nunca ele é bem vindo para uma família, por mais bem estruturada que ela seja. O mesmo vale para a sociedade em geral.

3. A família do deficiente mental

Focalizamos a rejeição como o fenômeno básico que sofre o deficiente mental por parte de todos.

Que ocorre na dinâmica familiar com o nascimento de um deficiente mental?

Numerosos fatores irão influenciar essa dinâmica de modo direto. De nossa observação, durante o trabalho de aproximadamente um ano, na APAE-GB, os que nos pareceram mais significativos, são os que mencionaremos a seguir.¹²

¹² A ordem em que estes fatores serão apresentados, não significará que algum seja mais importante em relação aos outros; o que ocorre é uma interpretação entre eles.

3.1. Posição que ocupa o deficiente mental segundo a ordem de nascimento

A gravidez sempre é causa de marcada manifestação psicológica na família, principalmente quando se trata do primeiro filho. Os pais revivem mais intensamente todas as dúvidas e aflições que passaram quando crianças. Projetam no futuro recém-nascido todas as esperanças da realização de desejos, de cuja consumação não foram capazes. Qual a mãe que não se preocupa com a idéia de como nascerá o filho? É comum a pergunta, logo após o parto: "É perfeito, Doutor?".

Maud Mannoni,¹³ nos revela que o nascimento de um filho representa para a mãe uma recompensa ou a repetição de sua própria infância. "Este filho de sonho tem por missão reparar o que, na história da mãe, foi julgado deficiente, sentido como falta, ou de prolongar aquilo a que ela teve que renunciar."

Se este filho nasce "doente", continua a autora mais adiante: "Em face dos sinais de identificação que não vê no filho doente, vai viver sua angústia, em função do que marcou para ele sua vida, quer dizer, em função da sua própria castrição oral, anal e fálica."

Assim, o filho doente simboliza para os pais algo culposos e pecaminoso que existia em seu passado. O filho representará, por

¹³ *A criança atrasada e a mãe*. Tradução de Maria Rachel Gomes Duarte, 1965.

toda a vida, um espelho que reflete seus pecados, há tanto tempo escondidos em seu mundo interno. Será necessário, portanto, escondê-lo da sociedade de qualquer maneira. Isto explica por que os pais os "prendem" dentro de casa, impedindo-os de qualquer contato com as pessoas da vizinhança, e até mesmo dos institutos especializados.¹⁴ Um fato, que muito bem caracteriza este problema, é aquele sucedido após campanhas em prol do deficiente, feitas por meios de comunicação de massa (rádio, televisão etc.). A procura de uma "vaga" cresce e, curiosamente, a idade da maioria dos pretendentes situa-se na faixa da adolescência, sem que tenham recebido até então atendimentos escolares especiais, de modo contínuo.

Logicamente, estes processos ocorrem, mesmo que o deficiente não seja o primeiro filho. No entanto, são mais intensos com o primogênito. Alguns pais, tão frustrados pela não realização dos seus "sonhos" através daquele filho, não suportarão a vinda dos outros.

3.2. Rejeição familiar

Se, como vimos antes, o deficiente mental é rejeitado quando não tem qualquer ligação consanguínea, poderemos avaliar o grau de rejeição apresentado pelos pais. Tudo isto os leva a sentirem culpa em intensidade crescente, pois ela se mostra

dentro de uma dinâmica viciosa: os mecanismos por eles (pais) encontrados para livrar-se da culpa, geram mais culpa. Assim, geralmente, acontece ao pai que, ao procurar motivos fora dele, projeta essa culpa principalmente na esposa, já que o filho nasceu "dentro dela".

Ambos culpam as possíveis "doenças" dos antepassados, considerando as doenças atuais como "carma" (expição); culpam também os médicos que não avisaram ou cuidaram em tempo etc. Geralmente o pai se torna omissivo ao problema, entregando o filho à proteção materna.

É com a mãe que o deficiente mental se ligará, de modo parasitário pelo resto da vida. Impossibilitada de rejeitá-lo ostensivamente, porque sofre pressões da família, da sociedade e de si mesma (dada através da culpa), ela vai lutar de modo incansável junto ao filho, contra tudo e todos.

É conhecida a peregrinação das mães, de consultório em consultório, de escola em escola, exaustivamente buscando uma solução que sabe não existir.¹⁵ Nesta longa jornada, desenvolvem-se outros mecanismos, como tentativa de protegê-los contra este enorme desgaste.

3.2.1. Superproteção

Pela própria rejeição e culpa subsequente, a mãe superprotege o filho contra todos os perigos externos que ponham em jogo a sua (dele) vida.

¹⁴ Temos notícia de certo pai que, ao levar seu filho ao colégio, sempre o fazia de táxi, embora morando longe. Alargava que o filho "não deixava ninguém em paz", quando usava o ônibus.

¹⁵ Neste caso, referimo-nos à solução mãe-filho.

Seria insuportável a realização do desejo que o filho não existisse.¹⁶ Isso explica por que algumas mães não conseguem deixar o filho um só instante. Ao iniciarmos nosso trabalho na APAE-GB, a idéia de se fazer um "grupo de mães" surgiu, porque várias delas ficavam na escola, apenas para "olhar" os filhos, cuidando que nada de mal lhes acontecesse. Mais significativo exemplo de superproteção é o da mãe que, receando que seu filho caísse da cama, ao dormir, colocava o colchão diretamente no chão.

3.2.2 *Negação*¹⁷

Sendo esta realidade externa de difícil aceitação, o meio mais cômodo de não senti-la é transformá-la. Afirmações como: "Não, meu filho não é deficiente como parece; é que até hoje não encontramos quem pudesse orientá-lo adequadamente", mostram bem o referido mecanismo.

Outros há que colocam os filhos deficientes para aprenderem instrumentos musicais de difícil execução e até em cursos de inglês...

¹⁶ Rejeição significa, em última análise, a expressão de um desejo de morte. Alguns pais sentem isto de modo consciente. Em grupo de discussão de pais, num momento de grande ansiedade, um pai com "traços" paranóides afirmou: "O negócio é pegar um picareta e meter na cabeça de meu filho... é a única solução possível!".

¹⁷ Para Freud, negação é uma forma de levar em consideração o que está reprimido; "pois uma representação ou um pensamento reprimido pode ir ao consciente sob a condição de serem negados".

3.2.3. *Transferência de responsabilidades para médicos e professores*

A realidade externa apresenta-se dura e cruel com o nascimento de um filho deficiente. Passa então a mãe, sede de projeção de toda a culpa familiar, a procurar médicos e professores, numa forma de transferir toda a responsabilidade, devido a uma fantasia de que se o filho é assim, é por causa dela. Mas, se o filho melhorar, tornar-se-á evidente a sua "culpa". Logo, aquela procura de tantos técnicos, é uma forma de não permitir a melhora, e, assim, aliviar-se. Temos o caso de uma mãe que nos procurou logo após o término da primeira reunião de grupo de discussão para deficientes, querendo saber se já tínhamos resolvido o problema do filho.

Pode ocorrer ainda que, aparecendo melhoras durante o tratamento do deficiente, a mãe passe a boicotar, de forma inconsciente, os progressos alcançados.

M., uma deficiente com QI 58, apresentava tanta dificuldade pessoal que jamais dizia "eu", tal a relação parasitária que mantinha com a mãe. Não usava nenhum verbo na primeira pessoa, auto-referindo-se na terceira, como se falasse de um objeto. Foi trabalhada uma situação referente ao dinheiro que M. recebia, fruto de suas costuras, controlado pela mãe. A paciente passou a exigir que a mãe lhe desse o dinheiro, e concomitantemente esboçaram-se, nas entrevistas conosco, frases com o verbo na primeira pessoa. Após uma se-

mana, a mãe retirou-se do tratamento, tendo como "motivo" uma viagem.

3.3. Diagnóstico e prognóstico

É inegável o valor de um diagnóstico e prognóstico precisos, para se esquematizar um plano de tratamento, em qualquer especialidade médica. Entretanto, estes dados poderão ser "perigosos", quando se referem aos doentes ditos crônicos e incuráveis. O diagnóstico neste caso servirá, muitas vezes, como tábua de salvação para justificar a importância dos médicos e da família frente ao problema. Uma mãe falou-nos que um médico lhe teria dito, logo após o parto de uma filha mongolóide, que esta nunca conseguiria ler e escrever e, portanto, seria perda de tempo colocá-la em uma escola, no futuro. Muito freqüente, nas reuniões de professores para deficientes mentais, é a tentativa de justificar a agressividade de um aluno qualquer, com a hipótese simplista de epilepsia.

4.3. Aspecto sócio-econômico

Nas classes sociais menos favorecidas economicamente, com os problemas de subnutrição, subcultura, higiene mal orientada etc., aumenta a freqüência de deficientes mentais com ou sem lesão orgânica. Esta situação se reflete na dinâmica familiar, quanto às exigências (o que se espera), que a família impõe ao deficiente mental, não tão acentuadas, como as que ocorrem se (ele) vivesse em uma família mais privilegiada do ponto de vista sócio-econômico. Os pais que

cursaram uma universidade, por exemplo, apresentam um limiar de expectativa em relação aos filhos, de que, pelo menos, o mesmo ocorrerá no futuro deles.

Acreditamos que, sendo o desnível entre o deficiente e a família pobre, de menor intensidade, o grau de rejeição também será menor. Na medida em que a maioria dos deficientes mentais possa aprender diversos ofícios (servente, engraxate, ajudante de marcenaria, pintor e pedreiro etc.) estarão eles na faixa de emprego dos outros membros da família.¹⁸

Certa mãe de bom nível sócio-econômico, em determinada ocasião, ao entrar no colégio deparou com seu filho lavando as vidraças das janelas. Ficou tão "chocada" que por pouco não o retirou. Tratava-se de adolescente, que ainda nem aprendera a falar...

4. Relato de caso

Como reagirá o deficiente mental frente a tantos problemas complexos?

E., aluno de 18 anos, QI 52, apresentava lesões orgânicas exteriorizadas, muito deformadoras. Além disso, tinha com bastante freqüência crises epilêpticas. Sua agressividade era temida por todos os professores, pois E. batia nos colegas e destruía, quando zangado, qualquer objeto à sua frente. Sobre também que E. agredia física-

¹⁸ Os alunos da APAE-GB, de origem humilde, são os que se desenvolvem mais nas suas funções. Concomitantemente são melhor aceitos no mercado de trabalho.

mente sua mãe, e já tinha sido internado diversas vezes em sanatório psiquiátrico. Nossas primeiras entrevistas foram desanimadoras: o paciente não colaborava e apenas ficava na sala por poucos minutos, pois batia com as mãos violentamente nas paredes e, gritando palavrões, atrapalhava as salas de aula circunvizinhas. A assistente social trouxe-nos outros dados da história de E.: fora gerado contra a "vontade" dos pais. Por causa dele foram "obrigados" a casar, sem permissão da família de ambos. Os pais lutaram contra grandes dificuldades financeiras, e logo desentenderam-se. Houve, inclusive, agressões físicas durante a gravidez. O parto foi difícil e por pouco o paciente e a mãe não faleceram. E foi "tirado" a fórceps. . .

Numa entrevista, dissemos para E. que, como ele vinha atrapalhando a vida dos pais em casa e no colégio fazia a mesma coisa, haveria certamente de pensar que também aqui ninguém se interessava por ele.

O paciente, pela primeira vez, confirmou o que disse e acrescentou: "Não é isto mesmo? Todo mundo acha que sou um bicho, inclusive o senhor."¹⁹

Estamos, há cinco meses, em entrevistas de meia hora de duração e o paciente só se referiu a duas pessoas até agora: sua mãe e a "professora de pintura". Fala da mãe com ódio: "Não me deixa fazer

¹⁹ Interessante acrescentar que "bicho" foi exatamente a expressão que a professora utilizou para o descrever, quando pela primeira vez, em reunião de professores, tomamos contato com o caso.

nada, sempre chamando meu nome para saber onde estou." Segundo a professora de pintura, somente há três meses notou que E. "gostava muito dela", pois a qualquer pedido seu estava sempre solícito, apresentando um rendimento surpreendente nas atividades da sala. Este caso mostra que o único modo de ser possível para E., em sua fantasia, era existir como bicho. Fruto (e "responsável") de um casamento desajustado, E. representava para seus pais o castigo (carma) dos "pecados" (deles) anteriormente cometidos.²⁰

Identificá-lo como bicho foi tarefa impossível para estes pais, pois seria reconhecer a existência daquelas "partes ruins e quebradas" de E. em si mesmos. A mãe, intensamente culpada, aceitava apanhar do paciente. Agredindo, E. fazia o jogo dos pais (é ele que tem as "partes quebradas") e era uma forma que encontrava de comunicar-se, denunciando sua existência de "bicho". Na própria fantasia, era tão "poderoso": na sua agressividade, que nada lhe restava, senão voltá-la para si mesmo e morrer através dos ataques epiléticos.²¹

A professora de pintura, certo dia, ficou "surpresa" quando percebeu que E. não era totalmente um "bicho".

²⁰ E. é filho único. O nascimento de outro filho deficiente representaria a "prova" que realmente são culpados.

²¹ Na medida que E. pôde agredir-nos nas entrevistas, sem que permitíssemos aquela "destruição", começaram a cessar as crises epiléticas, há cerca de dois meses.

1. Considerações de ordem geral

Um teste de inteligência, por mais fidedigno que seja, fornece apenas uma estimativa aproximada da capacidade intelectual da criança. Quase sempre, há a interferência de variáveis que, não sendo controladas, podem alterar, de maneira significativa, o resultado a ser alcançado. Não podemos esquecer que a criança transporta, para a situação de teste, toda uma gama de emoções e sentimentos que influirão, decisivamente, em seu desempenho. Pode trabalhar, por exemplo, debaixo de enorme tensão, ou simplesmente evitar qualquer forma de atividade para defender-se da ansiedade; pode ser mais receptiva e estar melhor estruturada para enfrentar situações em que se sinta testada, ou pode vivenciá-las como ameaçadoras, precisando proteger-se através de uma atitude negativista e pouco

colaboradora; existe a que é mais socializada, ou a que é mais tímida e inibida. Em suma, é enorme a variedade de reações que a criança apresenta à situação de teste, reações estas que irão dificultar ou favorecer o estabelecimento de um bom *rappport* com o examinador. Cabe a ele interpretar tais atitudes e associá-las aos dados numéricos obtidos, para que o resultado não seja uma imagem distorcida do fenômeno que pretende medir. Mesmo assim, correrá o risco de enganar-se, caso não adote uma posição que permita a confirmação de suas conclusões iniciais. Para diminuir sua margem de erros, poderá valer-se do reteste que lhe dará a oportunidade de avaliar a criança em momentos e circunstâncias diversos; ou poderá valer-se da aplicação de dois testes simultâneos, para melhor estimar as potencialidades da criança.

Tais considerações iniciais visam, apenas, assinalar as dificuldades e os cuidados que devem ser tomados numa avaliação de nível

* Psicóloga do Serviço de Psicologia da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação.

mental. Se estas precauções são tomadas em se tratando de testar crianças normais, no caso específico da avaliação de crianças com paralisia cerebral, é de se supor que tais cuidados devam ser redobrados. No entanto, as dificuldades que se apresentam, não desabonam o emprego de testes de inteligência em crianças com paralisia cerebral. É, antes de tudo, um desafio para a capacidade do psicólogo que terá de utilizar sua técnica para uma abordagem nem sempre fácil, já que estará lidando com crianças em que deficiências motoras, perceptuais ou de linguagem podem vir associadas. Há várias razões que justificam e impõem uma tal abordagem. Conhecer as potencialidades da criança é importante para qualquer decisão sobre a escolha do tipo de tratamento e educação mais benéfico para ela. Definir a capacidade intelectual da criança, estabelecer os limites dentro dos quais ela responderá ao tratamento e prever suas possibilidades de educação, é um ponto de partida eficaz para a sugestão de um programa terapêutico que atenda a seus reais interesses e necessidades.

A orientação a ser dada às crianças com pequeno potencial a ser desenvolvido, diferirá totalmente da que receberão as crianças com boas possibilidades intelectuais. Os objetivos a se alcançar serão diferentes, já que algumas poderão beneficiar-se com um programa mais amplo e extenso, enquanto outras serão capazes de assimilar menor quantidade de informações, o que reduzirá suas possibilidades, em termos de experiências concretas. Para nenhuma

delas, entretanto, deverá ser excluída a oportunidade de treinamento social e qualquer decisão acerca da inutilidade de submetê-la a tratamento na clínica, por apresentar baixo Q.I., só deverá ser tomada após observação e exame cuidadosos dos vários aspectos do caso.

2. Considerações gerais sobre a criança com paralisia cerebral

Façamos agora um paralelo entre a criança normal e aquela portadora de paralisia cerebral. Uma criança, para desenvolver-se normalmente, precisa estar íntegra do ponto de vista neurológico. Formas mais avançadas do comportamento, só possíveis através da linguagem, inteligência, percepção e locomoção, irão surgindo à medida que seu sistema nervoso for amadurecendo. Tal fato leva a criança a respostas cada vez mais adequadas, e lhe dá a oportunidade de sair de uma posição de total dependência para outra de maior independência.

Suas percepções tornam-se mais precisas; consegue organizar simples impressões sensoriais em estruturas mais complexas, que permitirão orientá-la no tempo e no espaço. Um melhor domínio sobre seu sistema motor dá-lhe maiores possibilidades de explorar ativamente o meio em que vive. O desenvolvimento da linguagem enriquece a criança de modo surpreendente; torna-a capaz de comunicar-se e de estabelecer uma vida de relação com as outras pessoas. Todas essas aquisições levam-na a ampliar-se e a exercer melhor domínio sobre o meio em que vive.

Por outro lado, novas possibilidades de desenvolvimento surgem, através de sua interação com o meio. Um ambiente estimulante e rico em experiências intensifica e reforça esse processo, dando à criança a oportunidade de aumentar seu vocabulário, desenvolver o raciocínio e melhorar sua coordenação motora.

Que ocorre com uma criança que sofre lesão cerebral? Nessa criança, várias deficiências associadas podem ser encontradas. A mesma lesão que produz um distúrbio motor, pode provocar um retardo mental. A fala é um ato motor e tanto pode haver um distúrbio dos mecanismos vocais quanto dos membros superiores e inferiores. Assim sendo, é de se supor que tais crianças vão ter um desenvolvimento todo especial.

Suas deficiências físicas condicionam uma redução de experiências, já que limitam sua capacidade de explorar o mundo ativamente. Fica impedida de experimentar-se e de conhecer a medida exata de suas dimensões e de seus limites. Não pode, muitas vezes, comunicar-se de forma adequada, o que reduz a possibilidade de expressar seus sentimentos e emoções. Suas percepções são imprecisas e pouco desenvolvidas, dando-lhe uma imagem distorcida e empobrecida do mundo em que vive. Impossibilitada de receber os benefícios de uma experiência social, decresce sua oportunidade de desenvolver-se intelectualmente. Em suma, suas deficiências levam-na a uma privação de experiências, o que, por sua vez, reforça e acentua o quadro inicial.

Outro fator que merece consideração nessa análise preliminar, refere-se aos padrões de reação da criança com paralisia cerebral que quase sempre vêm cercados de tonalidade emocional. Tais padrões são freqüentemente vistos em termos de labilidade emocional, reações catastróficas, controle inadequado sobre o comportamento em situações de tensão, irritabilidade, atenção flutuante, lentidão de reações etc.

Quando certas pressões atingem diretamente áreas de comportamento que têm importância emocional para a criança, estas áreas comportamentais são afetadas. Assim é que, em situações nas quais a criança está diretamente envolvida por tensões ambientais, suas respostas decrescem em qualidade. Isto não significa que a criança seja incapaz de reagir adequadamente à situação; livre das tensões que inibem seu comportamento, suas respostas melhoram e tornam-se mais equilibradas.

Associadas a essa falha de controle sobre o comportamento em condições de tensão, surgem as reações catastróficas. No dizer de Berko, reação catastrófica "é normalmente uma resposta ao fracasso, ou ao iminente perigo de fracassar. Para a criança que já experimentou ou que provavelmente foi criticada direta ou indiretamente por seu fracasso, o fracasso ou o perigo de fracassar cria forte tensão emocional e freqüentemente leva a reações catastróficas". Tais reações são essencialmente de dois tipos: ou a criança refugia-se nela mesma, evitando responder à situação, ou apressa-se em dar uma resposta

qualquer, simplesmente para livrar-se, o mais rapidamente possível, de uma situação que a deixa ansiosa. Tais reações alteram profundamente o comportamento da criança, dando-nos, muitas vezes, uma imagem bem diversa da real.

Quando avaliamos a inteligência de uma criança com paralisia cerebral, todos esses dados têm que ser considerados; do contrário, teremos uma visão completamente distorcida do fenômeno que estamos medindo.

82 Em primeiro lugar, precisamos considerar que as respostas da criança com paralisia cerebral ao teste, estarão dificultadas por suas deficiências motoras, perceptuais ou de linguagem. Daí a necessidade de selecionarmos um teste que esteja de acordo com suas possibilidades.

Devemos reconhecer, em seguida, que a criança com paralisia cerebral, sem oportunidade de receber os benefícios de uma experiência social que estimule seu desenvolvimento, certamente obterá escores mais baixos, se submetida a testes padronizados para crianças normais e, portanto, com uma experiência mais rica que a sua. O psicólogo, ao analisar os resultados alcançados, deverá atentar para o fato de que a privação de experiências influirá decisivamente no desempenho da criança, e evitar, desse modo, compará-la com a população normal.

Além do mais, a tensão despertada pela situação de teste diminuirá sua capacidade de reagir a ele de forma adequada. Sendo assim,

uma boa margem de respostas consideradas erradas poderão aparecer, diante da necessidade da criança em dar uma resposta qualquer para esquivar-se, o mais rapidamente possível, de uma situação vivenciada como ameaçadora.

Para evitar estas reações, o psicólogo deverá aliviar a criança da idéia de estar sendo testada e conduzir o teste como se fosse um jogo. Sempre começará por itens onde a criança terá menor probabilidade de fracassar.

3. Como avaliar a inteligência da criança com paralisia cerebral

Nesse ponto, surge a questão: como medir a inteligência da criança com paralisia cerebral? Qual a melhor técnica a ser empregada nessa avaliação, dados os problemas e as dificuldades que envolvem a paralisia cerebral? Vários autores têm opinado sobre o assunto, sem que tenham chegado a uma conclusão definitiva. Nesse campo, as divergências são grandes. Alguns criticam a utilização de testes de inteligência em crianças com paralisia cerebral; não acreditam que seja possível equilibrar os fatores responsáveis por um resultado desfavorável, uma vez que as múltiplas incapacidades da criança dificultam sua resposta ao teste. Sendo assim, consideram a capacidade de aprendizagem da criança como o melhor índice de seu nível mental. Outros aceitam e acham válida a aplicação de tais testes, desde que sejam especialmente elaborados para esse grupo de crianças excepcionais. Julgam que seria prejudi-

cial submetê-las a testes padronizados para crianças normais e, portanto, com possibilidades físicas e experiências bem distintas das suas. Por último, há os que defendem a utilização dos testes já existentes, desde que algumas adaptações sejam feitas.

4. Testes de inteligência para crianças com paralisia cerebral

Até o presente momento, nada de definitivo existe com relação a testes de inteligência especiais para crianças com paralisia cerebral.

Foram preparadas adaptações da Escala Internacional de Leiter, Labirinto de Porteus e do Teste de Extensão Completa de Vocabulário em Imagens, adequados para a aplicação em crianças com paralisia cerebral, assim como os Testes de Execução, normalmente utilizados em crianças surdas. Outros trabalhos, como os de Katz e Hausermann, ainda estão em fase experimental. Todos eles, entretanto, sofrem críticas de diversos autores que, por vários motivos, desaconselham seu emprego. Pesquisas ainda devem ser feitas para clarificar a situação. Diante dessa realidade, consideramos procedente a atitude de utilizarmos testes modificados para a avaliação de crianças com paralisia cerebral. É o que temos feito. Respeitamos as normas do teste para não invalidá-lo, mas fazemos ajustamentos no processo de aplicação, a fim de adaptarmos o teste às possibilidades de resposta da criança. Tal procedimento nos parece preferível a conclusões baseadas, apenas, em opiniões subjetivas.

Na prática, o Terman-Merrill (Revisão da Escala de Inteligência de Stanford-Binet) é o teste que se tem mostrado mais adequado para a avaliação da inteligência de crianças com paralisia cerebral. Em muitos casos, pode não atender a nossos objetivos imediatos, principalmente em se tratando de testar crianças severamente atingidas ou com múltiplas incapacidades.

Mas, de modo geral, serve, perfeitamente, a nossos propósitos; por ser um teste que abrange grande variedade de áreas, sempre permite que a criança revele seu potencial intelectual.

Alguns psicólogos criticam sua utilização em crianças com paralisia cerebral. Consideram que aquelas, com incoordenação de movimentos e limitações da fala, não poderão render bem em itens que requirem respostas verbais ou motoras. Outros alegam que as dificuldades perceptuais da criança, diminuirão suas possibilidades de um desempenho satisfatório em itens que exijam bom nível perceptual. Além do mais, o teste pressupõe a existência de uma experiência normal da criança frente ao ambiente; sendo assim, o resultado será desvantajoso para aquelas que, na maioria das vezes, sofrem os efeitos da privação de experiências sociais.

Todas essas críticas são válidas até certo ponto, mas se atentarmos para o fato de que o Terman-Merrill engloba uma grande variedade de itens, veremos que a criança sempre terá oportunidade de revelar seu potencial intelectual, através das áreas em que suas res-

postas sejam possíveis. Além do mais, é um teste que, por sua variedade, desperta o interesse da criança, motivando-a a prosseguir na tarefa.

84

No entanto, não é aconselhável que nossas conclusões sobre o nível intelectual da criança estejam baseadas, apenas, nos resultados obtidos através de um único teste. Convém que façamos uso de um outro, que sirva de complemento ao anterior. O W.I.S.C., embora menos fidedigno na avaliação de crianças com paralisia cerebral, mesmo assim tem-se mostrado um auxiliar valioso nesse sentido. Não recomendamos sua utilização em crianças com grave incoordenação motora ou severo impedimento da fala, já que não teriam condições de responder adequadamente ao teste. De qualquer modo, pode ser útil, principalmente na apreciação da capacidade de orientação espacial da criança.

A Escala de Maturidade-Colúmbia também pode servir de complemento ao Terman-Merrill. Empregada isoladamente pode conduzir a erros, porque contém itens não apropriados para crianças com paralisia cerebral que tenham distúrbios perceptuais, tais como: inversão de figura-fundo, distorções na percepção da forma e dificuldades de orientação espacial.

Alguns psicólogos tendem a considerar válida a aplicação das Matrizes Progressivas de Raven, em crianças com paralisia cerebral. Discordamos, totalmente, dessa opinião. Para ser bem sucedida no teste, a criança precisaria ser capaz de uma boa discriminação visual e de uma fina apreciação das

relações espaciais, o que, na maioria das vezes, não ocorre. Além do mais, a monotonia da tarefa torna a criança dispersiva, quando seu limiar de atenção é curto.

Já nos utilizamos da Escola de Gesell para testar crianças muito novas ou severamente afetadas. Mas a prática tem-nos levado a concluir que seu emprego não é de todo aconselhável. Uma vez que a Escala estabelece níveis através do desenvolvimento motor da criança, aquela que, a despeito de seu retardo motor, possuir boa capacidade intelectual, não terá condições de demonstrá-la. Nesses casos melhor será submeter a criança, por algum tempo, a treinamento na clínica ou na escola, antes que qualquer estimativa final venha a ser feita.

Já que, até certo ponto, as mesmas críticas feitas a outros testes, também podem ser dirigidas ao Terman-Merrill, cabe-nos, então, perguntar: por que colocá-lo como o mais aconselhável para a avaliação da inteligência de crianças com paralisia cerebral? Sem dúvida alguma, porque é o teste que, mais do que qualquer outro, nos dá maiores oportunidades de adaptarmos os itens às possibilidades de resposta da criança, quando ela está grandemente afetada em seu desenvolvimento físico. Tais ajustamentos nos processos de aplicação não devem distanciar-se muito das instruções originais, para não invalidarmos o teste. Mas, desde que este cuidado seja tomado, achamos justificável tal procedimento, uma vez que muitas respostas da criança não se tornariam conhecidas, caso nos mantivéssemos rigidamente presos às instru-

ções do teste. Convém lembrar que, quando estas modificações são introduzidas, nem sempre podemos obter um Q.I. Este é um procedimento de avaliação clínica a ser usado, apenas, num programa de reabilitação e seu principal objetivo é o de estabelecer um prognóstico das potencialidades gerais da criança.

Tal modificação, entretanto, não deve ser feita ao acaso; requer cuidadoso estudo dos vários aspectos do teste e conhecimento da verdadeira capacidade mental que está sendo medida em cada item. Por exemplo, no item 2 para o nível de 6 anos (enfiar contas), a criança deve ser capaz de reproduzir o modelo corretamente, dentro de determinado espaço de tempo. Como não está sendo testada a habilidade manual da criança e sim sua capacidade de fazer associações apropriadas, parece-nos justo que o fator tempo não seja considerado para aquelas com grave incoordenação motora e, portanto, com maior lentidão de reações. Além do mais, a criança poderá indicar a posição das contas, ou apontando ou entregando cada uma delas ao examinador que as irá enfiando no cordão, na ordem em que as for recebendo. Tal procedimento permite que a criança possa revelar sua capacidade mental por itens que, normalmente, não seriam avaliados, se nos prendêssemos às instruções do teste. Cabe a nós, psicólogos, a tarefa de interpretar o que mede cada item e determinar quando e como introduzir as alterações necessárias para uma avaliação mais exata do potencial intelectual da criança.

Assim é que, ao lidarmos com a incoordenação motora da criança, podemos permitir que, para itens que requeiram comunicação escrita, ela dê a conhecer suas respostas através de sua expressão oral. Outro método simples consiste em segurar, mas sem dirigir, as mãos da criança para, desse modo, controlar seus movimentos incoordenados. Tal procedimento permite que essas crianças possam responder a quase todos os itens de execução e resolve, inclusive, o problema de avaliar as muito novas, já que, até a idade mental de 6 anos, a maior parte dos itens do Terman-Merrill são do tipo de execução.

85

Ao lidarmos com a reduzida possibilidade de comunicação verbal da criança, podemos esperar ou que ela se faça entender utilizando-se de seu pequeno vocabulário, ou que suas respostas a itens que envolvam uma escolha, possam ser indicados através de um sinal previamente estabelecido por nós (um simples piscar de olhos, por exemplo). Entretanto, após a idade de 6 anos, a fala desempenha importante papel nas respostas e é mais difícil testar crianças com deficiências severas de linguagem.

Estas duas deficiências (incoordenação motora e distúrbio de linguagem) foram analisadas separadamente apenas para facilitar a exposição, mas invariavelmente vêm associadas. Dependendo da lesão, uma deficiência pode ser mais acentuada que a outra, permitindo, desse modo, a adoção de um dos critérios apontados acima. Mas quando esta dupla incapacidade ocorre de um modo muito severo, realmente se torna impossível ava-

liar a criança tanto pelo Terman-Merrill, como por qualquer outro teste. O máximo que podemos fazer é observá-la e acompanhar seus progressos na clínica ou na escola, durante certo período, o que nos dará uma estimativa aproximada de seu potencial intelectual.

5. Conclusões

Para concluir, temos a dizer que somos partidários do princípio de que é possível avaliar a criança com paralisia cerebral através de testes de inteligência. Atualmente, realizam-se inúmeras tentativas para o desenvolvimento de testes especiais, destinados exclusivamente a esse grupo de crianças. No entanto, não se chegou a uma conclusão definitiva sobre a validade tanto dos que já existem, como dos que ainda estão em fase experimental; pesquisas, abordando o assunto, tornam-se neces-

sárias para determinar o grau de confiabilidade desses testes que, sem dúvida alguma, seriam preferíveis a qualquer outro. Enquanto aguardamos essa confirmação, consideramos uma boa prática a utilização dos testes já existentes em crianças com paralisia cerebral, desde que algumas adaptações sejam feitas. Até o presente momento, o que mais tem servido a nossos propósitos é o Terman-Merrill; sua grande variedade de itens permite que uma série de modificações sejam feitas, trazendo melhores oportunidades de resposta para a criança. Este procedimento nem sempre possibilita a obtenção de um Q.I., e nem deve pretender comparar a criança com paralisia cerebral com a população normal. Os resultados alcançados são, antes de tudo, índices que devem ser usados para fins clínicos, servindo como prognóstico das potencialidades da criança para a reabilitação.

6. Bibliografia

1. ABERCOMBRIE, M. L. J. — *Perceptual and Visuo-Disorders in Cerebral Palsy*. Published by the Spastic Society, Medical Education and Information Unit in association with William Heinemann. London, Medical Books, 1964. 94 p.
2. BERKO, Martin J. — *Some Factors in the Mental Avaluation of a Cerebral Palsied Children*. Kansas (s.d.). 5 p.
3. CARDWELL, Viola E. — *The Cerebral Palsied Children and his Care in the home*. New York, Association for the Aid of Crippled Children, 1947. 196 p.
4. ILLINGWARTH, R. S. — *Recent Advances in Cerebral Palsy*. London, Churchill, 1958. 389 p.
5. ANASTASI, Anne — *Psychological Testing*. 2 cd. New York, The Macmillan Company, 1961. 657 p.
6. SOCIEDAD Internacional para el Bien Estar de los Lisiados — *Servicios para Niños con Paralisis Cerebral*. New York, 1955. 96 p.

1. O que é paralisia cerebral

Paralisia cerebral, também chamada encefalopatia crônica da infância ou lesão cerebral infantil precoce, ou ainda, enfermidade motora cerebral, é um quadro neurológico resultante de mau desenvolvimento ou lesão do cérebro quando este é ainda imaturo, interferindo com o desenvolvimento psiconeurológico normal da criança, principalmente em sua parte motora. A deficiência motora se expressa em padrões anormais de postura e movimentos associados com um *tonus* postural anormal. Entendemos por postura determinadas posições assumidas pelo corpo a fim de permitir e facilitar uma seqüência de movimentos como, por exemplo, o ato de levantarmos de uma cadeira que é

precedido, automaticamente, de posturas ou posições adequadas dos membros inferiores que vão facilitar uma série de movimentos necessários para aquele fim. Já o *tonus* é um estado de semicontração permanente apresentado pelos músculos em repouso. Quando se vai realizar um movimento qualquer, o *tonus* se modifica automaticamente com o objetivo de manter uma atitude geral do corpo nas diversas posições que lhe impõe sua atividade; permite adaptação às relações recíprocas nas diversas partes do esqueleto para assegurar a estática e o equilíbrio (*tonus* postular) e para dar máxima eficiência aos movimentos automáticos ou voluntários (*tonus* de acompanhamento). A posição de qualquer parte do corpo modifica o equilíbrio das outras partes que necessitam ajuste constante das contrações tônicas.

• Médico neuropsiquiatra infantil da Casa de Saúde Saint-Roman e do Centro de Estudos e Pesquisas do Excepcional (CEPEX); chefe do Serviço de Paralisia Cerebral da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR); professor da Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro e da Universidade Católica de Petrópolis, Estado do Rio.

No desenvolvimento motor normal da criança, observamos dois conjuntos de processos interdependentes: o desenvolvimento de um mecanismo reflexo-postural nor-

mal que se vai tornando complexo e variado e que permite reações de equilíbrio, proteção etc.; e a inibição de certas respostas reflexas só presentes nos recém-nascidos e que com a maturação do cérebro vão sendo inibidas. Na criança com paralisia cerebral, o mecanismo reflexo postular não se desenvolve suficientemente, onde, por exemplo, observamos um mau controle de cabeça, falta de equilíbrio e de outras reações adaptativas; também não haverá a inibição adequada das respostas reflexas do recém-nascido que permanecerão por tempo prolongado. O que se observará, portanto, são posturas e movimentos anormais incompatíveis com a atividade motora normal e com graves repercussões no desenvolvimento psicossocial da criança.

2. Quais as causas principais da paralisia cerebral?

Cronologicamente, as lesões poderão ser produzidas durante três períodos: durante a gravidez (intra-uterinas pré-natais), durante o parto (peri ou intranatais) e durante os primeiros anos (pós-natais).

Durante a gravidez, as principais causas são: transtornos circulatórios que levariam a um *deficit* de oxigenação do cérebro em desenvolvimento; infecções maternas que atingiriam o feto, como a sífilis, tuberculose, rubéola etc.; transtornos do metabolismo materno, como deficiências vitamínicas, protéicas, minerais, ou doenças como o diabetes.

Durante o parto, encontramos as posições anômalas do feto ou desproporção entre o seu tamanho e

a bacia da mãe que, retardando o processo de expulsão, acarretariam dificuldades na oxigenação ou lesões traumáticas. Durante os primeiros anos, ainda, é a deficiência de oxigenação devida a transtornos circulatórios por má-formações ou mesmo convulsões; infecções que provocariam lesões inflamatórias no cérebro; e traumatismos cerebrais.

3. Principais transtornos da paralisia cerebral

Os transtornos motores podem-se apresentar sob três formas principais, combinadas ou não: as paralisias espásticas, as hipercinesias e as convulsões. As paralisias espásticas são *deficits* motores acompanhados de grande aumento do *tonus* muscular e, segundo a sua localização, receberá nomes diferentes como: monoplegia (afetação de um só membro); diplegia (comprometimento dos membros inferiores); hemiplegia (paralisia de dois membros de um mesmo lado do corpo); quadriplegia ou tetraplegia (comprometimento dos 4 membros).

O quadro das hipercinesias é caracterizado pela presença de movimentos sem finalidade, involuntários e incontroláveis pela ação da vontade e que dificultam a movimentação normal da criança. Estes movimentos parasitas se agravam pelo esforço, principalmente em determinadas posturas ou pelos excitantes do ambiente, inclusive os de ordem emocional. Muitas vezes, a simples intenção de executar um movimento é suficiente para desencadear o fenómeno.

Crises convulsivas são comuns em pacientes portadores de paralisia cerebral, quadros estes para que, felizmente, dispomos de eficaz arsenal terapêutico para controlá-los.

Transtornos de sucção, deglutição, respiração, articulação da palavra, motricidade ocular etc., acompanham em maior ou menor grau os vários quadros motores. Entre as alterações sensoriais, são comuns: surdez, de diversos graus de intensidade e transtornos da elaboração dos sons ou da produção de linguagem; miopia, hipermetropia, astigmatismo.

Transtornos da inteligência, afetividade e dos instintos são os que ultimamente têm despertado o maior interesse das equipes de reabilitação. Se entre os *deficits* psíquicos a oligofrenia sempre se destacou em primeiríssimo plano, atualmente são as alterações da afetividade, da personalidade sobre as quais falaremos mais adiante.

Pela diversidade e gravidade das alterações que acometem estas crianças, é necessário um tratamento global, por equipes bem entrosadas, formadas por médicos, psicólogos, assistentes sociais, professores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, logopedistas, recreadores e musicoterapeutas.

4. Aspectos neuropsiquiátricos do atendimento escolar

Deduzimos, pelo exposto, que é impossível o trabalho individual de um técnico com uma criança com paralisia cerebral. Se é necessário toda a equipe para a busca de suas deficiências e, principalmente, de suas potencialidades,

maior será a necessidade de um entrosamento perfeito para que a criança seja considerada como um todo único e indivisível. Todos os que atuam em um programa de reabilitação devem conhecer bem as possibilidades e campos de atuação de cada um e ter boa compreensão e participação na elaboração deste programa.

O fisioterapeuta, através de exercícios especiais, procura melhorar as condições motoras da criança. O terapeuta ocupacional segue desenvolvendo as conquistas da fisioterapia, utilizando tarefas manuais, procurando conseguir a auto-suficiência e desenvolvimento perceptivo e de atividades criadoras.

Ambos atuam junto à professora na escola, orientando nas posturas inibidoras de movimentos anormais e facilitação de movimentos úteis para que seja viável um programa escolar. Orientam também na escolha e adaptação do material que permita maior eficiência no paciente.

Sendo a linguagem e a motricidade as mais importantes ferramentas do homem que, entre seus aspectos de utilidade, elevam a capacidade de compreensão, estimulam a possessão de conceitos, aumentam o interesse, aprofundam o contato com o ambiente, o professor só obterá atitudes corretas e reações verbais adequadas se exercitar estas funções, se persistir na obtenção da viva participação psíquica da criança, buscando capacitá-la a utilizar essas ferramentas de modo adequado, ainda que primitivo. A escola dá continuidade ao trabalho logopédico através da

criação de situações vivas e estimulantes que atraíam a criança.

Dentro desta linha de atuação, é de inestimável valor a musicoterapia. Muito se tem observado sobre aptidões musicais de crianças com paralisia cerebral e a ação "liberadora" da melodia e do ritmo em certos quadros. Beleza, ordem e harmonia através da combinação de música e movimento é uma das formas mais efetivas de tratamento. A música influencia o inconsciente e a afetividade com repercussão no comportamento geral e impede o isolamento. Exercícios acompanhados de canções melhoraram a respiração e a linguagem, sendo os corais estímulos eficazes para a concentração, disciplina e adaptação comunitária. Insistimos nestes fatos óbvios para sublinhar a necessidade dos vários técnicos em integração harmônica para colocação da criança em posições adequadas (fisioterapeuta e terapeuta ocupacional); seleção dos grupos e das músicas (psicólogos e musicoterapeutas); persistência, dedicação, maior tempo, firmeza, amor, estímulo e ajuda (professoras).

Percebemos que o ponto de partida para qualquer terapeuta será obter detalhada relação inicial da gravidade e extensão dos transtornos e detalhada relação do estado intelectual e anímico do paciente.

A experiência mostra que devemos basear o tratamento global fundamentalmente no grau de desenvolvimento atual alcançado pela criança e que a chave não é exercitar o que ela não pode fazer, mas começar pelo que ela já possa fazer. Um êxito é superior a uma repetida demonstração de insufi-

ciência e a recapitulação do que já é conhecido deve ser o primeiro passo para dominar tarefas superiores e mais difíceis.

Dispomos, no atendimento neuropsiquiátrico à criança encefalopata, não só de medicamentos específicos para os vários transtornos do comportamento, como de técnicas psicoterápicas, também específicas.

É importante, para a indicação destes tratamentos, a habilitação de toda a equipe não só para surpreender tais transtornos, como também para compreendê-los e aceitá-los, assumindo sempre uma atitude terapêutica diante deles. Encontramos crianças com defeitos motores não muito graves mas aparentemente tão bem adaptadas às situações vitais que parecem dominá-las totalmente. Sabem, exatamente, o que deve ser feito a cada momento para satisfazer suas vontades e utilizam estas potencialidades para tyrannizar o ambiente em que vivem. Caso sejam contrariadas em seus objetivos, surpreendem-nos com reações explosivas, agridem, destroem ou atiram objetos. Se o comportamento anterior nos sugeria boa inteligência, estas reações impulsivas e instintivas nos mostram ser de má qualidade.

Outras crianças são hiperativas, agitadas, agressivas, com níveis diferentes de inteligência e diferentes graus de desenvolvimento da personalidade. Estas despertam sentimentos hostis e irritabilidade nas pessoas que com elas lidam e, o que é pior, na maioria dos casos sentem muito bem esta irritabilidade e sentimentos hostis piorando ainda mais a situação.

Em outros casos, observamos um *déficit* geral de impulsos por parte da criança. São apáticas, torpes, carentes de espontaneidade. Há uma tendência a serem deixadas assim em função das coisas despertadas pelos mais agitados, o que não constitui, logicamente, uma terapêutica.

Em função do exposto, compreendemos a necessidade de incluir a família no programa terapêutico. Deve ela participar, não só aprendendo os exercícios a serem executados em casa, como também ser esclarecida, em termos dinâmicos, sobre a interação criança-família-equipe técnica. A experiência nos mostra como a família se comporta ora passiva ora agressivamente, reclamando e solicitando coisas. Na divisão família-paciente e os membros da equipe técnica é, na maioria das vezes, observado o papel passivo dos primeiros e a tentativa de acentuar esta divisão por parte dos segundos. Os técnicos acentuam a divisão para se livrarem das ansiedades mobilizadas pelo contato mais estreito. É comum o papel autoritário e paternal por parte destes. Existe

sempre a dificuldade em conviver, tolerando perturbações e tensões sem utilização de métodos repressores.

A necessidade de um trabalho comunitário de reuniões que permitam avaliação das dificuldades, correção das distorções, participação conjunta no tratamento, compartilhamento de melhoras, deve ser a busca primordial das pessoas que tratam e das que se beneficiam com o tratamento. O objetivo máximo deste trabalho comunitário deve ser tratar a parte doente de todos (criança, família e técnicos), dar condições de desenvolvimento de potencialidades e hipertrofiar partes sadias.

Em nosso Serviço de Paralisia Cerebral na Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação — a ABBR — estamos desenvolvendo este trabalho com resultados estimulantes. Toda a equipe, conscientizada destas verdades, acredita e se mantém vigilante, pois sabe que só atingirá resultados satisfatórios um trabalho integrado, criteriosamente elaborado e executado dentro do espírito comunitário.

91

Referências bibliográficas

- RATHKE e KNUPFER — *En Niño espástico* — Editorial Espaxs, 1969.
- KRINSKY — *Deficiência Mental*, Atheneu, 1969.
- GONZALES MAS — *Rehabilitación del deficiente Mental*. Editora Científico-Médica, 1970.
- LINDEMANN — *La parálisis Cerebral infantil*, Editora Científico-Médica, 1970.
- KAREL BOBATH — *A deficiência motora em pacientes com paralisia cerebral*. Ed. Vozes, 1969.
- CARDOSO R. — *Fisioterapia na Paralisia Cerebral* — Ed. Sarvier, 1971.

92 Na cidade paulista de Campinas, onde iniciamos nossa escola há vinte anos, o ensino era diferente. As crianças nos chegavam com dez, doze e até mais anos. Não obstante, iniciava-se com coragem e até com entusiasmo a desmutização. O famoso quadro, com a representação de todos os fonemas, afixado na parede da classe, em merecido destaque, expressava a síntese dos esforços do aluno e da capacidade técnica do professor. Era o ponto de referência do dia escolar, principalmente no primeiro e segundo ano.

Havia resultados animadores com as crianças que começavam antes dos oito anos. O professor conhecia posição e condições fisiológicas para a emissão de cada fonema: Bi-labial — P, B, M; Línguo-dental — D, N; Dorso-velar — K, G; Dorso-palatal — NH; Fricativa lábio-dental — F, V; Fricativa Línguo-dental — S, Z; Fricativa Palatal — X, J; Lateral Alveolar — L; Late-

* Professora especializada em audiocomunicação do Instituto Nossa Senhora de Lourdes, sediado na Guanabara.

ral Dorso-palatal — LH; Vibrante-Velar e Vibrante-Alveolar — R, e ainda as vogais orais, os ditongos orais e nasais, os grupos consonantais e as consoantes inversas.

Pacientemente, ele os ensinava à criança, diante do espelho. A leitura labial ocupava também lugar de destaque. Era estimulante abreviar o grau de habilidade que muitos alunos atingiam, permitindo-lhes acompanhar com facilidade seus interlocutores.

O ensino era sobretudo ocasional e as menores oportunidades imediatamente aproveitadas, quer para novo vocabulário, quer para a expressão oral ou escrita. Pode-se afirmar que a constância na aplicação do método, com propriedade chamado "de construção", produziu seus frutos.

Entre nós, há grande número de surdos, rapazes e moças, que se educaram por esse método clássico; muitos deles estão ganhando a vida em diversas profissões.

Numa visão retrospectiva, reconhecemos com admiração o valor das pequenas grandes escolas que nasceram e se desenvolveram, sob a orientação de professores eméritos, como Jorge Mário Barreto, Ivete Vasconcelos, Geraldo Cavalcante de Albuquerque, aqui na Guanabara, ou Madre Luísa, em São Paulo. Realizaram trabalho notável de Ciência, Arte e Pedagogia. Abriram caminhos em nosso meio.

Evolução

Apesar da rapidez das modificações observadas nesses vinte anos, todos sabem que a evolução não significa revolução. Existe, sim, uma reestruturação de dados antigos em uma perspectiva nova, que se tornou possível, graças aos meios recentes postos à disposição dos surdos e de seus professores.

Cabe referir primeiramente os recursos audiovisuais que vieram operar uma transformação positiva nas escolas comuns. Apareceu um material valioso possibilitando ao aluno adequada motivação e objetivação eficaz das noções a serem ensinadas. O livro didático apresentou-se com novas qualidades. Essa riqueza de material didático muito beneficiou o ensino de deficientes auditivos.

Os professores especializados sempre possuíram em elevado grau a mentalidade da concretização, mas os recursos eram precários e imperfeitos; pouco a pouco foram evoluindo, constituindo-se em valiosa contribuição pedagógica.

Houve modificações importantes, destacando-se as seguintes:

1 — Os novos aparelhos eletroacústicos — educação auditiva;

2 — O atendimento das crianças na mais tenra idade — educação precoce;

3 — O desenvolvimento cultural do deficiente auditivo — educação permanente;

4 — O convívio escolar dos surdos com ouvintes — educação integrada.

Educação Auditiva

Aqueles que há anos vêm trabalhando no ensino da criança deficiente da audiocomunicação, constataam a transformação que se operou nas escolas, quando os recursos eletrônicos entraram, quase impetuosamente, a serviço da aprendizagem específica dos deficientes auditivos.

A educação auditiva, por si só, não constitui novidade; foi praticada por nossos antecessores e via-se nas salas de aula o simples tubo acústico utilizado cada dia, para os mais aquinhoados de audição.

Hoje, na era fulgurante da eletrônica, temos o privilégio de poder servir-nos de aparelhagem cada vez mais aperfeiçoada.

A lacuna imensa, que representa numa existência a falta de um sentido, não pode ser totalmente superada. Mas a educação auditiva precoce traz muito maiores possibilidades de realização pessoal e de comunicação humana.

É de ver a satisfação da criança que vai recebendo algo que corresponde a uma profunda exigência natural de todo o seu ser. Assim, os menores progressos na recuperação auditiva são valiosos.

A qualidade inestimável dos novos aparelhos é que abafam as frequências lesadas do ouvido patológico, ao invés de potenciá-las, permitindo ao professor a utilização plena dos resíduos da audição que representam o campo ótimo de atuação.

Entretanto, se estamos com aqueles que consideram a moderna aparelhagem acústica como recurso-chave de nossas escolas, é necessário não esquecer que a sua eficiência dependerá da qualidade da pedagogia que inspira todo o processo escolar.

94 Entre nós, o dia escolar começa com exercícios de estimulação auditiva.

Há vários anos, as classes são equipadas com aparelhagem coletiva.

Os alunos manifestam especial interesse na discriminação auditiva das estruturas. Podemos acompanhar o desenvolvimento de sua personalidade.

Não abandonamos, entretanto, a leitura orofacial que continuamos a reputar indispensável para a maior parte dos casos, recorremos ainda a técnicas de desmutização, tratando-se de alunos profundamente atingidos, associando-as aos recursos aéreos e vibracional.

Os mestres contemporâneos assim caracterizam as fases da educação auditiva:

a) Primeiro procura-se determinar a faixa de audibilidade individual com o fim de estabelecer a curva eletrônica que proporciona à criança a melhor audição da voz com o mínimo de intensidade.

b) Segue-se o período preparatório, que poderá chamar-se educação passiva. Consiste em um tempo cotidiano de audição. Nessa etapa, não se pede ainda nenhuma discriminação. Trata-se simplesmente de um estímulo sonoro destinado a despertar a função auditiva. Uma estimulação sobre a curva individual pode melhorar consideravelmente o limiar da percepção da voz.

c) Segue-se a educação auditiva propriamente dita. É preciso ensinar a ouvir. A precocidade constitui um dos fatores principais na realização de um processo efetivo de reabilitação, sendo também indispensável servir-se de dispositivo técnico eletrônico eficaz. Efetivamente, essa educação deve iniciar-se o mais cedo possível, a fim de se aproveitar a grande receptividade às excitações sonoras, nos primeiros anos de vida.

Educação Precoce

O informe das comunicações do VI Congresso da Federação Mundial de Surdos, realizado em Paris, em agosto de 1971, ressalta que todos reconhecem a importância do diagnóstico precoce da surdez, permitindo adotar, desde o início, o caminho certo para o ensino e desenvolvimento da criança surda.

A atividade de correção precoce significa aproveitamento do período mais sensível de assimilação da linguagem falada. Ao mesmo tempo evitam-se estratificações secundárias no desenvolvimento físico e psíquico da criança. Reduz-se a diferença entre o desen-

voivimento do deficiente auditivo e o da criança normal de sua idade.

A aparelhagem precoce permite ao ortofonista identificar todos os recursos auditivos da criança que, na medida do possível, adquire a linguagem pela via natural do ouvido. Com isso, a aprendizagem dos fonemas e o ritmo da palavra se tornam bastante facilitados.

Quem não reconhece, pela voz, os surdos de nascença ou os que muito cedo se tornaram surdos? Ora, a voz das criancinhas surdas não difere muito da voz das crianças normais. É pouco a pouco que se instala essa voz característica da criança que nasce sem ouvir.

Vários anos de experiência permitem pensar que a aparelhagem precoce preserva a voz dessa deterioração progressiva. Porque não é a leitura labial que informa sobre a altura do som nem sobre a entonação da palavra e da frase: é a audição. Será ainda preciso que a criança ouça falar em torno de si, que a voz dos outros estimule seu ouvido, que a palavra dos outros a estimule à fala. Eis por que insistimos em que se conserve a criança em ambiente oral, no meio familiar, e que haja constante colaboração entre pais e professores. Será preciso repetir o fonema cem ou duzentas vezes até que possa fixar-se. As mães, neste particular, podem oferecer uma ajuda de grande eficácia.

O ensino para deficientes auditivos não deve limitar-se ao ensino formal da linguagem falada. Estende-se ao desenvolvimento harmonioso da criança. O brinquedo

com jogos, o trabalho útil, compatível com seus meios e proporcionando-lhes alegria, seus sucessos e novos conhecimentos, que lhes permitem descobrir diversos aspectos dos objetos, desempenham papel relevante, constituindo-a base de sua atividade mental e verbal. Quando cultivam plantas ou cuidam de animais despertam para novos interesses, o que favorece o desenvolvimento da personalidade e do dinamismo de cognição intensa.

A Educação Permanente do Deficiente Auditivo

No discurso que proferiu no VI Congresso Internacional da Federação Mundial de Surdos, realizado em Paris, no ano passado, o Prof. Cesare Magarotto desenvolveu esse tema com realismo, mostrando como até a pessoa surda é condicionada, em sua integração, pela necessidade de um *aggiornamento* constante dos conhecimentos, ou seja, de uma "educação permanente".

E citou o fato que conhecemos: ainda hoje, grande parte dos surdos sai dos estabelecimentos especializados, após oito ou mesmo quinze anos de curso, com nível de cultura quase elementar. Deixou transparecer suas preocupações quanto aos meios mais aptos para melhorar a cultura de base, bem como salientou as dificuldades para os deficientes auditivos de seguirem a cultura da comunidade. Reconhece-se, pois, que a educação permanente representa, para os surdos, uma necessidade ainda mais vital que para os não surdos e deverá ter em vista, antes de tudo, o processo de comunicação.

Efetuando-se a instrução do surdo, terá ele capacidade de compreender o que lê, amar a leitura e, por meio dela, realizar o desenvolvimento intelectual.

O Surdo entre os Ouvintes — Educação Integrada

Se é imprescindível a formação para o trabalho do deficiente auditivo, não o é menos sua preparação para viver na sociedade comum, pois só então ele se realiza como pessoa humana. A aquisição da independência econômica constitui um dos fatores da integração social, mas não o único.

96

Anos atrás, a educação dos surdos se fazia exclusivamente entre seus semelhantes, quase sempre em internatos, num ambiente artificial, onde a linguagem era pouco usada e raras as oportunidades de vida real. A criança surda habituava-se a viver em condições que lhe eram fáceis porque tudo na escola era previsto e organizado em função de sua deficiência auditiva. Mas que dificuldades enormes para se adaptar posteriormente à sociedade!

Ora, a evolução da pedagogia faz com que, no momento atual, deficientes auditivos, convenientemente preparados, pleiteiem admissão em escolas comuns. Enquanto algumas escolas, temerosas, se recusam a recebê-los, outras se abrem, numa atitude acolhedora. Neste caso, porém, os professores, destituídos de conhecimentos na área especializada e mesmo na problemática do surdo, comparam os resultados da criança surda com os da criança comum, principalmente em linguagem-expressão-co-

municação; e sentem-se isolados nesse esforço, carentes de apoio técnico. Ao mesmo tempo, surgem dificuldades decorrentes das próprias condições do surdo que exige prosseguimento do ensino específico da fala e acompanhamento extraclasse, para melhor assimilação das aulas.

Como resolver o problema?

Entre as soluções possíveis, o sistema de classes comuns adotado no "Instituto Nossa Senhora de Lourdes", com currículos e programas das escolas oficiais, onde os deficientes auditivos freqüentam as mesmas aulas que os não surdos, havendo para eles, paralelamente, estudo dirigido e aperfeiçoamento da fala com professora especializada, tem apresentado resultados que parecem satisfatórios. Neste ano de 1972, estamos formando nossa primeira turma, que iniciou o ginásio em 1969, agora unificado no Curso Fundamental da Nova Lei. Antes já da Reforma, exigindo a profissionalização, nossa escola mantinha práticas de Artes Industriais, Educação Doméstica e Técnicas Comerciais.

Surpreende o desenvolvimento que alcançaram os deficientes auditivos nesses anos de escolaridade, ao lado de jovens não surdos. Primeiramente, notou-se apreciável amadurecimento psicológico que tirou o surdo da posição quase infantil em que se mantinha. Os horizontes alargaram-se. O progresso cultural foi animador. Vemo-los cada dia manuseando livros e enciclopédias, freqüentando a biblioteca, em pesquisas variadas. Eles, que viviam antes aprisionados nas situações concretas do aqui e agora,

ei-los partindo para a análise de textos, a lógica da matemática moderna, o conhecimento da história dos povos.

A presença dos deficientes auditivos nas classes comuns foi também oportunidade feliz para se cultivarem os sentimentos de solidariedade da parte dos não surdos. Pudemos observar nestes a simpatia e o desejo de dar-lhes alguma contribuição significativa de vida escolar.

Os professores, em reuniões regulares, analisam os problemas ocorrentes, procurando dar-lhes solução adequada, num espírito de elevada compreensão e valorizando os aspectos em que os deficientes auditivos superam os alunos comuns, como no setor de Artes Plásticas ou Industriais. Aqui, os professores não são especializados, mas orientados no conhecimento do deficiente auditivo.

Em 1971, estendemos a todos os níveis a integração dos deficientes auditivos com as crianças comuns, intensificando para aqueles, em outros horários, as técnicas da assistência especializada.

Assim, pois, não mais segregação de surdos. Desde o jardim, vemo-

los participar de todas as atividades, ao lado dos não surdos e esperamos que, iniciada nos primeiros anos, a integração se faça cada vez mais espontânea e natural. A escola, trazendo para si as crianças comuns, arca com muito maiores responsabilidades econômicas e pedagógicas, tanto mais que aqueles que nos procuram pertencem quase sempre à classe proletária.

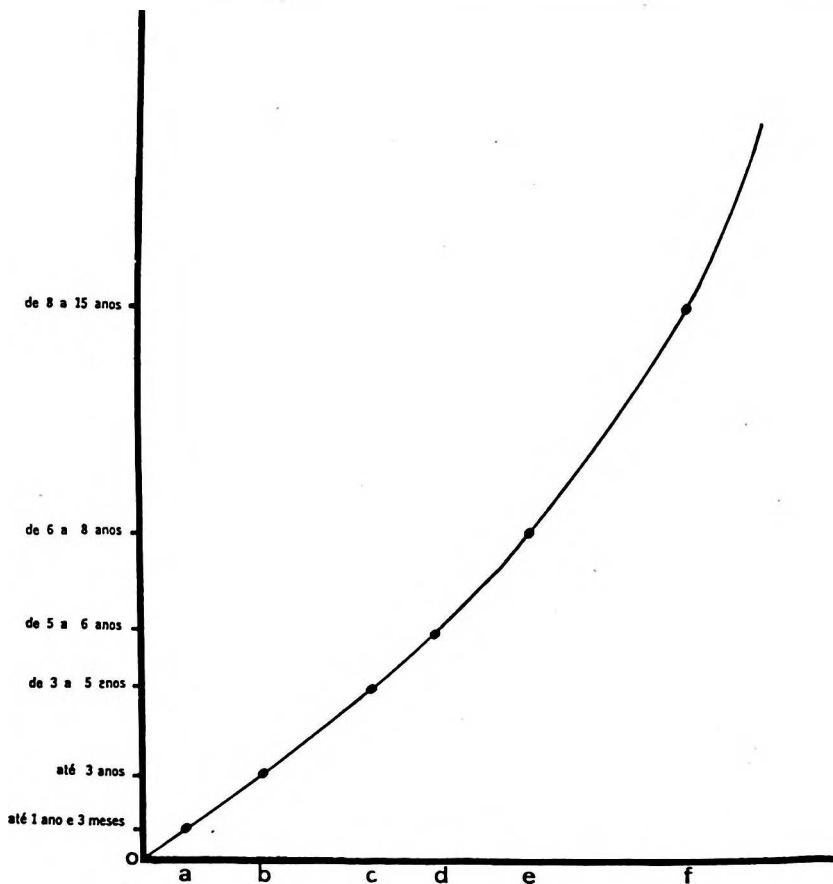
Nem todos os surdos, estretando, são aptos para freqüentar classes comuns. Estes seguem os programas do Curso Fundamental em classes especializadas e têm a oportunidade de convivência nos recreios, esportes etc.

O gráfico apresentado traduz a realidade de nossa escola. Em tudo o que afirmamos nosso intuito foi enfatizar a educação precoce do deficiente da audiocomunicação. Será preciso começar bem cedo para que ele possa concorrer com os ouvintes e não venha a ser mais tarde elemento isolado na sociedade, antes leve para ela sua participação efetiva de trabalho e ideal.

A integração dos deficientes auditivos no mundo dos que ouvem constitui-se imperativo no sistema moderno de educação.

Representação
do processo educativo da audiocomunicação
no Instituto Nossa Senhora de Lourdes

98



- a — despiamento
- b — atenção especial da mãe no ambiente familiar
- c — início da desmutização sistemática no maternal
- d — prosseguimento da reabilitação específica no jardim de infância com crianças comuns
- e — intensificação do treinamento auditivo e do ensino da fala. Alfabetização
- f — desenvolvimento da linguagem em classes de 1.º grau com territorialidade fundamental

Bibliografia

- BEZAGU, Maryse — "Problèmes de dépistage et d'enseignement des sourds en Grande — Bretagne". In *Revue Générale de l'Enseignement des Déficients Auditifs*, Paris, 1968. n. 5 p. 135.
- BOULOGNE, J. — "Evolution des techniques pédagogiques". In *l'Éducation auditive du jeune enfant sourd et ses impératifs pédagogiques*. Paris, Société Centrale d'Éducation et d'Assistance pour les Sourds-Muets en France, 1968, Numéro Spécial, p. 18.
- BUENO, Silveira — *Manual de Califasia, Califonia, Calirritmia e Arte de Dizer*. São Paulo, Edição Saraiva, 1964.
- CÂMARA, Matoso — *Princípios de Lingüística Geral*. Rio, Livraria Acadêmica.
- CONGRESSO Internacional da Federação Mundial de Surdos, 1971, *Comunicações*:
- JOUVE, R. (Paris) "Reeducação Auditiva".
- MOROSOVA N. C. (Moscou) "Importância do diagnóstico precoce da surdez".
- REYNIER, J. P. (Suíça) "A despistagem precoce da surdez".
- FOURNIOLS M. — "Les Structures". In *Communiquer*, Paris, 1971, n. 1, p. 7.
- GONÇALVES, Lopes A. — "Contributo da articulação no aperfeiçoamento da fala da criança surda". In *A criança surda*, revista da Associação Portuguesa para o Progresso do Ensino de Surdos-Mudos, ano II, n. 3, 1956, Lisboa Portugal.
- GUIMARÃES, Oliveira — *Fonética Portuguesa*, Coimbra, Faculdade de Letras, 1927.
- LIMA, Richa — *Gramática Normativa da Língua Portuguesa*. Rio, Edição F. Briquet, 1964.
- NOGUEIRA, Sá de Rodrigo — *Elementos para um Tratado de Fonética Portuguesa*. Lisboa, Imprensa Nacional de Lisboa, 1938.
- PERAZZI, Alicia Irma — *Elementos de Foniatria*. Buenos Aires, Editora Elatenco, 1956.
- PERELLÓ, J. — *Transtornos de la Voz y de la Palabra*. Barcelona, Editora Manuel Marin Cia., 1954.

100 Apresentamos ao último Congresso das APAEs, realizado na Guanabara, o resultado das observações obtidas, ao longo dos anos, através do nosso trabalho de exame, estudo e tratamento do aparelho visual do excepcional.

A comunicação foi elaborada com base em uma série de anotações prévias, que nos ajudaram a discorrer sobre o tema, constituindo o presente artigo.

Trata-se, portanto, apenas de um ponto de referência, mas — acreditamos — apesar do simples roteiro, tenta despertar nos responsáveis a consciência do problema.

Esperamos ainda que a presente comunicação venha chamar atenção para outro aspecto também importante: a íntima relação existente entre o bom funcionamento do aparelho visual e a escolaridade,

• Neuro-Oftalmologista do Instituto de Neurologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Diretor do Centro de Recuperação Visual da Guanabara e responsável pelo Serviço de Oftalmologia da APAE-GB.

dade, assunto que merece campanha comunitária.

Situação atual do problema

A Associação de Pais e Amigos do Excepcional vem realizando o trabalho pioneiro no campo do atendimento visual proporcionado ao excepcional. Consta do organograma dessa Associação, na Guanabara, um setor de oftalmologia, com atendentes especiais e assistência neuro-oftalmológica a cargo de supervisoras.

Não somente nos organogramas, mas em nenhuma parte da estrutura das associações dedicadas ao excepcional pôde ser anotada qualquer atividade específica para o aparelho visual.

Nem mesmo no estrangeiro, cabendo lembrar a omissão do Congresso de Montpellier, cercando o excepcional das atenções psicológicas, genéticas, pedagógicas, psiquiátricas, familiares etc., mas sem dedicar a menor referência ao aparelho visual.

Certamente, esse desinteresse decorre de fatores que podem ser alinhados:

- 1 — Faltam registros de padecimento específico do aparelho visual na excepcionalidade, ressalvados os próprios deficientes visuais;
- 2 — Os métodos corriqueiros de exame do aparelho visual não podem ser aplicados na maioria dos casos de excepcionalidade;
- 3 — Devem ser excluídas, ou postas de quarentena, as provas de natureza subjetiva;
- 4 — Há, portanto, necessidade de criar rotinas especiais e normas de melhor compreensão.

As dificuldades que provocavam o desinteresse pelo assunto começam a ser superadas e em próximo congresso, esperamos que outros e vários trabalhos venham compondo melhor o quadro de recursos terapêuticos na excepcionalidade.

Torna-se evidente que, para a consecução deste trabalho, foi imprescindível a compreensão e colaboração das diretorias da APAE-GB, pondo à disposição suas instalações e pessoal e nos proporcionando inteira e absoluta liberdade de trabalho, a quem deixamos aqui agradecimento especial.

De nossa parte, valeu muito o fato de estarmos, já há algum tempo, nos dedicando aos problemas visuais da infância e da adolescência, começando por uma revisão das fases visuais da criança, desde o nascimento até a maturidade visual de 9 anos físicos, completada com

a análise dos fenômenos considerados mais relevantes.

Nosso trabalho até agora tem sido regido pelas normas seguintes:

- a — Estudos ontogenéticos e filogenéticos cada vez mais apurados;
- b — Aprimoramento da semiologia oftalmológica no sentido de verificar atividades visuais elementares, bem como outras mais finas e complexas;
- c — Enfoque e análise dos fenômenos neurofisiológicos e psicofisiológicos da visão;
- d — Relacionamento do aparelho visual com dificuldade na aprendizagem;
- e — Tratamento dos resultados obtidos para modificação e melhoria da técnica;
- f — Integração dos achados visuais nos quadros completos de avaliação da criança, estabelecendo sua valorização;
- g — Abertura de programas nas anotações paradoxais, como, por exemplo, respostas específicas inferiores a respostas não específicas, acompanhadas ou não de melhorias globais.

Dispondo do material humano, fornecido para a APAE-GB e da disposição de acatar os erros com o mesmo entusiasmo do sucesso, iniciamos há cerca de 8 anos os primeiros passos oftalmológicos na excepcionalidade e, atualmente, depois de quatro anos de trabalho sistematizado, estamos aqui relatando nossos resultados.

Para tanto, foi mister tentar uma penetração no desconhecido do excepcional, nas particularidades de seu funcionamento visual e levantar, de saída, duas hipóteses, depois confirmadas pela observação dos fatos:

- 1.^a — aparelhos visuais perfeitos, anatômica e fisiologicamente, sem o rendimento correspondente;
- 2.^a — aparelhos visuais imperfeitos, criando mais uma condição desfavorável.

102

Na verdade, isto é o que acontece, e a anormalidade visual presente na excepcionalidade torna os quadros ainda mais profundos e quase nos retira a menor possibilidade de ajuda. Temos de crer que, à medida que os trabalhos se forem tornando mais divulgados, os recursos irão surgindo, de modo a reduzir esta desagradável realidade.

Quanto à primeira hipótese, o problema ficaria mais a cargo de uma interpretação dos fenômenos visuais do excepcional, o que talvez seja possível situar nos níveis de percepção.

Um parêntese se faz necessário ao termos que estabelecer níveis de percepção. É que faltam idéias claras a respeito e gostaríamos de, pelo menos, externar nosso ponto de vista, como frisamos em trabalho sobre *processos de inibição na esfera visual*:

Examinando as definições, preferimos as de H. Piéron: "Sensação é uma resposta específica, subjetiva-

mente integrável, normalmente provocada pela ativação de um elemento aferente destinado à projeção cortical bem definida e importando, essencialmente, na atividade de estésio-neurônicos que podem também, eventualmente, assegurar uma estimulação direta."

"Percepção é um conjunto de sensações, mais ou menos complexo, mais ou menos estruturado que adquiriu uma especificação pela regulagem do comportamento e assegura, por uma espécie de seleção das mensagens aferentes, um conhecimento de objetos exteriores assim como a natureza, sede, momento e duração de acontecimentos mais ou menos próximos." (*id. ib.*)

Desta maneira podemos compreender melhor que sensação e percepção não constituem caso de sinonímia, pois, pelos menos a diferença fica patenteada quando a última é um conjunto das primeiras. A sensação tem caráter de resposta específica, passível de integração, porém não impede a capacidade de desencadear atividades apropriadas de uma estimulação direta. A percepção é conjunto de sensações, complexo, estruturado, regulável e proporcionando conhecimento, de objetos, sua identificação, sua aceitação ou sua repulsa.

A sensação está intimamente relacionada à estrutura do organismo enquanto a percepção significa interpretação e, portanto, implica experiência prévia. Para a sensação, exige-se integridade da zona de projeção cortical enquanto na percepção exige-se a presença de circuitos associativos, organizados

a partir da zona de projeção cortical e abrangendo as regiões vizinhas ou correlacionadas.

Num exemplo bastante elementar, sensação seria o toque de pequeno estilete na superfície da água e a conseqüência decorrente deste toque com a modificação da placidez da superfície, enquanto a percepção seria a propagação circular do efeito de toque desde que a água fosse transparente, estivesse contida em um excipiente limitado e com a violência do toque, tão forte que o fosse, pudesse até haver ruídos especiais. Com rigor científico, Forster e Penfield possuem uma demonstração perfeita: estimulando a córtice estriada (área de Brodman) provocam a visão de praias luminosas, muitas vezes coloridas, em resposta idêntica à excitação direta da retina, ao passo que estimulando as zonas adjacentes da área cortical têm como resposta a visão de objetos móveis (área 18), vôos de ave, sinais de chamada de pessoas conhecidas (área 19).

Ao fenômeno unitário da sensação ajunta-se a complexidade da percepção. Não pretendendo entrar neste assunto, nosso intuito é somente ajustar o conceito; todavia ainda vale, para tanto, referir os níveis pré-sensoriais da função receptora onde sensações e percepções encontram sítio para integração.

Mensagens aferentes aos neurônios dos tubérculos quadrigêmeos provocam a regulação pupilar às diferentes intensidades do estímulo luminoso, isto no homem, porque em alguns mamíferos e nas aves esses estímulos vão dirigidos

para o hipotálamo conforme trabalhos de Le Gros Clark, MacKean e Zuckerman. Ao nível talâmico, as mensagens visuais provocam, eventualmente, atitudes de defesa, havendo uma referência divulgada de parada respiratória após a agressão luminosa de um relâmpago forte.

Ao nível geniculado, as mensagens visuais sofrem certo tratamento de depuração, codificação, seleção no dizer de Brindley, enquanto, para nós, passam por um verdadeiro processo de recepção em níveis especiais de interpretação e propagação.

Ao nível reticular, as mensagens visuais encontram importante "relais" distribuidor para os autores clássicos e, também, controlador para estudos mais recentes. Os influxos ativadores no conjunto da córtice são as aferências responsáveis pela manutenção da vigília e, em nível subjetivo da consciência, fatos demonstrados por Pieron e Miguel Osório de Almeida desde 1924. Esses dados são confirmados pelas publicações de Granitt com seus "energizers", de Von Bruddenbrock e seus "stimulations-organ" e os de Claes seguindo os de Bremer sobre a relação EEG e enucleação bilateral.

O esboço do trabalho não nos permite alongar sobre este aspecto que pretendemos, apenas, referir, pois caminharíamos para níveis além da focalização dos fenômenos inibitórios visuais. Teríamos que estudar a gama das especificidades quando a preocupação é abordar uma influência, a da inibição, que não tem merecido o interesse que

sua constante presença em todas as atividades visuais justifica.

Dessa maneira, não é difícil compreender que as dificuldades visuais na excepcionalidade estão nos fenômenos perceptivos visuais, e se torna ainda mais fácil, se admitirmos que a excepcionalidade pode ser considerada como uma disfunção e uma imperfeição estrutural com devido respeito a sua gama de variedades.

Rotina de exame, implicações

104

De início, temos que nos ater aos resultados objetivos, de vez que as informações subjetivas são menos freqüentes e, mesmo assim, muitas não podem receber o crédito necessário.

É preferível, mesmo, dar valor somente ao achado clínico perfeitamente identificado, desprezando todo aquele que não pôde ser obtido com a imprescindível segurança; é melhor a omissão ou confessar que não se pôde examinar, satisfatoriamente, do que anotar um dado clínico susceptível de não ser rigoroso. A influência nos resultados é de primordial importância.

Como não nos dirigimos apenas a médicos, vamos inverter a ordem das coisas, isto é, em vez de mencionar qual a rotina a ser utilizada, vamos referir os pormenores que devem acompanhar o pedido de exame oftalmológico.

Assim, a solicitação deve aguardar respostas a:

1. Agudeza visual de cada olho, em separado, e os dois em conjun-

to; se possível, agudeza do poder discriminativo;

2. Posição primária do olhar e prova ao "cover";

3. Apreciação das excursões e, se possível, posições diagnósticas;

4. Apreciação do estado de convergência;

5. Prova de utilização simultânea, ao teste duocolor ou equivalente;

6. Reflexos pupilares à luz e à acomodação-convergência;

7. Estado refrativo ocular e sua correção óptica;

8. Fundo de olho e, se possível, estudo da fixação foveal.

Não cabe exigir todas as respostas por motivos óbvios e nos casos mais profundos de excepcionalidade, pode ser pedido um estudo da maturidade visual, fácil de realizar aplicando a semiologia de reflexos oculares de postura, oculares sensitivos e oculares sensoriais.

Com base na análise das respostas, será construído o plano de tratamento, todo ele utilizando recursos naturais e existentes nas clínicas especializadas quando os níveis de excepcionalidade o permitem, o que é relativamente raro.

Em sua maioria, a terapêutica tem que se limitar a métodos quase de fortuna e buscando corrigir as falhas ontogenéticas identificáveis; temos constituído vários destes artifícios que aqui se encontram para demonstração e que pretendem corrigir as condições mais encontradas:

- Exercícios para aperfeiçoamento do sentido de orientação luminosa e direção principal do olhar;
- Luz vermelha como estímulo para a ambliopia e, também, global, nos olhos adaptados ao escuro;
- Exercícios de excursão, cada olho em separado, utilizando a fixação e a noção proprioceptiva;
- Exercícios de convergência, trabalho conjunto, utilizando a fixação e a noção proprioceptiva;
- Exercícios ao localizador na restauração da relação olho-dedo.
- Exercícios ao modulador, restaurando o comando olho-mão e controle auditivo;
- Exercícios ao verde-vermelho para melhorar as condições de integração visual;
- Exercícios de homolateralização, relação olho-mão.

Métodos utilizados e resultados

Os métodos utilizados com os exercícios referidos no último capítulo obedecem, todos eles, à diretriz de restaurar ou recondicionar atividades na escala ontogenética que foram apontadas como imperfeitas ou deficientes.

As lições são encontradas nos conhecidos aparelhos optoenergéticos, de orientação luminosa e optognóstico, escritos por Oppel; também nas relações ativatórias da região macular e inibitórias da periferia retiniana, na inter-relação olho-olho, na utilização coerente da atividade binocular e nos conceitos atuais de especialização hemisférica, responsável pela boa lateralidade.

A própria evolução do indivíduo normal nos demonstra a necessidade de uma boa estruturação e funcionamento, fazendo valer sobre a atividade inferior a responsabilidade de bem se desenvolver uma outra atividade mais complexa e, por isso, mais superior. De nada valeria construir um edifício com bases inseguras, a correr eternamente o risco de exibir suas falhas e sofrer suas conseqüências.

Acompanhando os vários exercícios aplicáveis, vamos analisando suas razões para tornar mais justificada sua utilização.

Aperfeiçoamento do sentido de orientação luminosa. Este se encontra identificado numa das divisões de Oppel e trata-se, exatamente, de uma atividade da retina periférica que, recebendo o estímulo luminoso, o envia para a região central desencadear respostas comandadas pela modificação do olhar em direção da luz; sua sede é havida nos tubérculos quadrigêmeos anteriores e, filogeneticamente, tem correspondência nos vertebrados inferiores para os 15 dias de nascimento de um indivíduo normal. No aparelho apropriado, a criança é posta de frente e, ao acendar uma pequena luz, esta desperta a atenção da periferia retiniana que se estimula e transmite o estímulo para a fóvea que, de imediato, busca a posição da luz que excitou. Pode o exercício ser auxiliado com o dedo, com a finalidade de obter estimulações associadas como fonte de maior eficiência.

Luz vermelha usada como estímulo. Baseia-se em dois critérios elementares: 1) olhos adaptados ao

escuro para valer o escotoma relativo da região macular, explorando sua atividade com a remessa de mensagens subseqüentes e, 2) valorização de uma área periférica de modo a determinar a constante estimulação foveal, pelo princípio conhecido da convergência dos estímulos para a área central e, aparentemente, atenuando a predominância ocasional da periferia sobre o centro fisiológico. Enquanto a simples resposta à sensação é convincente, ainda podemos aperfeiçoar o método, solicitando sua interpretação e fazer demorar um pouco mais a presença do estímulo com recursos estroboscópicos. A melhoria pode ser evidenciada com a melhoria da agudeza visual e o restabelecimento da direção principal do olhar, de todos conhecida.

Exercícios de excursão pretendem corrigir os movimentos oculares mal realizados, proporcionando toda amplitude nos efeitos tão necessários na prática diária. Como os anteriores, *os exercícios de convergência* adotam, simultaneamente, dois estímulos de natureza diversa, isto é, a fixação de um objeto real e a noção proprioceptiva do espaço, que lhes é transmitido pela pegada do cabo que dá oportunidade de realizar o movimento.

Exercícios com o localizador pretendem aperfeiçoar a relação olho-dedo, pois, enquanto a noção está certa, a ponta do dedo da criança vai cobrir, exatamente, o ponto luminoso, um gesto que foi iniciado aos 3/4 meses de vida externa, quando a sóvea, evoluindo, passou a comandar todas as atividades visuais.

Exercícios ao modulador representam uma etapa mais aprimorada, de vez que a mão segue o traço imantado, com perfeição, ao mesmo tempo em que escuta música que cessa no momento em que a caneta de auxílio não coincide com a linha imantada do pequeno aparelho visual.

Exercícios ao verde-vermelho são usados quando há necessidade de desenvolver a capacidade de utilização binocular e, por este caminho, atingir os maiores limites, inclusive níveis mais elevados. Daí se conclui que todos nós temos capacidade disponível, que permite chegar mais longe ainda, atingindo níveis de visão integralizada.

Exercícios de homolateralização obtidos com a oclusão do olho oposto e desenvolvimento de aptidões manuais com a mão homolateral, em atividades repetitivas, intercaladas de atividades criadoras.

Neste ano corrente, iniciamos a etapa de trabalho mais importante para muitos: *a apreciação de resultados*. As estatísticas que poderíamos apresentar, aqui, seriam incompletas porque representariam a metade do ano letivo e, no máximo, 1/3 dos excepcionais reexaminados. Guardaremos os números para publicação posterior. Podemos afirmar, entretanto, que, num apanhado geral, os benefícios são evidentes, assim caracterizados: 30% de melhorias globais, isto é, crianças que, não desprezando os outros métodos assistenciais, evoluíram foveravelmente em sua aprendizagem e rendimento, e cerca de 60% de melhoria específica, ou seja, modificações favoráveis que foram observadas no parti-

cular da visão. Este último índice foi avaliado na anotação unitária sobre o conjunto, considerando a melhoria da agudeza visual, por exemplo, como fator de variação no total da semiologia ocular.

Finalizando, podemos tirar algumas conclusões do trabalho. A primeira e mais importante é sobre os benefícios advindos para os excepcionais, oferecendo a oportunidade de mais uma atividade disciplinadora e de responsabilidade.

A segunda conclusão é que, na análise dos achados oftalmológicos, os excepcionais apresentam, em 400 crianças examinadas, um quadro nosográfico idêntico ao grupo etário de indivíduos normais.

Os exames devem obedecer rigorosamente a uma preocupação muito mais objetiva do que subjetiva.

A relação, por muitos admitida, entre miopia e mongolismo não nos parece real, constituindo mera coincidência, de vez que são também encontrados outros vícios de refração.

Os olhos participam muito menos do facies mongol que a arcada orbitária, a grande responsável.

Por outro lado, as blefaroconjuntivites, que atacam bastante os mongolóides, têm sua causa de entretimento nas dificuldades de trânsito da secreção lacrimal por atresia dos canículos e, principalmente, pela posição inadequada de sua linha de fluxo, no canto interno da órbita.

É de se esperar que uma maior divulgação de trabalhos pioneiros, no campo do atendimento visual ao excepcional, venha compor melhor o quadro de recursos terapêuticos já disponíveis.

107

Referências bibliográficas

1. ADLER, F. H. — Reciprocal innervation of extraocular muscles, *Arch. Opthth.* N. Y, p. 3,318, 1930.
2. JOUANINE, Th. ALA — *Les grandes activités du lobe occipital*, Masson e Cia, Paris, 1960.
3. TSCHERMAK-SEYSENEGG Armin von. — *Introduction to Physiological optico*, Charles Thomas — Illinois, 1952.
4. ARMINGTON, J. C., JOHNSON, E. P. RIGGS, L. A. — The scotopic A — Wave in the electrical response of the human retina, *J. Physiol.* 118, 289-298 (64,65), 1952.
5. LEITÃO, R. E. Araújo — *Paralisia Cerebral. Métodos de Reabilitação Neurológica*. Ed. Arte Nova, Rio de Janeiro, Brasil, 1972.
6. BONIN, G., CAROL, H. W. MCCVLLUGH, W. S. — The funtional organization of the occipital lobe. *Biol. Symposia*, 7,165-1972, 1942.
7. BRINDLEY, G. S. — *Physiology of the Retina and Visual Pathway*, E Arnold, London, 1960.
8. KESTEBAM, A. — *Clinical methods of neuro-ophthalmologic examination*, 2.º ed., Grune e Stratton, Inc. N. York, 1952.

9. PARSONS-SMYTH, G. — EEG Studies in amblyopia. *EEG. Clin. Neuro-Physiol.* v. 5, n. 1, 123 p, 1953.
10. PIRENNE, M. H. — Independent Eight-detectors in the peripheral retina *J. Physiol.* v. 107, 47 p. 1948.
11. POLYAR, S. L. — *Retina*, Univ. of Chicago Press, 1941.
12. SEGAL J. — *Le mecanisme de la vision descouleurs*, G. Doin, Paris, 1953.
13. WEIL, AA, e Nosik, W. A. — *Photic stimulation in Hemianopsia*, *EEG Clin. Neuro-Physiol*, v. 4 n. 2, p. 219-222, 1952.

Declaração dos Direitos das Pessoas Mentalmente Retardadas *

O CONSELHO ECONÔMICO E SOCIAL

Considerando a Resolução 3 (XXII) em que a Comissão para o Desenvolvimento Social solicitou ao Conselho Econômico e Social que recomendasse, em seu relatório à Assembléia Geral, a adoção da declaração relativa aos direitos das pessoas mentalmente retardadas,

Expede o texto da seguinte "Declaração Preliminar" dirigida à Assembléia Geral e a ser adotada em sua 26.^a sessão:

A ASSEMBLÉIA GERAL

Consciente da promessa dos Estados Membros das Nações Unidas, regidos pela Carta Constitucional, de agirem conjunta e separadamente em Cooperação com a Organização para a promoção de melhores padrões de vida, pleno em-

* Versão preliminar expedida pelo Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, em tradução de Maria Luíza Lago Bittencourt, técnica de educação do INEP.

prego e condições para o progresso e desenvolvimento econômico e social,

Reafirmando sua fé nos direitos humanos e liberdades fundamentais, assim como nos princípios da paz, dignidade e valor da pessoa humana e da justiça social proclamada na Carta Constitucional,

Lembrando os princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Declaração dos Direitos da Criança e os padrões já estabelecidos para o progresso social nas constituições, convenções, recomendações e resoluções da Organização Internacional do Trabalho, da Organização Educacional, Científica e Cultural das Nações Unidas, da Organização Mundial da Saúde, do Fundo das Nações Unidas para as Crianças e outras organizações relacionadas,

Enfatizando que a Declaração das Nações Unidas para o Progresso e Desenvolvimento proclamou a necessidade de proteger os direitos e

assegurar o bem-estar e reabilitação dos deficientes físicos e mentais,

Tendo em mente a necessidade de assistir as pessoas mentalmente retardadas no desenvolvimento de suas capacidades nos vários campos de atividades e de promover sua integração na vida normal até onde possível,

Ciente de que determinados países, em sua fase atual de desenvolvimento, podem dedicar apenas limitados esforços a esse fim,

112 *Proclama* esta Declaração dos Direitos das Pessoas Mentalmente Retardadas e exige ação nacional e internacional que assegure sua aplicação como base comum e esquema referencial para a proteção desses direitos:

1. A pessoa mentalmente retardada possui, no mais alto grau, os mesmos direitos dos outros seres humanos.

2. Tem direito a cuidados médicos especiais, à educação, à fisioterapia, ao treinamento, à reabilitação e orientação que possibilitem o desenvolvimento e máximo aproveitamento de seu potencial.

3. Tem direito à segurança econômica, a um padrão de vida satisfatório, a realizar um trabalho produtivo, podendo dedicar-se a uma ocupação significativa até o limite de sua capacidade.

4. Na medida do possível, convém que a pessoa mentalmente retardada viva com sua própria família ou com pais adotivos e participe de diferentes formas de vida comunitária, devendo a família com a qual vive receber assistência. Se forem necessários os cuidados de uma instituição, estes devem ser oferecidos sob circunstâncias e em ambientes tão próximos quanto possível da vida normal.

5. A pessoa mentalmente retardada tem direito a um curador qualificado, quando necessário, a fim de proteger seu bem-estar e interesses pessoais.

6. Tem direito à proteção contra a exploração, abuso e tratamento degradante. Se processada por qualquer ofensa, terá direito ao devido processo legal, devendo ser plenamente reconhecido seu grau de responsabilidade mental.

7. Quando as pessoas mentalmente retardadas forem incapazes, devido à gravidade de sua deficiência, do exercício pleno de seus direitos, ou quando for necessário restringir ou negar alguns desses direitos, o processo usado para tal fim deve conter as salvaguardas legais adequadas contra todas as formas de abuso. Esse processo deve basear-se na avaliação da capacidade social da pessoa mentalmente retardada, realizada por peritos qualificados e estará sujeita à revisão periódica e ao direito do apelo às autoridades superiores.

Educação de Excepcionais *

O Gabinete do Sr. Ministro da Educação e Cultura, de ordem de S. Exa., solicita a colaboração deste Conselho no sentido de que forneça subsídios para equacionamento do problema relacionado com a educação de excepcionais, tendo em vista principalmente as iniciativas expressas nas idéias de:

1. estudar, em colaboração com o D.E.F., as condições a serem exigidas para Registro de Professor Especializado e instituir este registro;

2. expedir normas que orientem a implantação de oficinas pedagógicas;

3. iniciar entendimentos com o M.T.P.S. no sentido de aumentar as possibilidades de emprego para excepcionais;

4. iniciar entendimentos com o M.T.P.S. para encaminhamento, ao MEC, de adultos que se tornem

* Parecer n. 848/72 da Comissão de Ensino de 1.º e 2.º Graus, aprovado pelo Cons. Federal de Educação em 10-8-72.

incapacitados e possam ser reabilitados;

5. estudar a possibilidade de regulamentar, por decreto, dispositivos legais existentes, definindo que as condições de capacidade para o exercício das funções públicas serão compatíveis com a natureza da função a desempenhar;

6. reestruturar o I.B.C. e o I.N.E.S., no sentido de deixarem de ser internatos que atendam a crianças cujas famílias podem e devem conservá-las junto a si, ampliando suas finalidades (*internato só para crianças abandonadas, com deficiências múltiplas, carentes de recursos, residentes em Estados onde não haja educandário semelhante ou escola comum com salas de recursos; centro de reabilitação; classes de 1.º grau (ex-ginásio) em articulação com as universidades sediadas na Guanabara; classes experimentais mistas, com cegos, amblíopes e videntes; centros experimentais nos campos médico e pedagógico*)”.

No mesmo processo, encaminhada também pelo Sr. Ministro, encontra-se uma carta em que o Dr. Justino Alves Pereira, Presidente da Federação Nacional das APAEs, encarece a adoção de medidas urgentes para que também o campo “do ensino e amparo ao excepcional” seja dinamizado “numa hora em que todos os outros setores educacionais são reformulados e acionados”. Há nesse documento uma referência ao “contínuo desinteresse demonstrado pelo Conselho Federal de Educação”, a respeito do assunto, “bem como pelos Conselhos Estaduais e autoridades das Secretarias de Educação e Prefeituras Municipais”.

114

Os dois documentos se completam. A carta do Dr. Justino Alves Pereira reclama uma ação desenvolvida em ritmo e condições que nos permitam recuperar o longo tempo perdido. As providências indicadas no ofício do Gabinete, por sua vez, revelam não apenas o propósito ministerial de desencadear tal ação como, ao mesmo tempo, o cuidado de cercá-la das garantias que respondam pelo seu êxito. Prova disso é a recente constituição, pelo Sr. Ministro, de um Grupo de Trabalho que deverá reunir esses e outros elementos para delinear a política e as linhas de ação do Governo na área da Educação de Excepcionais.

Esta, por estranho que a muitos pareça, representa uma área para assim dizer *nova* em nossa realidade educacional; e em tal perspectiva é que entendemos os termos dramáticos do apelo contido na carta do Dr. Justino Alves Pereira. Até há pouco, em nosso

País, a educação dos excepcionais era uma atividade igualmente “excepcional”, cifrando-se a algumas escolas também “excepcionais” criadas em locais “excepcionais”. Tudo era *excepcional*: a concepção, a política, a ação; e mesmo as iniciativas mais bem intencionadas, conquanto “excepcionais”, só contribuía para agravar a marginalização dos infra e até dos superdotados.

Somente a partir de 1961 cogitou-se do assunto em nossa legislação educacional. A Lei de Diretrizes e Bases dele se ocupou pela primeira vez, estabelecendo no seu artigo 88 que “a educação dos excepcionais deve, no que for possível, enquadrar-se no sistema geral de educação, a fim de integrá-los na comunidade”. O princípio estava rigorosamente correto; mas a timidez com que era formulado (“até onde possível . . .”), o uso da própria palavra “excepcional” e a abertura de título em separado para a matéria — o título X — acabaram por sublinhar a excepcionalidade.

A Lei n.º 5.692, de 11 de agosto de 1971, deu o novo passo. Nos termos do seu artigo 9.º, “os alunos que apresentem deficiências físicas ou mentais, os que se encontrem em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e os superdotados deverão receber tratamento especial, de acordo com as normas fixadas pelos competentes Conselhos de Educação”. Não há, portanto, um título ou capítulo à parte, nem se usa a vocábulo “excepcional”. A matéria surge como *um caso* do ensino regular, em larga medida classificá-

vel na linha das diferenças individuais, sujeita naturalmente a "tratamento especial".

O problema consiste agora em preparar esse tratamento especial, que nem implica a segregação de antes em escolas de desajustamento, nem importa no abandono do aluno à própria sorte. É no plano técnico da execução, e não no legislativo, que agora se insere o "no-que-for-possível" da lei de 1961. Até onde não seja prejudicial, o aluno rápido ou lento, por todos os motivos que não cabe repetir aqui, há de conviver com os demais e aprender com eles. Somente quando indispensável se fará o "tratamento especial", individualizado, cuja função não deixa de visar a restituí-lo àquele convívio e à normalidade, que esta — a normalização crescente do excepcional, e não a sua marginalização — é a finalidade última a alcançar.

Tal orientação terá de refletir-se na formação de mestres-especialistas para a educação de excepcionais, pois também aqui a inteira separação em cursos estanques será prejudicial. O professor de excepcionais deve ser basicamente um educador, como os demais, e não apenas um técnico manipulador de determinados aparelhos ou repetidor de certos exercícios estereotipados. Sobre o educador é que se assenta o especialista, mediante o estudo de soluções apropriadas a cada linha de excepcionalidade. Daí usarmos a expressão professor-especialista.

Esta foi, aliás, a posição em que se colocou o C.F.E. a partir de 1969, muito antes de surgir a Lei

5.692. Disciplinando os estudos superiores de Educação, ao fixar os mínimos de conteúdo e duração para o curso de Pedagogia, o Parecer 252/69 previu desde logo as habilitações específicas para "Educação de Excepcionais", a serem reguladas em pronunciamentos especiais, sempre montadas sobre a base comum daquele curso. No mesmo ano, o Parecer 295/69 indicou a necessidade de apressar-se tal regulamentação e para tanto constituiu-se uma Comissão Especial. A Comissão já apresentou o Parecer n.º 07/72, que estabeleceu os mínimos para o magistério de Educação dos Deficientes da Audio-Comunicação, e seus trabalhos prosseguem. Não deixa, assim, de ser injusta a acusação de desinteresse feita pelo Dr. Justino Alves Pereira.

A esta altura, aliás, outras habilitações já teriam sido fixadas e disciplinadas não fosse o surgimento do programa, agora mais amplo e sistemático, a que em boa hora se lança o Ministério da Educação e Cultura neste setor tradicionalmente "excepcional" da nossa organização escolar. Constituído o Grupo de Trabalho, como a providência mais importante dentre as já adotadas nesta fase preliminar, nada aconselhava a que prosseguíssemos numa ação paralela que levaria a inevitável dispersão. Daí a momentânea interrupção daquele esforço, para acompanhamento dos estudos a cargo do Grupo e posterior retomada do assunto, já, então, no quadro de uma política nacional de educação dos excepcionais.

O traço principal dessa política, salutar consequência da nova ori-

entação, ditada pela Lei número 5.692/71, há de ser a definição do setor de excepcionais como um aspecto do ensino regular e, assim, como uma atribuição *dos vários sistemas* que não exclui nem a coordenação geral nem, onde necessária, a assistência técnica e financeira da União. Longe estão os dias em que se pensava resolver o problema com a instalação "excepcional" de dois ou três institutos especializados em cidades mais populosas do País. É preciso não esquecer que também os excepcionais estão incluídos na obrigatoriedade escolar dos sete aos quinze anos, com direito a que se levem em conta as suas características individuais. Esta última circunstância sugere mesmo que para os subdotados, por um critério de idade mental, se prolongue o ensino gratuito até o limite da real *educabilidade* de cada aluno.

É o "tratamento especial" do artigo 9.º, que de forma nenhuma dispensa o tratamento regular em tudo o que deixe de referir-se à excepcionalidade. Do contrário, ter-se-á frustrado o objetivo primeiro da próxima educação, que é o ajustamento social do educando. Esse tratamento especial pode ser feito na mesma escola, em seção a ele destinada, ou em outro estabelecimento adrede organizado, segundo o princípio da intercomplementaridade contido no artigo 3.º da Lei 5.692. A sua dosagem, por outro lado, será função do grau de "desvio", para mais ou para menos, que o aluno apresenta em relação à "normalidade".

A partir de tais pressupostos, uma atuação nacional para incremento

desta linha de escolarização deve fixar-se em três pontos fundamentais: (a) o desenvolvimento de técnicas a empregar nas várias formas de excepcionalidade, (b) o preparo e aperfeiçoamento de pessoal e (c) a instalação e melhoria de escolas ou seções escolares especializadas nos diversos sistemas de ensino. Os dois primeiros terão de apoiar-se grandemente sobre as universidades, cujos programas de ensino e pesquisa, à medida que se amplie a oferta de educação para excepcionais, encontrarão um campo ideal para experimentação e prática nas próprias escolas ou seções escolares especializadas que se instalem.

Entretanto, sobretudo de início, não se há de desprezar nem o acervo de soluções reunido até hoje, em iniciativas pioneiras cuja experiência cabe antes sistematizar e utilizar, nem muito menos os recursos humanos formados em meio a dificuldades e sacrifícios pessoais de toda ordem. Medidas especiais devem ser previstas para esse aproveitamento, a fazer-se sob o único limite da autenticidade. Aliás, no citado Parecer 07/72, o Conselho Federal de Educação já abriu claramente o caminho em tal direção.

O terceiro ponto — a instalação de escolas ou de seções escolares especializadas, a cargo dos sistemas — repousa sobre os dois anteriores; e os três, direta ou indiretamente, sempre supõem a coordenação, o estímulo e a assistência do Ministério da Educação e Cultura. Esta ação nacional do MEC, razão da sua própria existência, abrangerá desde o estabelecimen-

to de condições que dêem realidade à política mais agressiva e orgânica em perspectiva, até a conjugação e racionalização dos esforços regionais, o incentivo a novas iniciativas, o reclamo de providências e a oferta de reforços técnicos e financeiros onde maior seja a carência de meios.

Na ação ministerial, portanto, se inserem naturalmente as medidas indicadas no ofício do Gabinete, cujo alcance é indiscutível. Vemos, porém, uma exceção na de n.º 6, referente à direta manutenção de institutos, centros ou escolas pela União, ante o sentido *local* que tende a assumir a nova política em nível de execução. A de n.º 1 — estabelecimento das condições para formação e registro dos professores-especialistas — é competência específica deste Conselho, que se apresenta para exercê-la integralmente em prosseguimento ao programa já iniciado. As demais, de ns. 2 a 5, e muitas outras que o Grupo de Trabalho decerto indicará, ficarão, possivelmente, a cargo de órgão ou serviço mais

permanente que se crie no Ministério para substituir o Grupo.

São estes os comentários e esclarecimentos que nos ocorre apresentar, “a respeito da educação para excepcionais”, em atendimento à solicitação formulada pelo Gabinete do Sr. Ministro da Educação e Cultura, em nome de S. Exa.

PARECER DA CÂMARA

A Câmara de Ensino de 1.º e 2.º Graus aprova e subscreve os esclarecimentos e comentários apresentados pelo relator, sobre o problema da educação de excepcionais, em atendimento à solicitação determinada pelo Sr. Ministro da Educação e Cultura.

117

Sala das Sessões, 8 de agosto de 1972.

(a.) Pe. José Vieira de Vasconcellos — Presidente. Valnir Chagas — Relator. Maria Terezinha Tourinho Saraiva, Esther de Figueiredo Ferraz, Paulo Nathanael Pereira de Souza, Edília Coelho Garcia.

118 Na evolução da educação avultam, como muito bem destacou o professor Valnir Chagas, membro do Conselho Federal de Educação e da Comissão que apresentou o anteprojeto de Lei 5.692, de 1971, dois aspectos de especial relevância:

— o civismo como impulso natural de uma Nação que toma consciência de si mesma;

— e a qualificação para o trabalho, como reconhecimento da necessidade de a escola preparar cidadãos capazes de atuar no processo de desenvolvimento material e espiritual do País.

Alargando continuamente o domínio de seu conteúdo, para atender a objetivos mais amplos, como sejam os ditados pela sociologia e a economia; interessando-se pelo homem como figura principal do nosso mundo; criando constantemente novas técnicas de organização e planejamento; alterando sua

* Livre docente de Psicologia Aplicada da Escola de Educação Física da Univ. Fed. do Rio de Janeiro.

infra-estrutura para torná-lo capaz de servir de base aos processos em mudança de que se passou a utilizar, e atualizando o elemento humano, que constitui a mola mestra do ensino, a educação transformou-se, no decorrer dos últimos séculos, sobretudo a partir do século XIX, na grande força motora do desenvolvimento.

Em suas origens e durante longos anos, e quase até agora, humanística, chegando a constituir, por muito tempo, o chamado "ensino ornamental"; serviu a valores ideológicos de formação de elites intelectualizadas, que, por refletirem aspectos da vida social e política do País, não deixaram de ter sua época, sua utilidade; funcionou como seletiva para uns poucos indivíduos, mais capacitados, sem atender à grande maioria das pessoas, que, fatalmente, algum dia, seriam chamadas a colaborar no engrandecimento do Brasil. Precisava a educação, portanto, transmutar-se para alcançar todos — única forma de concorrer para que pudessemos deixar de ser uma na-

ção que se caracteriza ainda por contrastes flagrantes entre suas diversas regiões: umas bastante prósperas e outras quase estagnadas.

Assim, não foi só com o intuito de apresentar mais uma reforma, que o Ministério da Educação e Cultura se lançou, com visível empenho, no trabalho de elaborar o anteprojeto que se consubstanciou na Lei 5.692, sancionada no dia 11 de agosto de 1971, para fixar as diretrizes e bases do ensino de 1.º e 2.º graus, pois a necessária relação com a realidade impõe que não se criem ou se concebam situações imutáveis para a vida do homem. O mundo não é assim. E a educação, ao exprimir e criar novas formas de relacionamento entre o homem e o universo sobre o qual ele atua em cada geração, vai-se reformulando em busca de harmonização da pessoa com o ambiente. Daí ter de passar a atender às atuais exigências para o “fazer”, seja o “fazer artístico” seja o “fazer técnico”, alterando os esquemas básicos do tradicional ensino humanístico para iniciar modo diverso de encarar os problemas, de forma a mais bem equacioná-los para a realização das metas do desenvolvimento brasileiro.

A Lei 5.692 de 1971, como toda lei, aliás, é um momento no tempo. O legislador tenta, em sua época, projetar a própria visão o mais longe que pode, na busca do conhecimento exato do mundo que o cerca, procurando aproximar-se, ao máximo, da realidade. Traça normas norteadoras da ação a ser empreendida, enfatizando as possibilidades de futuras transformações, não só pela realização dos preceitos que indica, como pela pos-

sibilidade de reexame dos próprios princípios que fixa.

A Lei 5.692 não é um ponto de chegada, mas, sim, um ponto de partida, pois indica rumos sem delimitar o campo de ação de tantos quantos colaborem na obra educativa.

Nesse sentido se expressou com muita propriedade o padre José de Vasconcelos, um dos integrantes da Comissão elaboradora da nova Lei, dizendo que ela tem “uma filosofia, uma orientação, cabendo a cada escola tirar desta orientação, desta riqueza, as fórmulas, os planos que a sua competência de escola lhes deverá ditar”.

119

Foi por considerar essa lei como instrumento de conhecimento e de investigação, questionadora da realidade, que pretende, a um tempo, refletir e influenciar, que procuramos, em seus oitenta e oito artigos, as aberturas que enseja para a educação do excepcional.

O que se deseja, para o excepcional, é um nível de progresso em quatro áreas principais: independência pessoal, comunicação, socialização e ocupação. Sem que possamos oferecer oportunidades à pessoa para que se afirme individualmente, adquira capacidade de autodeterminação, desenvolvendo disciplina de hábitos, gosto pela pesquisa, interesse em criar e a noção de responsabilidade, não nos é lícito falar em educação integral. E para isto é preciso que o excepcional, o mais cedo possível, possa observar, refletir, criar, discriminar valores, julgar, comunicar-se, conviver, cooperar, decidir e agir, consideradas as limitações que a deficiência lhe causa.

Conseqüentemente, todo conhecimento que não seja transformado em atitude ou capacidade individual socialmente desejável, promovendo o desenvolvimento de potencialidade como elemento de auto-realização, a qualificação para o trabalho e o preparo do cidadão, não constituirá educação. Para que este objetivo se cumpra é preciso o esforço permanente de cada professor, de cada escola, de todo o sistema educacional, enfim, para primeiro captar e, depois, transmitir uma realidade inconstante, que impõe a cada um e a todos, ao mesmo tempo, necessidades de formas igualmente mutáveis e adaptativas de comportamento.

Tudo isso obriga a procurar aqueles valores formais do ensino que possam emprestar nova dimensão à educação.

Pressupostos da Nova Lei

Os dois pressupostos em que se apóia a filosofia da nova Lei, segundo o Parecer n.º 853/71 do Egrégio Conselho Federal de Educação, são:

— a continuidade, assegurada pela parte geral, que leva sempre a mais estudos;

— a terminalidade, que encontra expressão na parte especial, que conduz à habilitação profissional em nível de 2.º grau, estruturada à base de créditos, com ampla margem de liberdade na escolha do conteúdo do conhecimento julgado necessário.

Isso se torna possível pela inter-complementaridade introduzida como recurso novo a ser iniciado

nos sistemas de ensino, aproveitando-se não só a capacidade ociosa dos estabelecimentos de ensino, como ainda os recursos disponíveis na comunidade.

No que concerne aos objetivos gerais da organização curricular, verifica-se que há perfeito equilíbrio das áreas principais em que se desenvolverá a educação: haverá sempre um núcleo comum (matérias), definido pelo Conselho Federal de Educação, e uma parte diversificada, pela qual são responsáveis os Conselhos Estaduais competentes, mas de duas formas: definindo as matérias que devem compor o currículo pleno e aprovando as opções feitas pelas escolas, quando submeter seus planos a esses colegiados. Ficam, desse modo, atendidas a necessidade de se manter a unidade nacional e a plena adaptação às peculiaridades regionais e às diferenças individuais dos alunos.

Cabe, aqui, abrir um parêntese para se apreciar este último aspecto do atendimento educacional, permitido pela Lei n.º 5.692: as diferenças individuais dos alunos.

De três maneiras, parece-nos, logo à primeira vista, ser possível atender a essas diferenças.

Em primeiro lugar, porque se considerará uma variável, segundo os elementos seguintes: meio-escola-aluno, para adequação do ensino a condições individuais, motivação e idade dos educandos.

Depois, pelo fato de que a parte consagrada à educação geral não será exclusiva nas primeiras séries de escolarização nem predomi-

nante na final, permitindo a elaboração de currículo mais compatível com as limitações do excepcional.

Também pela circunstância de que, em casos especiais, em que se impõem a paralisação dos estudos antes de concluído o ensino de 2.º grau, a iniciação para o trabalho e a habilitação profissional poderão ser antecipadas. Aos retardados oferece-se, pela primeira vez, a oportunidade de terminar um curso profissionalizante de nível do 1.º grau, com variedade de habilitações que podem complementar o currículo, eliminando dele a parte generalizada mais incompatível com as peculiaridades de certos tipos de excepcionais.

Quanto ao ensino de 2.º grau, também não estaria ele de portas cerradas para o excepcional, pelas várias vias de acesso oferecidas a todos os que nele ingressam. O sistema de créditos tanto permitirá ao superdotado terminar seu curso em menos tempo, como, também, ao portador de alguma deficiência realizá-lo em período mais longo. Essa duração mais dilatada de seus estudos permitir-lhe-á completá-los em condições mais ajustáveis à sua real capacidade.

Por outro lado, o acesso de uma série a outra pela verificação do rendimento escolar e critério de promoção progressiva, em que se conjugam a idade cronológica e a série, vem, ao lado da aprovação com dependência, propiciar bastantes vantagens ao excepcional. Além disto, merece destacar que a verificação do rendimento, sendo tarefa do estabelecimento de ensino, na forma de seu regimento, poderá ser adaptada às várias pe-

culiaridades decorrentes da deficiência sensorial, motora ou mental, com prevalência dos aspectos qualitativos dos resultados obtidos durante o período letivo sobre o resultado da final, quando houver. A essa variedade de atendimentos ainda se acrescenta a de, na hipótese de o aproveitamento, segundo a escala de notas ou menções adotada pela escola, não ser suficiente, poder haver recuperação satisfatória em estudos propostos pela escola.

Unidades Integradas e Escolas Residenciais

Outro problema que se oferece à discussão é o da criação das unidades integradas e de implantação das escolas na comunidade. Até agora o excepcional viveu isolado nas escolas a ele especialmente dedicadas. Muito se tem discutido, no mundo, se as escolas residenciais cumprem, ou não, a finalidade a que se destinam. Se é verdade que, em algum caso, principalmente quando ocorre múltipla deficiência ou o retardo mental é muito profundo, ou a incapacidade de conviver muito acentuada, a escola residencial se torna indispensável. Em outras situações ela pode ser prejudicial, por isolar o excepcional da comunidade e impedir, também, que esta tome conhecimento dos problemas dele e do seu dever de ampará-lo.

Só uma educação orientada nesse sentido, exigindo o esforço cooperativo da comunidade, mediante a coordenação de medidas de prevenção e controle e procedimentos de entidades públicas e particulares, oferecerá oportunidades ao excepcional de integração na sua am-

biência, com direito a emprego, por já se ter tornado pessoa qualificada para ganhar a vida.

Ganham realce as chamadas oficinas pedagógicas e protegidas. A primeira como recurso de assistência educativa, utilizando o trabalho manual como meio de educação e recuperação, aliado a outras formas de atividade. A segunda, já com vista à própria execução do trabalho.

122 O campo de treinamento — a escola — e o de trabalho — a oficina — diferem em conteúdo e organização. Por esse motivo, a transferência do excepcional, mormente o retardado mental, deverá merecer cuidados especiais, pois o ensino profissionalizante também é auto-realização, permitindo formação de atitudes pessoais-sociais a par do desenvolvimento de habilidades.

Já depois de habilitados profissionalmente, as oficinas passarão, para eles, de lugar de aprendizado para lugar de produção, quando se pode afirmar que tanto os aspectos pedagógicos como também os econômicos servirão aos interesses do excepcional e aos da produtividade.

Pensamos ser de toda conveniência que essas oficinas funcionem junto a outras instituições ou empresas da comunidade, com supervisão, ou não, da escola, a fim de se constituírem, realmente, em via de acesso para o mundo de trabalho.

É bem verdade que toda uma multiplicidade de agentes governamentais, semigovernamentais e voluntários, direta ou indiretamente envolvidos no problema, teriam de

conciliar os seus esforços para o desenvolvimento de um programa efetivo de amparo ao excepcional.

Qualquer plano de atendimento, seja no campo da educação, seja no da reabilitação (ou recuperação), entendida esta como o conjunto de “procedimentos aplicados à pessoa incapacitada e ao meio a que pertence, com finalidade de compensar a reeducação de suas aptidões operativas, reintegrando-a no mais alto nível de eficiência física e psicológica compatível com sua condição atual, assegurando-lhe ocupação produtiva e rendosa”, tem de ater-se a vários procedimentos:

— médicos, de preparação ou recuperativos (cuidado pré-natal, diagnóstico e avaliação apropriados, estimulação precoce);

— instrutivos (ensino especial, exploração e orientação vocacional, organização, condução e supervisão do ensino de artesanato e profissões, instrução especial, como escrita, leitura Braille, leitura labial etc.);

— integrativos (abertura de mercado de trabalho, legislação adequada e leis de estímulos);

— investigação ou pesquisa;

— seguimento (reajustes periódicos que resultem procedentes).

A Contribuição do Supletivo

O ensino supletivo é outro recurso que, certamente, surge, na nova lei, como mais uma fonte para a educação do excepcional, pois objetiva não só suprir a escolarização regular para os adolescentes e

adultos que não a tenham seguido ou concluído na idade própria, como ainda proporcionar, mediante repetida volta à escola, estudos de aperfeiçoamento ou atualização para os que tenham o ensino regular no todo ou em parte.

O ensino supletivo, mediante cursos e exames, terá papel educativo, abrangendo, além da iniciação no ensino de ler, escrever e contar, a formação profissional e o estudo intensivo de disciplinas do ensino regular, complementados, a qualquer tempo, pela atualização de conhecimentos.

Para o excepcional, ele terá de ser planejado, especialmente tanto no que se refere ao currículo e programas quanto ainda no alusivo às provas a que tenha de ser submetido. Assim, um retardado mental, um desajustado de conduta que se tenham atrasado em seus estudos terão chance de complementar seu curso de 1.º e 2.º graus, e os deficientes motores, por

exemplo, não se verão impedidos de prestar provas pelas suas limitações. Condições bem específicas, adaptadas a cada caso, conduzirão todos a obter certa liberdade de ação pela capacidade adquirida quanto a certas tarefas e ao desempenho de um papel na comunidade. Esta é a nossa meta. Este, o desafio que a Lei 5.692/71 lança a cada escola:

— ser capaz de facultar a colocação dos excepcionais no mercado de trabalho. Que tragam as escolas seus planos, sua experiência, seu conhecimento para que, juntos — escola, governo e comunidade — possam contribuir para que as diretrizes e metas do ensino do excepcional se definam com mais objetividade, tornando possível a adoção de medidas capazes de dar ao assunto a solução almejada e situar o nosso País entre aqueles que oferecem possibilidade real de aproveitamento progressivo das potencialidades — parciais ou totais — de todos os indivíduos.

Currículos para Especialização de Professores de Excepcionais do Estado de São Paulo *

124

Objetivo Geral

A política educacional do Estado de São Paulo, observados os princípios constitucionais e as diretrizes e bases da educação nacional, visa estender as oportunidades de educação ao maior número de indivíduos, inclusive aos excepcionais do físico, dos sentidos e da inteligência.

Destarte, a Secretaria da Educação, responsável pelos programas de educação especial destinados à preparação do excepcional para a vida adulta, tanto quanto possível auto-suficiente, para atingir seus fins deverá equipar-se, não só para oferecer oportunidades educacionais ao excepcional como também proporcionar-lhe serviços qualitativamente adequados às suas necessidades.

Objetivo Específico

A natureza do aluno e a de seu ambiente físico e social constituem

• Adotados pela Secretaria de Educação e Cultura.

o elemento básico que permitirá, ao educador, a formulação de objetivos para sua educação. Deste modo, há necessidade de conhecimentos profundos sobre o fenômeno das excepcionalidades (deficiências auditivas, físicas e desvios intelectuais) e suas implicações no aprendizado e no ajustamento social do aluno para o estabelecimento de métodos e processos educacionais capazes de atender suas necessidades específicas.

A consecução desses objetivos dependerá essencialmente de um contingente de professores capacitados para o desenvolvimento dos programas de educação especial na rede de ensino oficial.

Por se tratar de cursos destinados aos professores primários que, pela sua formação básica, devem estar capacitados para o exercício do magistério comum, é desejável que os cursos de formação de professores de excepcionais não incluam na especialização os aspectos gerais tratados nos cursos de formação de professores primários.

Deste modo, de acordo com as necessidades específicas de cada especialidade, os cursos de especialização de professores de excepcionais (deficientes auditivos, físicos, mentais e visuais) deverão incluir as seguintes áreas de estudos:

A. Princípios e métodos da educação especial

O curso de professores de excepcionais é suplementar à formação básica do professor de 1.º ou 2.º graus, partindo do pressuposto de que esta formação seja bem fundamentada e sólida. Sem ela nenhum corpo de conhecimentos especiais fará um bom professor de excepcionais. Deste modo, a primeira exigência para a eficiência de um professor de excepcionais é um profundo conhecimento da pedagogia geral, acrescida dos aspectos específicos necessários à educação especial.

Pelas características específicas do processo de aprendizagem impostas pelas discrepâncias do desenvolvimento da criança pela excepcionalidade, uma metodologia especial e flexibilidade para a adaptação de um cabedal teórico a uma situação prática, são necessárias para um bom desenvolvimento do processo educativo.

B. Aspectos psicológicos relacionados com as excepcionalidades

Os conhecimentos psicológicos a serem ministrados ao professor de excepcionais não visam à análise do ser humano dentro da exclusiva referência de sua excepcionalidade, mas à penetração na verdadeira situação funcional de forma mais profunda.

Evidentemente, problemas específicos de desenvolvimento se impõem na consideração dos problemas individuais ou mais próprios de determinados comprometimentos orgânicos e ambientais.

O aluno está em uma "situação de vida", na qual os desvios podem constituir um desafio e um problema para seu desenvolvimento normal. Entretanto seria sempre um dos aspectos a serem considerados integralmente dentro da situação global de cada criança.

Os professores de excepcionais devem ser orientados para a realidade imediata de proporcionar aos seus alunos oportunidades de auto-realização (desenvolvimento psicofuncional). Dessa forma a essência de trabalho do professor não se fundamenta numa divisão lógica e no ensino de matérias a serem dadas, mas *nas variações da dinâmica de desenvolvimento da criança*. Por esta razão, o professor deve ter uma compreensão profunda das dinâmicas da psicologia do desenvolvimento, uma vez que na criança excepcional, como ficou dito, este desenvolvimento apresenta problemas específicos que requerem considerações específicas, além das genéricas.

C. Aspectos sociológicos ligados ao problema dos excepcionais

Dois aspectos incluídos na filosofia do Governo em matéria de educação: "ajustar os objetivos, o conteúdo e os processos dos vários graus do ensino às necessidades do desenvolvimento sócio-econômico e integrar as escolas nas respectivas comunidades como cen-

tros atuantes do progresso socio-cultural", tem, no que se refere a educação especial, implicações do mais alto significado. É impossível compreender as necessidades globais da criança excepcional, sem a consideração de sua posição dentro da família, da escola, da comunidade e da legislação do País.

D. Aspectos médicos

126 O professor de excepcionais para ser eficiente em seu trabalho deve ser esclarecido sobre aspectos anatômicos, fisiológicos e patológicos, que lhe permitam compreender a moléstia causadora de uma deficiência e suas seqüelas. Entretanto não há necessidade de detalhes etiológicos. Os conhecimentos necessários se confinam à compreensão das complicações no curso da moléstia ou acarretados por suas seqüelas, que possam, eventualmente, prejudicar a criança em seu processo de aprendizagem. Isto significa que o professor deve ser orientado do ponto de vista médico, mas não sistematicamente preparado para dominar o campo específico da Medicina. Tendo melhor compreensão da criança com a qual trabalha, como interesse central, o professor de excepcionais deverá possuir conhecimentos médicos básicos sobre as principais categorias de incapacidade, bem como das deficiências a elas associadas.

E. Prática intensiva no ensino de excepcionais

Ao aspecto prático da preparação de professores deve ser dada atenção especial. Muitas das respostas às questões não podem ser tiradas simplesmente dos livros; é, pois, da maior importância, que os profes-

sores sejam expostos a grande variedade de experiências a serem encontradas no exercício prático de suas funções, para que os conhecimentos teóricos não constituam apenas uma incorporação de conhecimentos acadêmicos, sem sentido na atuação profissional do professor.

Currículo do Curso de Especialização de Professores de Deficientes Auditivos

ÁREAS DE ESTUDO

A. Princípios e métodos para a educação de deficientes auditivos;

B. Aspectos psicológicos da educação de deficientes auditivos;

C. Aspectos sociológicos da educação de deficientes auditivos;

D. Aspectos médicos das deficiências auditivas;

E. Estágios, prática de ensino, supervisão, discussão de casos e seminários.

A. Princípios e Métodos para a Educação de Deficientes Auditivos

A.1. Introdução à educação especial:

A.1.1. Histórico (ênfático o deficiente auditivo);

A.1.2. Definição e terminologia;

A.1.3. Classificação: Excepcionais do físico, sensoriais físicos, excepcionais intelectuais, excepcionais psicossociais, deficiências múltiplas;

A.1.4. Princípios filosóficos em educação especial.

A.1.4.1. Ética profissional;

A.1.5. Características e objetivos da educação de deficientes auditivos;

A.1.6. Formas de atendimento educacional para o deficiente auditivo;

A.1.7. Princípios para a organização de classes especiais para deficientes auditivos;

A.1.8. Organização de currículos e programas.

A.2. Métodos especiais:

A.2.1. Comunicação na aprendizagem:

A.2.1.1. Noções gerais;

A.2.1.2. Recursos audiovisuais;

A.2.1.3. Princípios de Lingüística:

1. Princípios de Semiótica;
2. Princípios da Lingüística Geral;
3. Estudo de comunicação verbal e específica da Língua Portuguesa no Brasil.

A.2.2. Noções de fonoaudiologia:

A.2.2.1. Treinamento de percepção auditiva;

A.2.2.2. Correção de fala.

A.2.3. Seleção, desenvolvimento, adaptação e uso de material apropriado e equipamentos necessários ao ensino de deficientes auditivos;

A.2.4. Métodos em educação especial;

A.2.5. Atividades básicas da aprendizagem:

A.2.5.1. Formação de hábitos;

A.2.5.2. Desenvolvimento sensorial (exercícios);

A.2.5.3. Desenvolvimento de atenção e percepção (exercícios);

A.2.5.4. Desenvolvimento de motricidade (exercícios);

A.2.5.5. Desenvolvimento da linguagem.

A.2.6. Métodos para o desenvolvimento de programas;

A.2.7. Arte aplicada à educação especial:

A.2.7.1. Desenvolvimento da expressão gráfica;

A.2.7.2. Desenvolvimento da expressão plástica;

A.2.7.3. Desenvolvimento da expressão rítmica;

A.2.7.4. Desenvolvimento da expressão corporal;

A.2.7.5. Artes industriais.

A.2.8. Acompanhamento da criança deficiente auditiva na classe comum.

A.2.9. Técnicas de avaliação.

B. Psicologia

B.1. Psicologia evolutiva — Discrepâncias *no desenvolvimento* do deficiente auditivo:

B.1.1. Discrepâncias no desenvolvimento físico;

B.1.2. Discrepâncias no desenvolvimento motor;

B.1.3. Discrepâncias no desenvolvimento intelectual;

B.1.4. Discrepâncias no desenvolvimento social;

B.1.5. Desenvolvimento das funções específicas:

- B.1.5.1. Percepção, formação de conceitos;
- B.1.5.2. Psicomotricidade: Orientação espacial;
Orientação temporal;
Lateralidade;
Imagem corporal;
- B.1.5.3. Linguagem.

B.2. Características afetivo-emocionais:

- B.2.1. Efeitos acarretados ao desenvolvimento afetivo-emocional;
- B.2.2. Atitude dos pais;
- B.2.3. Atitudes de ajustamento à deficiência auditiva;
- B.2.4. Atitudes do professor para um bom ajustamento afetivo emocional.

B.3. Psicologia Educacional:

- B.3.1. Princípios de psicologia da aprendizagem aplicados à educação de deficientes auditivos:
 - B.3.1.1. Behaviorismo;
 - B.3.1.2. Neobehaviorismo;
 - B.3.1.3. Gestalt.
- B.3.2. Técnicas para a observação de alunos.

C. Aspectos Sociológicos

- C.1. A educação de deficientes auditivos no Brasil;
 - C.1.1. Considerações legais.
- C.2. O deficiente auditivo na comunidade:
 - C.2.1. O deficiente auditivo e a família:
 - C.2.1.1. Orientação de pais.
 - C.2.2. O deficiente auditivo e a escola;

- C.2.3. O deficiente auditivo e a comunidade;
- C.2.4. O deficiente auditivo e o trabalho.

D. Aspectos Médicos

- D.1. Noções sobre o aparelho auditivo:
 - D.1.1. Noções anátomo-fisiológicas;
 - D.1.2. Patologia:
 - D.1.2.1. Etiologia;
 - D.1.2.2. Quadros clínicos;
 - D.1.2.3. Problemas terapêuticos.
 - D.1.3. Noções de audiologia;
 - D.1.4. Noções anátomo-fisiológicas da linguagem;
 - D.1.5. Prevenções e diagnóstico precoce.
- D.2. Noções de Psicopatologia:
 - D.2.1. Psicoses:
 - D.2.1.1. Quadros clínicos.
 - D.2.2. Neuroses:
 - D.2.2.1. Mecanismos de defesa.

9.2 Currículo do Curso de Especialização de Professores de Deficientes Físicos

ÁREA DE ESTUDOS

- A. Princípios e métodos da educação de deficientes físicos;
- B. Aspectos psicológicos das deficiências físicas;
- C. Aspectos sociológicos das deficiências físicas;
- D. Aspectos médicos das deficiências físicas;
- E. Estágio: Prática de ensino;

Supervisão, discussão de casos, seminários.

A. Princípios e Métodos para a Educação de Deficientes Físicos

A.1. Introdução à educação especial:

A.1.1. Histórico (ênfatizando o deficiente físico);

A.1.2. Definição e terminologia;

A.1.3. Classificação: Excepcionais do físico:

Sensoriais físicos;

Excepcionais intelectuais;

Excepcionais psicossociais;

Deficiências múltiplas.

A.1.4. Princípios filosóficos em Educação Especial:

A.1.4.1. Ética profissional.

A.1.5. Características e objetivos da educação do deficiente físico;

A.1.6. Formas de atendimento educacional do deficiente físico;

A.1.7. Princípios para a organização de unidades de ensino especial para deficientes físicos;

A.1.8. Organização de currículos e programas.

A.2. Métodos especiais:

A.2.1. Comunicação na aprendizagem :

A.2.1.1. Noções gerais;

A.2.1.2. Recursos audiovisuais;

A.2.1.3. Princípios de Lingüística:

A.2.2. Noções de correção da fala;

A.2.3. Seleção, desenvolvimento, adaptação e uso de material apropriado e equipamentos necessários ao ensino de deficientes físicos;

A.2.4. Métodos em educação especial;

A.2.5. Atividades básicas de aprendizagem:

A.2.5.1. Formação de hábitos;

A.2.5.2. Desenvolvimento sensorial (exercícios);

A.2.5.3. Desenvolvimento da atenção e percepção (exercícios);

A.2.5.4. Desenvolvimento da motricidade (exercício);

A.2.5.5. Desenvolvimento da linguagem;

A.2.6. Métodos para o desenvolvimento de programas;

A.2.7. Arte aplicada à educação especial:

A.2.7.1. Desenvolvimento da expressão gráfica;

A.2.7.2. Desenvolvimento da expressão plástica;

A.2.7.3. Desenvolvimento da expressão rítmica;

A.2.7.4. Desenvolvimento da expressão corporal;

A.2.7.5. Artes industriais.

A.2.8. Acompanhamento da criança deficiente física na classe comum;

A.2.9. Técnicas de avaliação.

129

B. Psicologia

B.1. Psicologia evolutiva — Discrepância no desenvolvimento de deficiente físico:

B.1.1. Discrepâncias no desenvolvimento físico;

B.1.2. Discrepâncias no desenvolvimento motor;

B.1.3. Discrepâncias no desenvolvimento intelectual;

B.1.4. Discrepâncias no desenvolvimento social;

B.1.5. Desenvolvimento das funções específicas:

B.1.5.1. Percepção e formação de conceitos;

B.1.5.2. Psicomotricidade: orientação espacial, orientação temporal, lateralidade e imagem corporal;

B.1.5.3. Linguagem.

B.2. Controle do impulso inadequado:

B.2.1. Hiperatividade;

B.2.2. Impulsividade;

B.2.3. Perseveração;

B.2.4. Labilidade de afeto;

B.2.5. Disfunções motoras.

B.3. Considerações às reações específicas:

B.3.1. Resistência e fadiga;

B.3.2. Lentidão;

B.3.3. Atenção;

B.3.4. Concentração.

B.4. Considerações às reações afetivo-emocionais:

B.4.1. Autoconceito deformado e hipersensibilidade narcisística:

B.4.1.1. Baixa tolerância e frustração;

B.4.1.2. Fuga ao desafio;

B.4.1.3. Controle e manipulação dos outros;

B.4.1.4. Negativismo e luta pelo poder.

B.5. Psicologia Educacional:

B.5.1. Princípios de psicologia de aprendizagem aplicada à educação do deficiente físico:

B.5.1.1. Behaviorismo;

B.5.1.2. Neobehaviorismo;

B.5.1.3. Gestalt.

B.5.2. Técnicas para a observação do aluno.

C. Aspectos Sociológicos

C.1. A educação do deficiente físico no Brasil:

C.1.1. Considerações legais.

C.2. O deficiente físico na comunidade:

C.2.1. O deficiente físico e a família:

C.2.1.1. Orientação dos pais.

C.2.2. O deficiente físico e a escola;

C.2.3. O deficiente físico e o trabalho;

C.2.4. O deficiente físico e a comunidade ampla.

D. Aspectos Médicos

D.1. Noções de neurologia:

D.1.1. Noções anátomo-fisiológicas sobre o sistema nervoso:

D.1.1.1. Introdução, noções de Embriologia, bases anátomo e filogenéticas;

D.1.1.2. Neurônios;

D.1.1.3. Medula espinhal — bases anátomo-fisiológicas;

D.1.1.4. Encéfalo — bases anátomo-fisiológicas;

D.1.1.5. Visão;

D.1.1.6. Audição;

D.1.1.7. Olfato;

D.1.1.8. Tato;

D.1.1.9. Gustação;

D.1.1.10. Linguagem;

D.1.1.11. Patologia da sensibilidade;

**Currículo do Curso de
Especialização de Professores
de Deficientes Mentais**

D.1.1.12. Motricidade;
D.1.1.13. Patologia da motricidade.

D.1.2. Paralisia cerebral:

D.1.2.1. Etiologia;
D.1.2.2. Quadros clínicos;
D.1.2.3. Problemas terapêuticos.

D.1.3. Disritmias:

D.1.3.1. Etiologia;
D.1.3.2. Quadros clínicos;
D.1.3.3. Problemas terapêuticos.

D.2. Noções de ortopedia:

D.2.1. Etiologia;
D.2.2. Quadros clínicos;
D.2.3. Problemas terapêuticos.

D.3. Noções de Psicopatologia

D.3.1. Psicoses;
D.3.2. Neuroses:

D.3.2.1. Mecanismos de defesa.

D.4. Problemas especiais de saúde

D.4.1. Cardiopatias;
D.4.2. Tuberculose;
D.4.3. Asma;
D.4.4. Diabetes;
D.4.5. Câncer;
D.4.6. Lepra;
D.4.7. Pênfigo foliáceo;
D.4.8. Desnutrição.

D.5. Técnicos auxiliares

D.5.1. Noções de fisioterapia;
D.5.2. Noções de terapia ocupacional;
D.5.3. Noções de próteses e orteses.

ÁREAS DE ESTUDO

A. Princípios e métodos para a educação de deficientes mentais;

B. Aspectos psicológicos de educação de deficientes mentais;

C. Aspectos sociológicos de educação de deficientes mentais;

D. Aspectos médicos das deficiências mentais;

E. Estágios: Prática de ensino;

Supervisão, discussão de casos e seminários. 131

A. Princípios e Métodos para a Educação de Deficientes Mentais

A.1. Introdução à educação especial:

A.1.1. Histórico (ênfatizando o deficiente mental);

A.1.2. Definição e terminologia;

A.1.3. Classificação: Excepcionais do físico:

Sensoriais físicos;

(Ênfatização dos excepcionais intelectuais)

Excepcionais intelectuais;

Excepcionais psicossociais;

Deficiências múltiplas.

A.1.4. Princípios filosóficos em educação especial:

A.1.4.1. Ética profissional.

A.1.5. Características e objetivos da educação do deficiente mental;

A.1.6. Formas de atendimento educacional do deficiente mental;

- 132
- A.1.7. Princípios para a organização de classes especiais para deficientes mentais;
 - A.1.8. Organização de currículos e programas.
 - A.2. Métodos especiais:
 - A.2.1. Comunicação na aprendizagem:
 - A.2.1.1. Noções gerais;
 - A.2.1.2. Recursos audiovisuais;
 - A.2.1.3. Princípios de lingüística.
 - A.2.2. Noções de correção de fala;
 - A.2.3. Seleção, desenvolvimento, adaptação, sugestão e uso apropriado de material e equipamentos necessários à educação da criança deficiente mental;
 - A.2.4. Métodos em educação especial;
 - A.2.5. Atividades básicas da aprendizagem:
 - A.2.5.1. Formação de hábitos;
 - A.2.5.2. Desenvolvimento sensorial (exercícios);
 - A.2.5.3. Desenvolvimento da atenção e percepção (exercícios);
 - A.2.5.4. Desenvolvimento da motricidade (exercícios);
 - A.2.5.5. Desenvolvimento da linguagem.
 - A.2.6. Métodos para o desenvolvimento da linguagem;
 - A.2.7. Arte aplicada à educação especial:
 - A.2.7.1. Desenvolvimento da expressão gráfica;
 - A.2.7.2. Desenvolvimento da expressão plástica;
 - A.2.7.3. Desenvolvimento da expressão rítmica;
 - A.2.7.4. Artes industriais.
 - A.2.8. Técnicas de avaliação.
 - B. Psicologia Evolutiva — Discrepâncias no Desenvolvimento do Deficiente Mental
 - B.1.1. Discrepâncias no desenvolvimento físico;
 - B.1.2. Discrepâncias no desenvolvimento motor;
 - B.1.3. Discrepâncias no desenvolvimento intelectual;
 - B.1.4. Discrepâncias no desenvolvimento social;
 - B.1.5. Desenvolvimento das funções específicas:
 - B.1.5.1. Percepção e formação de conceitos;
 - B.1.5.2. Psicomotricidade: Orientação espacial; Orientação temporal; Lateralidade; Imagem corporal.
 - B.1.5.3. Linguagem.
 - B.2. Características afetivo-emocionais:
 - B.2.1. Efeitos acarretados ao desenvolvimento afetivo-emocional;
 - B.2.2. Atitude dos pais;
 - B.2.3. Atitude da criança deficiente mental:
 - B.2.3.1. Autoconceito deformado e hipersensibilidade narcisística:
 1. Baixa tolerância à frustração;
 2. Fuga ao desafio;
 3. Controle e manipulação dos outros;
 4. Negativismo.

B.2.4. Atitudes do professor frente ao ajustamento emocional.

B.3. Psicologia Educacional:

B.3.1. Princípios de psicologia da aprendizagem aplicada à educação do deficiente mental:

B.3.1.1. Behaviorismo;

B.3.1.2. Neobehaviorismo;

B.3.1.3. Gestalt.

B.3.2. Técnicos para observação de alunos.

C. Aspectos Sociológicos

C.1. A educação do deficiente mental no Brasil:

C.1.1. Considerações legais.

C.2. O deficiente mental na comunidade:

C.2.1. O deficiente e a família:

C.2.1.1. Orientação de pais.

C.2.2. O deficiente mental e a escola;

C.2.3. O deficiente mental e o trabalho;

C.2.4. O deficiente mental e a comunidade ampla.

D. Aspectos Médicos

D.1. Noções de Neurologia:

D.1.1. Noções anátomo-fisiológicas sobre o sistema nervoso:

D.1.1.1. Introdução — Noções de Embriologia, bases ontofilogênicas;

D.1.1.2. Neurônios;

D.1.1.3. Medula espinhal-bases anátomo-fisiológicas;

D.1.1.4. Encéfalo — bases anátomo-fisiológicas;

D.1.1.5. Visão;

D.1.1.6. Audição;

D.1.1.7. Olfato;

D.1.1.8. Tato;

D.1.1.9. Gustação;

D.1.1.10. Patologia da sensibilidade;

D.1.1.11. Motricidade;

D.1.1.12. Patologia da motricidade.

D.1.2. Deficiência mental:

D.1.2.1. Etiologia médica;

D.1.2.2. Quadros clínicos;

D.1.2.3. Problemas terapêuticos;

D.1.2.4. Deficiências adicionais;

D.1.2.5. Prevenção e diagnóstico precoce.

D.1.3. Disritmias:

D.1.3.1. Etiologia;

D.1.3.2. Quadros clínicos;

D.1.3.3. Problemas terapêuticos.

D.2. Noções de Psicopatologia:

D.2.1. Psicoses:

D.2.1.1. Quadros clínicos.

D.2.2. Neuroses:

D.2.2.1. Mecanismos de defesa.

9.4. Currículo do Curso de Especialização de Professores de Deficientes Visuais

ÁREAS DE ESTUDO

A. Princípios e métodos para a educação de deficientes visuais;

B. Aspectos psicológicos na educação de deficientes visuais;

C. Aspectos sociológicos na educação de deficientes visuais;

D. Aspectos médicos na educação de deficientes visuais;

E. Estágios: Prática de ensino;

Supervisão, discussão de casos e seminários.

A. Princípios e Métodos para a Educação de Deficientes Visuais

A.1. Introdução à educação especial:

A.1.1. Histórico (ênfatisando o deficiente visual);

A.1.2. Definição e terminologia;

A.1.3. Classificação: Excepcionais do físico:

Sensoriais físicos;

Excepcionais psicossociais;

Excepcionais intelectuais;

Deficiências múltiplas.

A.1.4. Objetivos e características da educação do deficiente visual;

A.1.5. Princípios filosóficos em educação especial:

A.1.5.1. Ética profissional;

A.1.6. Formas de atendimento educacional para com o deficiente visual;

A.1.7. Princípios para a organização de classes de recursos para deficientes visuais;

A.1.8. Organização de currículos e programas.

A.2. Métodos especiais:

A.2.1. Comunicação na aprendizagem:

A.2.1.1. Noções gerais;

A.2.1.2. Recursos audiovisuais;

A.2.1.3. Princípios de Linguística.

A.2.2. Ensino de escrita e leitura para deficientes visuais:

A.2.2.1. Sistema Braille;

A.2.2.2. Tipos aumentados;

A.2.2.3. Outros métodos de comunicação.

A.2.3. O ensino da locomoção para deficientes visuais;

A.2.4. Utilização da visão residual;

A.2.5. Seleção, desenvolvimento, adaptação e uso apropriado de equipamentos necessários ao ensino de deficientes visuais;

A.2.6. Métodos em educação especial;

A.2.7. Atividades básicas da aprendizagem:

A.2.7.1. Formação de hábitos;

A.2.7.2. Desenvolvimento sensorial (exercícios);

A.2.7.3. Desenvolvimento da atenção e percepção (exercícios);

A.2.7.4. Desenvolvimento da motricidade (exercícios);

A.2.7.5. Desenvolvimento da linguagem.

A.2.8. Acompanhamento da criança deficiente visual na classe comum;

A.2.9. Técnica de avaliação.

B. Psicologia

B.1. Psicologia evolutiva. Discrepâncias no desenvolvimento de deficientes visuais:

B.1.1. Discrepâncias no desenvolvimento físico;

B.1.2. Discrepâncias no desenvolvimento motor;

B.1.3. Discrepâncias no desenvolvimento intelectual;

B.1.4. Discrepâncias no desenvolvimento social;

B.1.5. Desenvolvimento das funções específicas:

B.1.5.1. Percepção e formação de conceitos;

B.1.5.2. Psicomotricidade: Orientação espacial;

Orientação temporal;
Lateralidade;
Imagem corporal.

B.1.5.3. Linguagem.

B.2. Características afetivo-emocionais:

B.2.1. Efeitos acarretados ao desenvolvimento afetivo-emocional;

B.2.2. Atitude dos pais;

B.2.3. Atitudes de ajustamento à deficiência visual;

B.2.4. Atitude do professor para um ajustamento afetivo-emocional.

B.3. Psicologia educacional:

B.3.1. Princípios da psicologia da aprendizagem aplicados à educação do deficiente visual:

B.3.1.1. Behaviorismo;

B.3.1.2. Neobehaviorismo;

B.3.1.3. Gestalt.

B.3.2. Técnicas para a observação de alunos.

C. Aspectos Sociológicos

C.1. A educação do deficiente visual no Brasil:

C.1.1. Considerações legais.

C.2. O deficiente visual e a comunidade:

C.2.1. O deficiente visual e a família:

C.2.1.1. Orientação de pais.

C.2.2. O deficiente visual e a escola;

C.2.3. O deficiente visual e o trabalho;

C.2.4. O deficiente visual e a comunidade ampla.

D. Aspectos Médicos

D.1. Noções sobre o aparelho ocular e órgãos anexos:

D.1.1. Noções anátomo-fisiológicas;

D.1.2. Patologia:

D.1.2.1. Etiologia;

D.1.2.2. Quadros clínicos;

D.1.2.3. Problemas terapêuticos.

D.1.3. Aspectos neurológicos;

D.1.4. Prevenção e diagnóstico precoce.

D.2. Noções de psicopatologia:

D.2.1. Psicoses:

D.2.1.1. Quadros clínicos;

D.2.2. Neuroses;

D.2.2.1. Mecanismos de defesa.

OBSERVAÇÃO

Um aspecto importante a ser considerado é que os quatro cursos de especialização deverão ser organizados separadamente, visto que os vários aspectos de cada excepcionalidade devem ser enfocados em separado.

9.5. CARGA HORÁRIA

200 dias letivos com 33 horas semanais, compreendendo um total de 1.100 horas.

9.5.1. Curso de Especialização
para Regentes de Classe
para Deficientes Auditivos

A — PRINCÍPIOS E MÉTODOS

A.1 — 70

A.2 — 270

Total: 340

B — ASPECTOS PSICOLÓGICOS

B.1 — 100

B.2 — 90

B.3 — 80

Total: 270

136 C — ASPECTOS SOCIOLÓGICOS

C.1 — 10

C.2 — 140

Total: 150

D — ASPECTOS MÉDICOS

D.1 — 35

D.2 — 15

Total: 50

E — ESTÁGIO SUPERVISIONADO

E.1 — Prática de ensino de defici-
entes auditivos — 200

E.2 — Supervisão, discussão de
casos, seminário — 100

TOTAL: 300

9.5.2. Curso de Especialização
Para Regentes de Classe
de Deficientes Físicos

A. PRINCÍPIOS E MÉTODOS

A.1 — 70

A.2 — 270

Total: 340

B. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

B.1 — 100

B.2 — 15

B.3 — 15

B.4 — 50

B.5 — 60

Total: 240

C. ASPECTOS SOCIOLÓGICOS

C.1 — 10

C.2 — 130

Total: 140

D. ASPECTOS MÉDICOS

D.1 — 41

D.2 — 10

D.3 — 15

D.4 — 8

D.5 — 6

Total: 80

E. ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS

E.1 — Prática no ensino de
deficientes físicos 200

B.2 — Supervisão, discussão
de casos, seminários 100

TOTAL 300

9.5.3. Curso de Especialização
para Regentes de Classe de
Deficientes Mentais

A — PRINCÍPIOS E MÉTODOS

A.1 — 70

A.2 — 240

Total: 310

B — ASPECTOS PSICOLÓGICOS

B.1 — 100

B.2 — 90

B.3 — 80

Total: 270

C - ASPECTOS SOCIOLÓGICOS

C.1 - 10

C.2 - 130

Total: 140

D - ASPECTOS MÉDICOS

D.1 - 50

D.2 - 15

Total: 65

E - ESTÁGIO SUPERVISIONADO

E.1 - Prática no ensino de deficientes mentais 200

B.2 - Supervisão, discussão de casos, seminários 100

Total: 300

9.5.4. Curso de Especialização Para Regentes de Classe de Deficientes Visuais

A. PRINCÍPIOS E MÉTODOS

A.1 - 70

A.2 - 270

Total: 340

B. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

B.1 - 100

B.2 - 90

B.3 - 80

Total: 270

C. ASPECTOS SOCIOLÓGICOS

C.1 - 10

C.2 - 140

Total: 150

D. ASPECTOS MÉDICOS

D.1 - 35

D.2 - 15

Total: 50

E. ESTÁGIO SUPERVISIONADO

E.1 - Prática no ensino de deficientes visuais 200

B.2 - Supervisão, discussão de casos e seminários 100

Total: 300

Atendimento às Crianças Especiais pelo Sistema de Ensino Público da Guanabara

Maria Therezinha
de Carvalho Machado *

138

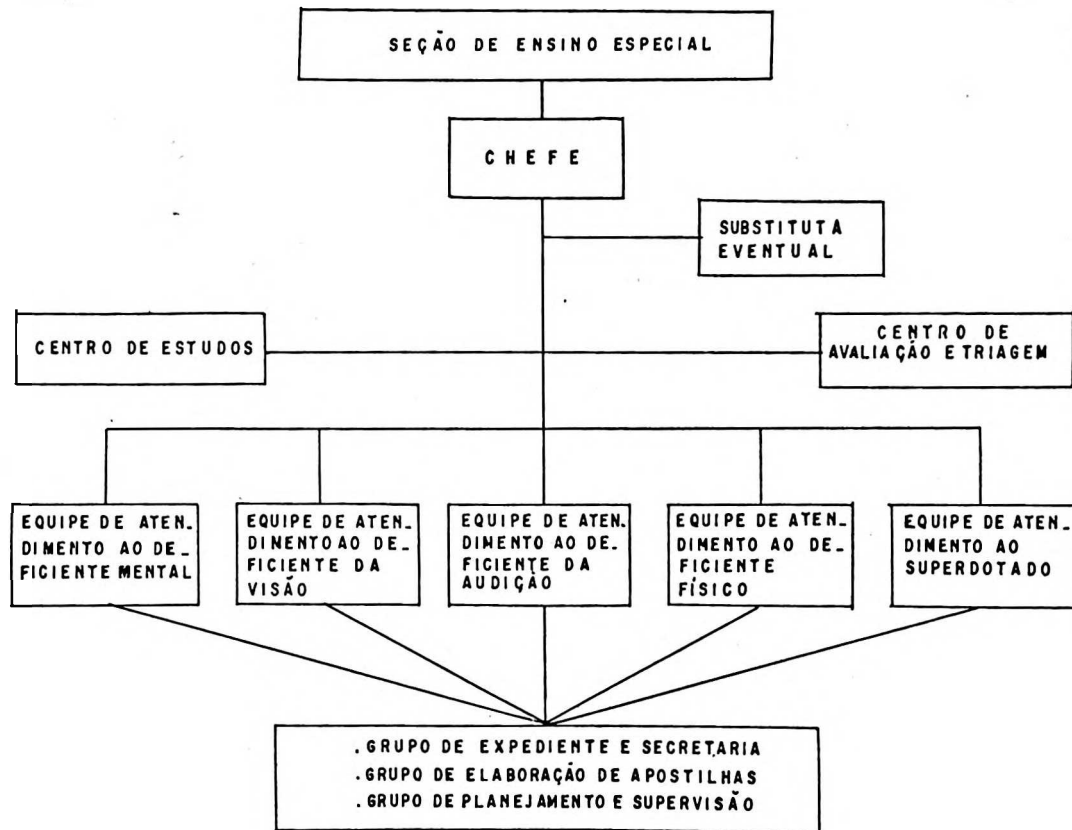
Entendemos por criança especial ou excepcional toda aquela que necessita de ensino especializado, não se beneficiando, apenas, do ensino comum.

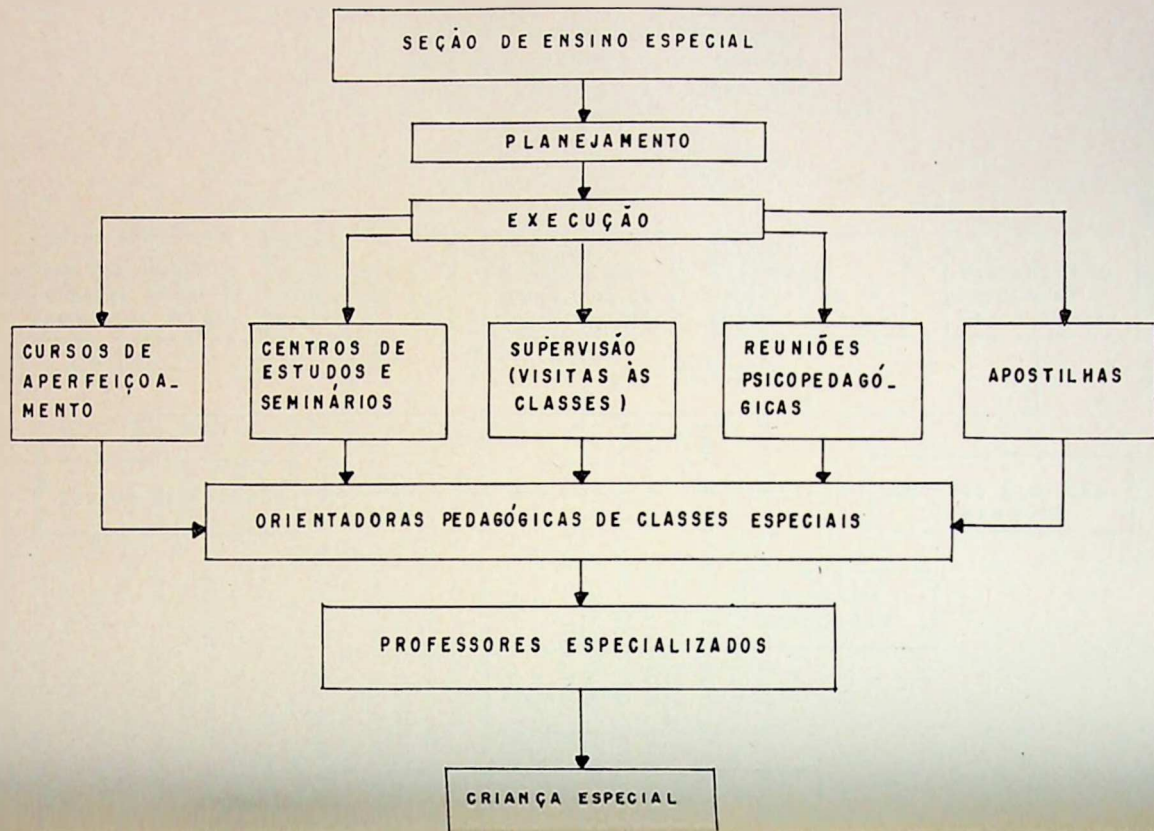
Educação especial, por sua vez, é o ramo da Pedagogia que estuda e reúne os métodos e processos adequados aos indivíduos que necessitam de orientação e de recursos especiais para atingirem o rendimento máximo de suas potencialidades.

Já não se discute mais se devemos ou não atender ao excepcional; a Constituição do Estado da Guanabara no artigo 60, capítulo II, título V, determina que seja assegurada, ao deficiente, a assistência educacional, domiciliar e hospitalar. Ainda, a Lei 5.692 de 1971, no artigo 9.º, preconiza o tratamento especial aos alunos com deficiências físicas ou mentais, aos que se encontram em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e aos superdotados. Para

* Chefe da Seção de Ensino Especial do Departamento de Educação Primária da Secretaria de Educação e Cultura da Guanabara.

tanto, a Secretaria de Educação e Cultura da Guanabara, no Departamento de Educação Primária, Seção de Ensino Especial, vem atendendo às crianças especiais, pois tem como objetivo geral, dar assistência psicopedagógica aos deficientes físicos, mentais, da visão e da audição e aos superdotados, através de equipes especializadas. Funcionam também, nesta Seção, um Centro de Avaliação e Triagem a quem compete realizar a avaliação e o encaminhamento dos alunos às diferentes equipes, bem como um Centro de Estudos que planeja a programação para a reciclagem dos elementos, com assuntos relativos ao excepcional. Todas elas são formadas de professores que possuem curso de especialização ou de formação, nas diferentes áreas, sendo feita, sistematicamente, a reciclagem do pessoal, em cursos de aperfeiçoamento, seminários, palestras, centros de estudos, boletins, apostilhas e reuniões psicopedagógicas periódicas. A supervisão é realizada através de visitas às classes, nas escolas.





Funcionamento da Seção de Ensino Especial

1. Equipe de atendimento ao deficiente físico

Tem como objetivo dar assistência psicopedagógica ao aluno deficiente físico, promovendo seu ajustamento sócio-emocional e desenvolvendo a terapêutica dos distúrbios associados a sua deficiência.

As crianças são atendidas em vários locais:

nos hospitais e clínicas do Estado, que nos solicitaram:

— atendimento precoce, onde são matriculados alunos até cinco anos

e onze meses, e é feito individualmente ou em pequenos grupos;

— atendimento em turmas, de até 8 crianças, para o ensino de 1.º grau comum, para os deficientes físicos normais de inteligência e o ensino de 1.º grau especial, para os que têm um pequeno *deficit* mental.

Nas escolas estaduais de 1.º grau:

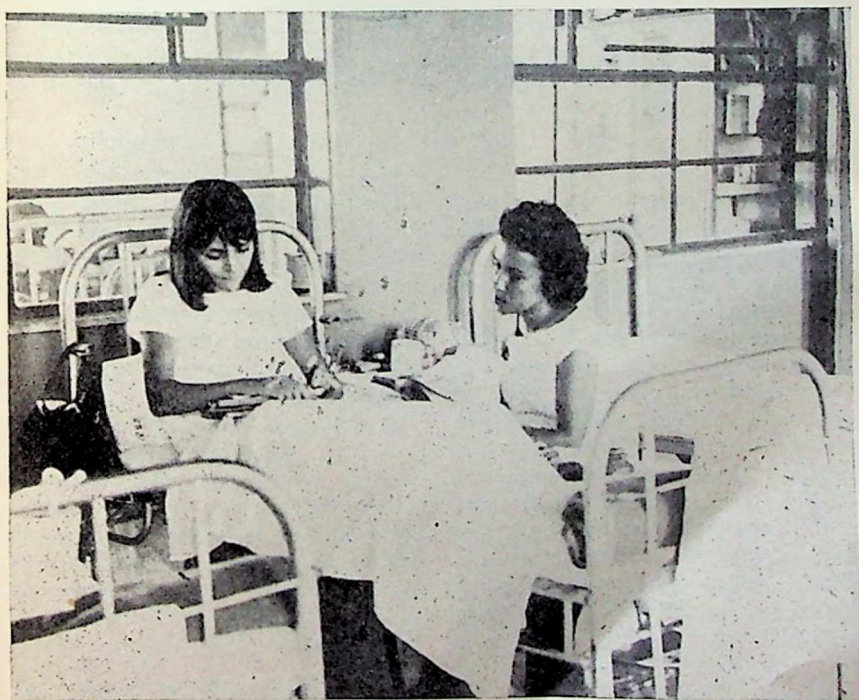
— atendimento em turmas comuns, com orientação ao professor, para os casos de deficiências leves;

— atendimento em núcleos, individualmente, para os casos de distúrbios psicomotores.

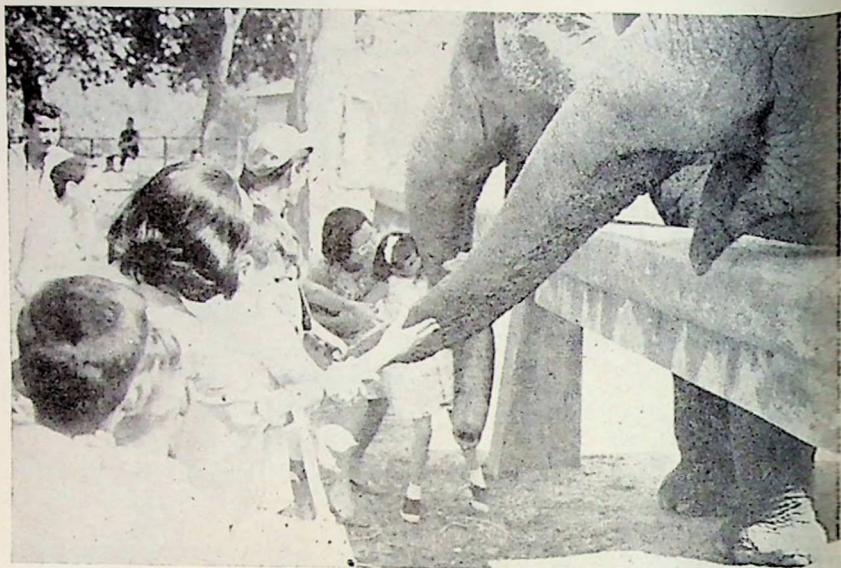
Nos domicílios:

— visitas às residências, para atendimento psicopedagógico a defici-

141



A professora especializada atende uma aluna no leito de um Hospital



Alunos cegos e de visão reduzida fazem uma excursão no Jardim Zoológico

entes físicos, temporários ou permanentes, que estejam impossibilitados de locomoção. A visita do professor especializado só é realizada após o comparecimento da assistente social à casa do aluno. Logo que cesse o impedimento, a criança retorna à Escola de origem para terminar seu curso. Caso não apresente condições de retorno, poderá fazer suas provas e trabalhos com o professor domiciliar, sendo avaliada por ele, que lhe dará o conceito para promoção ou não de série, de acordo com os critérios estabelecidos para o resto da população escolar, respeitadas no entanto, suas limitações.

Os tipos de problemas mais encontrados em nossas classes de de-

ficientes físicos são: a paralisia cerebral, os distúrbios da psicomotricidade, as disritmias cerebrais, a poliomielite, a distrofia muscular progressiva, a osteomielite, as deformações congênitas, as cardiopatias, as nefropatias, anemias e subnutrições.

2. Equipe de atendimento ao deficiente da visão

Deverá dar assistência psicopedagógica ao deficiente visual, através de métodos e processos especiais que possibilitem seu ajustamento ao grupo.

São atendidos alunos cegos e de visão reduzida (amblíopes), nos seguintes locais:

. nas classes em cooperação

— atendimento precoce a crianças menores de cinco anos.

. nos jardins de infância

— atendimento aos alunos de cinco a cinco anos e onze meses, pelo professor itinerante de cegos e amblíopes, que desenvolve um período de preparação para a aprendizagem sistemática. As demais atividades são realizadas com os videntes.

. nas escolas estaduais de 1.º grau

— atendimento em turmas comuns, a partir de seis anos, pelo professor itinerante especializado, que presta assistência ao aluno, usando o sistema Braille e o método ampliado, bem como técnicas de orientação, mobilidade e desenvolvimento das funções intelectuais.

— atendimento em turmas especiais de deficientes mentais e educáveis pelo professor itinerante, aos alunos com pequeno *deficit* intelectual.

3. Equipe de atendimento ao deficiente da audição

Assiste aos deficientes da audição, tornando-os felizes e integrados na sociedade de ouvintes.

São atendidos os alunos hipocúsicos, os duros de ouvido e os surdos profundos, nos seguintes locais:

nas escolas públicas de 1.º grau

— atendimento precoce às crianças menores de cinco anos, individualmente ou em pequenos grupos.

— atendimento em classes especiais de deficientes da audição, aos maiores de seis anos, por professor especializado, para o ensino da fala, o treinamento auditivo, a leitura labial, a aquisição e a consciência de linguagem, o desenvolvimento das funções intelectuais e a escolaridade.

— atendimento em classes comuns, aos alunos que tenham adquirido um desenvolvimento de linguagem que lhes permita compreender o professor de classe comum e os seus colegas ouvintes. A eles é proporcionado, diariamente, algum tempo de trabalho com o professor especializado. 143

— orientação ao professor de classes comuns que tenha alunos hipocúsicos, através de entrevistas semestrais e apostilhas.

. nos jardins de infância

— atendimentos aos alunos entre cinco anos e cinco anos e onze meses, pelo professor itinerante de surdos, que desenvolve uma programação visando ao preparo do aluno para a aprendizagem sistemática.

4. Equipe de atendimento ao deficiente mental

Planeja, orienta e supervisiona o atendimento aos deficientes mentais educáveis e treináveis, através de métodos objetivos, concretos e globalizados, visando ao desenvolvimento da criança especial e preparando-a para a vida futura.



Alunos surdos em dramatização espontânea

Estes alunos são atendidos nas escolas de 1.º grau do Estado; os educáveis, em classes de 15 a 25 crianças, os treináveis em classes de até 10 alunos. A experiência que vimos realizando há quatro anos com estas crianças treináveis em escolas comuns, animou-nos, pelos resultados positivos conseguidos, a aumentar o número dessas classes, este ano. A excelente adaptação dos alunos ao grupo comum, e a aceitação por parte da equipe das escolas (diretora, subdiretora, professores não especializados e serventes), permitiram sua expansão. Este trabalho deixa, então, de ser experimental, para existir efetivamente dentro do contexto do ensino especial.

Com os alunos dessas classes desenvolvemos um programa que abrange: atividades de *vida diária*, desenvolvimento da linguagem, treinamento psicomotor, desenvolvimento das funções intelectuais e da criatividade, técnicas de artesanato e a escolaridade.

5. Equipe de atendimento ao superdotado

Este atendimento tem por objetivo orientar e supervisionar o trabalho do professor que possui em sua classe, algum aluno superdotado e planejar um programa de enriquecimento que lhe proporcione condições de se desenvolver ao máximo.

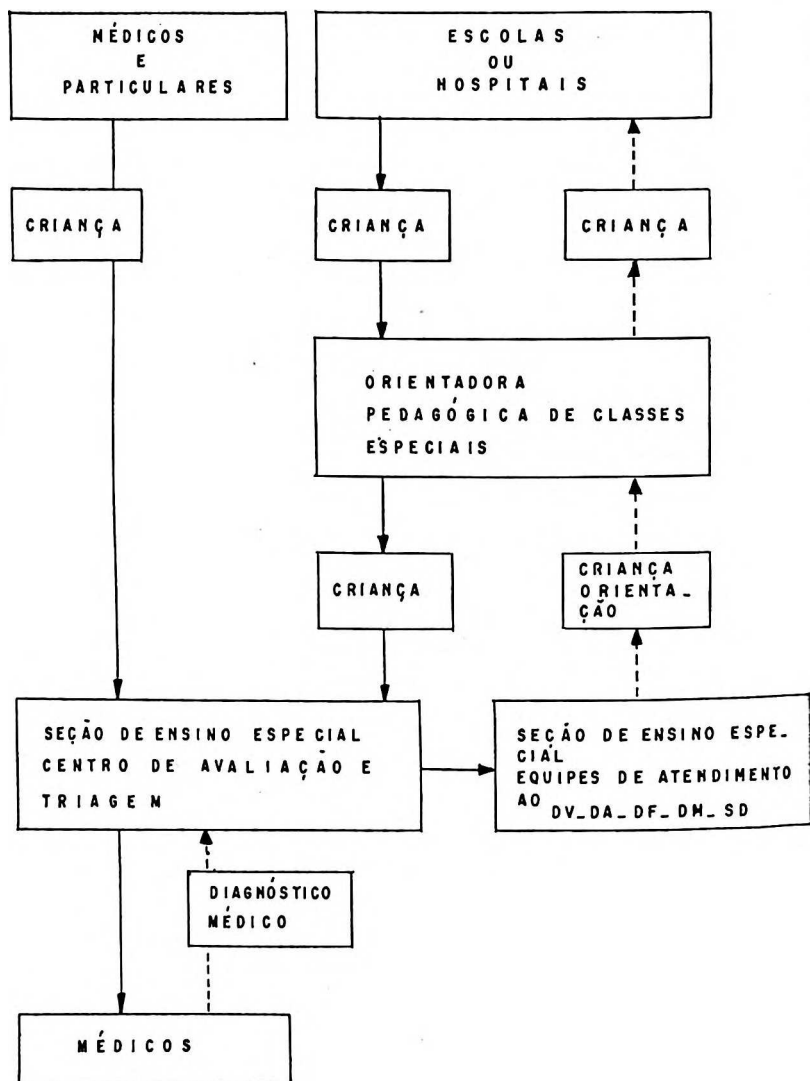


Alunos deficientes mentais educáveis em atividades de criatividade

O atendimento ao superdotado foi iniciado este ano pelo Departamento de Educação Primária, por acharmos que o problema desta criança precisa ser encarado com atenção especial, pois depende dela, em grande parte, o desenvolvimento científico, industrial e artístico do País, devendo surgir, deste grupo, os líderes da Nação.

Várias atividades foram programadas: debates, pesquisas, entrevistas, excursões, organização de clubes de leitura e de ciências, composição de pequenas peças teatrais, visitas a museus e bibliotecas, desenvolvimento da criatividade e muitas outras.

Trata-se de um assunto bastante controverso, o tipo de atendimento que se deve dar a esta criança. Depois de uma série de centros de estudos realizados pela equipe desta Seção, decidimo-nos por sua freqüência à classe comum, recebendo porém um enriquecimento em núcleo, após a aula. Atendemos também aos alunos que, apresentando QI muito elevado, não conseguem vencer uma aprendizagem sistemática. Esclarecemos, no entanto, que nem todos os indivíduos com elevado nível mental podem ser considerados superdotados, pois o que os caracteriza é, sobretudo, o alto grau de criatividade.



6. Centro de avaliação e triagem

Trata-se de equipe coordenada por uma psicóloga e a ela compete avaliar a criança sob todos os aspectos, preparar a síntese do caso e encaminhá-la à equipe adequada, para que seja enviada à classe, após orientação aos pais e ao professor que a irá receber.

7. Centro de Estudos

Funciona com o objetivo não só de reciclar o professor e o orientador, mas também de manter constante intercâmbio com entidades especializadas, dentro e fora do País, a fim de levar à Equipe todos os assuntos atuais em relação ao excepcional. Além disso, pertence ao Centro de Estudos, uma biblioteca contendo livros, revistas, notícias e uma bibliografia nacional e estrangeira sobre assuntos concernentes à educação especial. Professora especializada funciona como secretária deste Centro, encarregada de dirigir todas as atividades para ele programadas e de elaborar boletins e apostilhas de divulgação dos assuntos discutidos pela equipe.

No trabalho com a criança especial, levamos em conta alguns princípios gerais, dentre eles, o de propiciar-lhe a educação precoce, pois quanto mais cedo for iniciado seu atendimento, maiores serão as probabilidades de recuperação; estimular a atividade própria do aluno, deixando-o agir sozinho sempre que possível, permitindo que crie livremente, que planeje e decida sobre suas ações; desenvolver um ensino predominantemente utilitário, em que são ministradas noções aplicáveis à vida diária, juntamente com a formação de hábitos e atitudes necessários a um bom ajustamento social.

A educação do excepcional passou de uma fase empírica, sem fundamentos e sem métodos, embora idealista e com realizações, a uma fase científica, em que se observa uma preocupação com as causas dos problemas, sua síndrome, estudo e análise, diagnóstico e diretrizes educacionais a serem traçadas.

O ensino público da Guanabara tem como filosofia de trabalho a integração da criança especial no meio comum, tanto quanto possível, procurando fazê-la feliz, antes de tudo, através da sua aceitação pelos que a cercam.

147

Referências bibliográficas

- FICHOT, Anne Marie — *L'enfant dysléxique*, França, Eduard Privat Editeur, 1967.
- MACHADO, Maria Amélia de Carvalho — *A criança desléxica. Escola Viva*, 1972.
- POPPOVIC, Ana Maria — *Alfabetização-difunções psicológicas*. Editora Psicopedagógica Ltda., 1968.
- MACHADO, Maria Therezinha — *Distúrbios Psicomotores*, Apostila da Seção de Ensino Especial da Secretaria de Educação do Estado da Guanabara.
- KETHART, Newell C. — *Learning disability an Educational adventure*. Purdne University, Lafayette, Indianna, Kappa Delta Picture, 1967.
- BÜHLER, Charlott — *El problema de la Infancia e la Maestra*, versão Castelhana de Leon Mirilas, Buenos Aires e México, Espasa Calpe Argentina S.A.

- 148 MANNONI, Maud — *A criança, sua "doença" e os outros* — Trad. A. C. Villaça. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1971, 254 páginas.

A matéria de abertura define a atual posição da autora no campo da psicanálise de crianças, atividades a que se dedica na França onde é considerada uma das autoridades mais renomadas na matéria.

De formação freudiana, declara-se seguidora da orientação analítica de Jacques Lacan, um dos líderes da atual renovação psicológica naquele país, em termos de pensamento analítico.

Participa, como analista, da experiência do Externato Médico-Pedagógico, em Thiais, Sena, dedicado a deficientes mentais, relatando, no apêndice deste livro, os resultados de sua atuação.

Lembra a autora que os conflitos da criança nos primeiros anos de vida são necessários, porque "iden-

tificatórios", mas que não são conflitos com o *real*. Trata-se "não de uma situação biológica, ou animal, de luta pela vida mas de uma situação *imaginária* que deve ser pouco a pouco *simbolizada*".

Detém-se na contribuição de Melanie Klein. Lembra, por exemplo, que um dos méritos de sua escola é falar sempre em termos de *situações* (de angústia) e de *posições* (depressiva, persecutória) e não de etapas de desenvolvimento. Enfatiza a contribuição freudiana, lamentando que os analistas tenham levado tanto tempo para compreender sua importância em psicanálise infantil. Acredita que "a mensagem de Freud, continuamente perdida, deve ser retomada sem cessar".

Na primeira parte de seu trabalho, a autora condensa a fundamentação teórica de seu trabalho clínico, exposta objetivamente através do documentário de casos de crianças emocionalmente perturbadas.

Segue-se o relato de três casos clínicos envolvendo a criança, seus pais e o analista. Mostra, através do registro de situações, que "a criança doente não é uma entidade em si mesma, pois faz parte de um mal-estar coletivo; sua doença é nada mais que um suporte da angústia de pais, portadores de problemas não resolvidos com seus próprios pais".

Principais colocações da autora:

1 — A pesquisa psicanalítica se deslocou do estudo do neurótico para o estudo da criança, tendo a análise demonstrado que a criança vive, inalterada, no homem doente tanto quanto no sonhador ou no artista.

2 — Estudo da relação sintoma-palavra. O sintoma como máscara ou linguagem cifrada denuncia a ausência da palavra verdadeira (aquela palavra reveladora de certa curiosidade) que a mãe, o pai, ou ambos, não tiveram condição emocional para dizer na hora desejada. O sintoma seria assim a forma enigmática de a criança situar-se em face do desejo do adulto significativo.

Onde os behavioristas vêem a influência do "meio ambiente", a autora vê "os efeitos de palavras ouvidas (compreendidas ou não) que formam outra espécie de meio, um meio ambiente imaterial, numa perspectiva já não biológica".

A palavra é de capital importância, pois "só falando a criança consegue sair da prisão imaginária em que vive e articular sua pergunta".

Acredita que é exatamente no campo da palavra que a obra de Melanie Klein ganharia em ser retomada.

3 — A transferência, em psicanálise de crianças, pode exprimir uma situação de defesa contra a angústia experimentada no lar, na escola ou na análise.

Segundo a autora situa-se, a transferência não se limita a uma pura experiência afetiva (saber se a criança pode ou não transferir para o analista seus sentimentos em relação aos pais). "A questão é fazer a criança sair de certo jogo de equívocos que ela mantém com a cumplicidade dos pais."

149

4 — A psicoterapia das psicoses é, ainda, problema desafiante. A cura da criança só começa quando o analista consegue "tocar o ponto em que ela se prende emocionalmente ao desejo materno ou paterno".

Pioneiros na utilização das descobertas de Freud, nessa área, foram Abraham e Bleuler, cabendo a Melanie Klein a revelação de novas pistas, hoje bastante divulgadas, na abordagem das psicoses.

5 — O problema urgente, no tratamento do deficiente mental, é tentar interessar os especialistas das diferentes áreas em novas possibilidades de pesquisa, tendo em vista a evolução da metodologia em vigor. Em "apêndice", enfatiza três ângulos do problema da educação da criança:

a) *A debilidade mental no enfoque analítico* — Reconhece que Freud inaugurou uma época, mas

que suas contribuições não foram ainda, de modo geral, incorporadas. Como a equipe especializada das instituições que atendem à criança retardada não conta, salvo raras exceções, com a participação de psicanalistas, o conhecimento não tem evoluído nessa área.

A ênfase dada a Itard, Piaget e Decroly reduz, ainda hoje, o tratamento da criança retardada à prática de métodos pré-analíticos.

150 No entanto, insiste a autora, o ensino orientado pelos resultados da pesquisa psicanalítica mostra que, mesmo o ser mais prejudicado, tem sempre a ganhar por seu intermédio.

2 — *Balço de uma experiência em externato médico-pedagógico* (França) — A autora relata o funcionamento de uma instituição, assistida por psicanalista, que atende a débeis mentais médios e ligeiros, entre 6 e 14 anos de idade, com perturbações graves de comportamento, e que freqüentam classes pré-escolares e escolares.

Detém-se no aspecto técnico, reconhecendo que a dimensão analítica é, sem dúvida, mais difícil de introduzir e manter em um externato desse tipo do que em clínica particular, por uma razão muito simples: o analista representa sempre, para o grupo de adultos responsáveis, uma ameaça: "é pessoa que se supõe que sabe o que implica para o outro no encontro com uma verdade que pode surgir e que ele deseja manter escondida de si mesmo".

Mostra como o analista consegue funcionar, ao se tornar aceito pelo

grupo, introduzindo-se na organização institucional para "estabelecer um circuito de intercâmbios e motivar uma revisão de hábitos estabelecidos".

Considera indispensável ouvir os pais no começo do tratamento, pois nenhuma cura pode ser compreendida, se os pais se recusarem a participar.

O externato realiza, paralelamente, pesquisas no domínio tanto pedagógico como psicanalítico, preservando a unidade de pontos de vista na orientação das atividades. O importante é considerar a equipe, com suas dificuldades e choques, inevitáveis em qualquer evolução, e impedir que o diálogo seja interrompido, o que só se torna viável com a mediação do analista.

3 — *Dificuldades de colaboração entre psicanalistas e educadores oficiais* — As dificuldades surgem quando uns e outros não definem de início e claramente sua posição em face da criança.

O educador se situa em face da realidade da criança para organizar uma ação adaptativa. O analista age de maneira diferente, parte de sua própria representação da criança, pois busca o sujeito que lhe foge e foge de si mesmo. Numa concepção tradicionalista, pedagogia e psicanálise mantêm-se em compartimentos estanhos, como disciplinas distintas.

Hoje, no entanto, se reconhece que há, de fato, uma interação entre psicanálise e pedagogia e, também, que "há necessidade de

repensar a pedagogia à luz das descobertas psicanalíticas”.

Vivendo em uma instituição “a aventura que é *escolarizar* crianças deficientes, a autora teve de repensar todo o problema da aprendizagem escolar em função da natureza dos obstáculos encontrados”. Pôde, assim, avaliar a importância dos fatores psicológicos em toda evolução pedagógica.

Lembra que a psicanálise, em uma instituição, além de atender as crianças (casos mais graves), visa, sobretudo, à assistência analítica ao educador. Entre outras vantagens “reduz os riscos de crises depressivas e de despersonalização do educador por estar ele muitas vezes exposto, em seu ser (sem a proteção de uma análise pessoal), à agressividade, à apatia, de certos tipos de criança”.

No entanto, conclui a autora, a eficácia da presença analítica, em um estabelecimento, vai além desse atendimento à criança e ao educador. A questão é “introduzir uma posição analítica, a partir da qual o educador se habilitará a fazer, ele próprio, as suas descobertas”.

Acentua Mannoni que “psicanálise e pedagogia não devem coexistir como disciplinas diferentes, mas complementares, a fim de impedir a divisão da criança através de especialidades múltiplas”.

Tendo em vista a realidade brasileira, o lançamento de Maud Mannoni parece bastante oportuno, sobretudo no momento em que o Ministério da Educação elabora nova política e estratégia para atender ao excepcional.

A presente contribuição poderá ser útil não só aos serviços públicos e às instituições dedicadas ao problema da criança deficiente, mas também aos sistemas de ensino em geral, no que se refere à revisão de hábitos e atitudes do educador.

GENERICE ALBERTINA VIEIRA

DELACATO, Carl H. * — *O diagnóstico e tratamento dos problemas de fala e leitura*. Tradução de Luíza Leite Ribeiro. Rio de Janeiro, Edição do “Centro de Reabilitação Nossa Senhora da Glória”, s.d., 199 p.

151

Traduzido em várias línguas e já em oitava edição, o livro vem despertando curiosidade. O fato talvez se deva à radical reformulação do problema do deficiente mental, proposta pelo autor, inclusive quanto à terminologia, pois considera ultrapassados termos clássicos como “excepcional”, “retardado”, “subdotado”, “oligofrênico” etc.

A reabilitação dos estados neurológicos, enfatizando a criança de cérebro lesado, aparece sob novo enfoque: cada criança repetiria,

* O autor é diretor do *Developmental Reading Program Chestnut Hill Academy, Psychological Services of The Rehabilitation Center of the Institute of Language Disability, The Chestnut Reading Clinical Philadelphia, Pennsylvania*. Lidera nova e discutida escola sobre organização e reabilitação neurológica que visa desenvolver as potencialidades do cérebro humano. Entre seus livros, destacam-se *The treatment and prevention of reading problems* (1959), *The elementary school of the future* (1965) e *Neurological organization and reading* (1966), editados nos Estados Unidos por Charles Thomas.

em seu desenvolvimento neurológico, as etapas evolutivas vencidas pela espécie através de milênios. Nessa perspectiva, o harmonioso desenvolvimento neural humano se daria em função da mielinização ascendente e horizontal das células cerebrais, determinando a dominância das funções receptivas (sensoriais) e expressivas (motricidade) da criança, a partir do nascimento até os 7 anos de idade aproximadamente. Bloqueios e distúrbios nesse desenvolvimento neural constituiriam as causas profundas dos problemas da fala (oral e escrita), da audição, da visão, do tato e da motricidade.

Os conceitos propostos resultam, segundo o autor, de avançadas pesquisas realizadas pelos defensores da nova escola, compreendendo centenas de crianças, adolescentes e adultos de cérebro lesado, confrontados com indivíduos que não apresentam qualquer problema de movimento ou comunicação. Assim, a presente reformulação seria o resultado da visão e do trabalho de vários estudiosos (neurologistas, fisiatras, psicólogos, terapeutas, pesquisadores, professores) que se interessam pelas novas idéias e ousaram testá-las no campo das respectivas atividades profissionais.

Em 1959, em seu livro *The treatment and prevention of reading problems*, o autor já afirmava que "organização neurológica é essa condição fisiologicamente ótima que só no homem se completa como resultado do desenvolvimento neural ontogenético ininterrupto".

Nessa perspectiva, os problemas de fala e leitura ("índices clínicos

da natureza e qualidade da organização neurológica de um indivíduo") não podem continuar sendo classificados, diagnosticados e tratados com base apenas em seus sintomas. Afasia, fala deficiente, gagueira, problemas de leitura, ortografia e caligrafia etc., seriam aspectos do mesmo problema: disfunção em comunicação. Tratando-se de uma questão apenas de grau, com causa comum, o tratamento deveria ser idêntico.

Não fora a contribuição de cientistas que se sucedem (Gesell, Orton, Skeffington, Getman, Harmon, Wada, Gellner, Lashley, Sherrington, Burr, Hebb, Weiner, Penfield, Roberts, Fay, Sptiz e Doman), buscando, por diferentes caminhos, estudar os problemas da linguagem, "a educação ainda estaria tratando problemas neurológicos por meio de exercícios fonéticos, limitando-se aos tristes resultados do passado".

O autor estabelece critérios de avaliação do nível e da qualidade da organização neurológica, com vistas ao diagnóstico, afirmando que a criança de cérebro lesado só se torna capaz de falar, ler e escrever, quando satisfaz a tais critérios.

A visão pioneira do autor, desenvolvida em nove capítulos, abrange linguagem, revisão histórica do problema, filogenia e ontogenia da organização neurológica, organização neurológica e lesão cerebral e, finalmente, o processo diagnóstico e de tratamento.

Casos ilustrativos, referentes a vários tipos de problemas da fala e da leitura, procurando documen-

tar situações clínicas, ressentem-se, todavia, de abordagem mais substancial.

Quanto à questão de "direito" e "competência" dos profissionais, em suas respectivas áreas, o autor aponta posições ou atitudes isoladas. Assim, no passado, educadores e psicólogos assumiam a principal responsabilidade no diagnóstico e tratamento de tais problemas, cabendo ao médico função auxiliar, secundária. Nos últimos anos, porém, em decorrência de certos fatos, como redução do índice de mortalidade infantil, escassa recuperação da criança de cérebro lesado e, sobretudo, o avanço da ciência, o quadro se modifica. Experiências de laboratório para testar o desenvolvimento potencial da célula nervosa abrem novas perspectivas, levando a crer que as causas profundas dos problemas de fala e motricidade são de origem orgânica.

Daí a razão da tendência atual da medicina, segundo o autor, assumindo a liderança de diagnóstico e tratamento. É a neurologia em suas várias especialidades (neuropediatria, neuroquímica, neurofisiatria, neuropsiquiatria, neurofoniatria etc.) que responde hoje pela decisão final de diagnóstico, reservando-se a educadores e psicólogos atuação complementar, secundária.

Talvez coubesse indagar aqui sobre a conveniência de uma revisão de posições ou atitudes dos profissionais das diferentes áreas, partindo-se para uma visão mais dinâmica, interdisciplinar, do problema.

A presente comunicação de Delacato seria, sem dúvida, mais completa se documentada por resultados de uma avaliação científica da experiência que vem realizando.

A "nova escola", já adotada em vários países, é conhecida em nosso meio como "Centro de Reabilitação Nossa Senhora do Glória", instituição brasileira filiada ao Centro de Filadélfia.

A divulgação da obra, como motivação para pesquisas e experimentação, parece bastante oportuna, sobretudo neste momento em que a educação especial passou a ser uma das metas prioritárias do MEC, estando o INEP encarregado de apresentar, a curto prazo, o resultado de estudos e levantamentos em âmbito nacional que ofereçam alternativas de uma política e de normas de ação que permitam ao MEC implantar um sistema racional e contínuo de atendimento educativo-assistencial ao excepcional em todas as áreas — audiocomunicação, visão, deficiência físico-motor e deficiência mental.

GENÉRICE ALBERTINA VIEIRA

COMITÊ SOBRE A ADOLESCÊNCIA (Grupo para o adiamento da Psiquiatria — E.U.A.) — *Dinâmica da Adolescência*. São Paulo, Editora Cultrix, 1970, 141 p. Trad. de Octávio Mendes Cajado.

O assunto deste livro é a biologia da adolescência, os fatores culturais na adolescência, a psicologia da adolescência, a dinâmica das respostas adultas à adolescência, o desenvolvimento genital.

Levando em conta a quase habitual atitude negativa dos adultos para com a adolescência, o Comitê encarregado da pesquisa parte, em seu estudo, de uma indagação: pode-se fazer algo para atenuar o conflito entre o adolescente e a sociedade? Os autores julgam que esclarecimentos sobre a psicodinâmica da adolescência normal leve à harmonia as duas gerações conflitantes. A característica do enfoque dado ao problema é, progressivamente, biológica, cultural e psicológica. O ponto de vista são os conceitos e percepções da psicologia psicanalítica sobre o adolescente *normal*. Faz-se distinção entre *puberdade*, processo hormonal de desenvolvimento somático, e *adolescência*, processo psicológico, social e de maturação. Os autores caracterizam a *puberdade* em seus aspectos físicos, seu ritmo, suas eventuais disritmias, provenientes de causas culturais, e suas conseqüências. Destas, a mais importante é a nova consciência do corpo, fenômeno que gera novos sentimentos e pensamentos. Psicologicamente, ocorre a ansiedade e a necessidade de aprovação social, da qual decorre inevitável sofrimento, pois os adolescentes temem a má aparência, comumente adquirida neste período, durante certo tempo. Irrompe o instinto sexual, derivado em várias formas de ação, ao mesmo tempo que se configura a *defesa*, contra os impulsos sexuais e agressivos, sob a forma de *ascetismo* e *intelectualização*. Tratando dos fatores culturais na adolescência, os autores salientam que as culturas variam acentuadamente nas definições do estado adulto, compreendido por dois grupos de critérios: os que

definem a função (ganhar a vida, por exemplo) e os que definem o *status* (direito ao voto, por ex.). Os critérios de *status* são mais rígidos, arbitrários e repousam sobretudo em alcançar metas tradicionais. "A definição social do adulto, no exercício de suas funções, parece ser alcançada, na civilização ocidental, quando ele assume, pela primeira vez, a plena responsabilidade de si mesmo. Isto geralmente se segue ao atingimento de um equilíbrio mental e emocional relativamente estável, característica do término psicológico da adolescência" (ps. 39-40). Diferindo conforme a cultura, as maneiras de satisfazer necessidades básicas e idênticos mecanismos de defesa aparecem em todos os adolescentes. As tensões provêm não só de motivos biológicos, como também das pressões culturais, que diferem de civilização para civilização. Os autores analisam este ponto etnicamente, com demonstrações de pesquisas antropológicas comprobatórias. Estudam situação dos adolescentes na classe média norte-americana, os quais, conscientes de seu *status*, unem-se em grupos coesos, mas sofrem o seu "*status* de hiato", já não são crianças, mas também não se espera deles que sejam perfeitamente adultos. Daí certa irresponsabilidade às vezes perigosa, devido à situação não claramente definida. Preso à família conjugal, o adolescente vê outras pessoas mais velhas como cópias dos pais e se sente submetido aos valores culturais do passado. Uma conseqüência moral desse fato é a repressão que o adolescente exerce sobre si, no que se refere ao impulso sexual (ou o sentimento de culpa, se segue o instinto normal). Outros proble-

mas que o adolescente enfrenta são a descontinuidade de papel entre a infância e a idade adulta, a mudança social rápida, enquanto a filosofia existencial sustenta que a única realidade é o momento atual, de modo que o futuro se apresenta imprevisível.

Segue-se um estudo da psicologia da adolescência, isto é, da dinâmica do funcionamento psicológico interno do adolescente e suas relações mais íntimas com as pessoas. "Os elementos primários que entram na dinâmica intrapsíquica são as forças e exigências dos impulsos instintuais, sexuais e agressivos (o *id*); a parte mediana, executiva, da personalidade, que utiliza o intelecto peculiar-

mente humano, a linguagem e outras capacidades na tarefa de manter o equilíbrio psicológico enquanto enfrenta as exigências partidas do interior da personalidade e vindas do mundo exterior (o *ego*); o próprio sistema de valores do indivíduo, ou consciência que engloba os conceitos do certo e do errado, os imperativos morais e os seus ideais (o *superego*)" (p. 59-60).

A pré-adolescência caracteriza-se pela quantidade de conflitos referentes ao sexo. À medida que ocorrem as mudanças da puberdade, ocorrem as mudanças correspondentes da personalidade, nem sempre manifestamente demonstradas.

155

LÍVIA FERREIRA

Aspectos Psicológicos na Disfunção Cerebral Mínima *

1. INTRODUÇÃO: *Problemas de aprendizagem Escolar — Dificuldades do Diagnóstico.*

O assunto tratado neste trabalho tem insuspeitadas conseqüências tanto no campo teórico como no prático, por se tratar de tema extraordinariamente difícil de manejar em qualquer das formas em que seja tomado, em face das aparentes contradições que se encontram nos diferentes grupos de psiquiatras, neurologistas e psicólogos dedicados ao assunto.

Entrarei o menos possível em polêmicas, concentrando esforços, pelo contrário, na explicação daquilo que já parece estabelecido.

Atualmente, é prática bastante comum a procura de Clínicas de Ori-

• O presente trabalho foi apresentado ao II Congresso Brasileiro de Neuropsiquiatria Infantil — 1970, pela psicóloga Nilza Tartuce, diretora do Instituto de Educação do Excepcional da Guanabara.

entação Infantil para os casos de dificuldades de aprendizagem escolar. As equipes técnicas adotam, nestas situações, a mesma atitude que utilizam para os demais transtornos e, por meio da história clínica, testes psicológicos, exames médicos e demais investigações complementares tratam de determinar os fatores subjacentes ao fracasso na escola. Em alguns casos se consegue fazer isso com alguma precisão enquanto em outros apesar da investigação minuciosa, surgem, apenas, hipóteses, sendo muito difícil a formulação diagnóstica.

Até bem pouco tempo, a criança que não aprendia no ritmo comum era considerada deficiente mental. Felizmente, pais e professores vêm desenvolvendo uma atitude mais compreensiva e benevolente para com estes problemas e tratam de buscar esclarecimento e conseqüente orientação sobre as possíveis causas que interferem na aprendizagem normal. Esta saudável reação protege a criança de qualificações arbitrárias que, uma

vez usadas, são difíceis de erradicar. Há, felizmente, por parte de todos, melhor conhecimento sobre a prevenção e o tratamento dos desequilíbrios psicológicos da criança, cuja manifestação é, em muitos casos, o rendimento escolar deficiente.

Os estudos sobre retardo escolar não devidos à deficiência mental, se bem que numerosos, são, na maioria, incompletos e abordam, somente, aspectos parciais do problema. Isto porque, até bem pouco tempo, o enfoque era, principalmente, o da Psicologia clássica, na qual a investigação se limitava às funções acessíveis à observação direta. Com o advento da Psicanálise, outras funções e aspectos psicológicos se puseram em evidência e alcançaram reconhecido valor genético-dinâmico, assumindo significativa hierarquia na escala de frequência e importância, os distúrbios emocionais, como causa das dificuldades escolares. Entretanto, muitos exemplos de conduta anômala em crianças não se podem explicar como originados por problemas emocionais. A comparação do psicólogo, com frequência, o impele a buscar emoções patológicas sempre que se defronta com casos de distúrbios de aprendizagem e comportamento, esquecendo que certas lesões cerebrais podem ser responsáveis por uma conduta irregular, por afetarem o ego da criança a tal ponto que seu contato com a realidade fica ameaçado ou mesmo perdido. Por outro lado, com frequência, são passados por alto fatores emocionais superpostos a uma lesão cerebral, quando a patologia desta parece explicar todo o quadro clínico.

2. ASPECTOS TEÓRICOS DO DIAGNÓSTICO

Do ponto de vista psicológico, aprender é uma função do Ego: captar a realidade externa através do seu sistema perceptivo e ter noção da presença e da natureza das necessidades internas. Há muitas maneiras pelas quais o Ego percebe o mundo exterior, de como o indivíduo aprende este mundo e adquire as atitudes para tratar com ele.

Do ponto de vista orgânico, o processo de aprendizagem constitui uma das funções do Sistema Nervoso Central. Durante longo tempo, neurologistas, neuroanatomistas e neurofisiólogos têm estudado o SNC por suas diferentes vias de investigação. Baseados na correlação dos diversos e abundantes achados dessa investigação, que trouxe o conhecimento atual das funções do sistema nervoso, os psicólogos e educadores realizam o estudo do processo da aprendizagem, efetuando numerosas observações de como aprendem as crianças e se o fazem melhor por um método do que por outro.

Assim, se a capacidade para aprender tem uma base estrutural no sistema nervoso, estando esta base prejudicada por um fator constitucional, enfermidade ou lesão, a capacidade para aprender estará, sem dúvida, alterada.

Não se pode negar que tem surgido, nos últimos anos, um aumento do número de crianças com dificuldades para aprender, mas isto se deve, possivelmente, a dois fatos:

a) a necessidade de uma classificação mais precisa das desordens da aprendizagem e do comportamento das crianças;

b) o crescente aperfeiçoamento das técnicas de diagnóstico.

De algum tempo para cá, psicólogos e educadores vêm percebendo que os métodos clássicos de investigação não são suficientes para esclarecer certos problemas da criança, por ser grande a interferência de fatores que mascaram, agravam ou comprometem os sintomas. Reconhecendo a necessidade de levar em conta a riqueza e variabilidade da vida psíquica infantil, adotam recursos menos rígidos e mais dinâmicos.

158

O propósito da avaliação diagnóstica é apreciar a combinação dos fatores orgânicos e psicológicos presentes no quadro de retardo escolar.

3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS NA DISFUNÇÃO CEREBRAL MÍNIMA

— "Relato de nossa Experiência"

Um bom número de crianças com problemas de aprendizagem, associados a distúrbios de comportamento, nos levou a realizar um estudo comparativo entre os aspectos psicológicos de sua conduta e os sinais neurológicos apontados no EEG: imaturidade, lentidão, lesão mínima, disfunção mínima etc.

Antes de entrar a expor os resultados desta observação, desejo ressaltar que não se trata de uma pesquisa, mas apenas o aproveitamento de dados existentes.

Examinando as crianças encaminhadas aos nossos serviços, verificamos que, apesar de, na sua maioria, constatar-se a presença de sinais neurológicos mínimos, não nos seria possível afirmar, categoricamente, serem estes os exclusivos responsáveis por seu desajustamento, uma vez que os mesmos quadros apareciam, também, em crianças sem nenhum sinal neurológico idêntico. É bem verdade que, nem sempre, a ausência de achados neurológicos exclui, por completo, a possibilidade de uma lesão cerebral, porque os métodos de investigação da patologia orgânica do cérebro não estão tão desenvolvidos que se possa dizer, com segurança absoluta, se uma criança tenha ou não sofrido uma encefalopatia.

Não é minha intenção escrever um tratado sobre tais dificuldades, nem abordar o tema enfocando, apenas, as dúvidas e interrogações. Minha contribuição consiste, simplesmente, em pretender somar os resultados de nossa observação ao vasto arsenal de conhecimentos logrados por educadores, médicos e psicólogos ilustres que participam deste conclave e se dedicam à investigação e tratamento dos problemas da criança.

A rotina de exame, por nós usada, inclui:

— Entrevista com os pais (anamnese psicossocial)

— Avaliação médica (anamnese, exames físico, neurológico, psiquiátrico, exames complementares)

— Avaliação psicológica

— Avaliação pedagógica

— Exame foniatrico

e sua finalidade é proporcionar as bases para um programa lógico e realístico de manejo e educação.

Da queixa apresentada por pais e mestres ressaltam, além da dificuldade em aprender, as características de irritabilidade e imaturidade emocional (choro fácil, teimosia etc.). Embora o comportamento hipercinético seja o mais freqüente, encontram-se alguns casos de hipotividade.

Considerando as dificuldades em examinar a criança, aproveitamos todo o tempo de que dispomos na fase de investigação, esforçando-nos em não perder nenhum dos seus gestos, atitudes, tratando de estabelecer a melhor relação possível. Para certas crianças adotamos a aplicação de provas que são interrompidas tão logo percebemos que não deseja continuá-las ou se revele demasiado tensa ou ansiosa. Para outras, programamos uma série de sessões livres exploratórias, nas quais o seu comportamento é observado no uso que faz dos objetos, na relação que mantém com o psicólogo — possibilitando a este, através da revelação de suas fantasias, sentimentos e ansiedades, avaliar as distorções do seu comportamento, causadas pelas más relações que a criança mantém com o seu ambiente.

Na nossa experiência uma razoável variedade de achados foram registrados, mas selecionamos aquelas manifestações psicológicas, sensoriais e motoras que, por

sua força ou repetição, se revelam por si mesmas, com um forte conteúdo dinâmico:

— Prejuízos na percepção.

— Desordens da linguagem e da função motora.

— Explosividade — fraco controle dos impulsos.

— Pouca resistência à frustração — levando a quadros de intensa ansiedade.

Ressalvada a importância fundamental e indiscutível das diferenças individuais (cada criança apresenta um quadro peculiar de conduta que tem o seu próprio currículo evolutivo), poderíamos, correlacionando as causas orgânicas e psicológicas, descrever a criança com Disfunção Cerebral Mínima, como aquela que apresenta:

a) fraca orientação espaço-temporal; conceito de esquema corporal distorcido; fraca integração perceptual; assimetria dos reflexos; hipercinesia ou hipocinesia; má coordenação visual-motora; lento desenvolvimento e irregularidades na linguagem escrita e falada; lentidão na execução de tarefas; lateralidade confusa ou cruzada;

b) um tipo de instabilidade de difícil classificação, com escasso domínio sobre a realidade, ainda que nunca perca, por completo, o contato com ela. Sua instabilidade parece ser o resultado da obstrução de seus impulsos pelo mundo hostil que lhe proíbe mais que a sua capacidade de autodomínio pode tolerar e exige dela além de

suas possibilidades de dar. A obstrução de seus impulsos a conduz à frustração que se caracteriza por reações desordenadas e confusas, freqüentemente, sob a forma de agressão descontrolada que pode ser dirigida para o objeto frustrante ou para ela mesma, em face do sentimento de culpa que a própria agressão pode gerar. Todos nós sabemos que, embora a frustração seja um fato inerente à vida e que todo indivíduo em desenvolvimento não pode deixar de sofrer seus efeitos, é fora de dúvida que a criança, continuamente exposta a sérias frustrações, fica vulnerável a graves perturbações em sua personalidade. A frustração constante torna a criança hostil, aumentando seus sentimentos de desamparo e impotência, frente a um mundo que se lhe apresenta demasiado intransigente.

Outra reação pode ocorrer: a regressão — defesa ante a realidade povoada de objetos frustrantes, perseguidores e exigentes.

Assim, a criança pode apresentar um comportamento que oscila de uma quase passividade aos arranços de agressão e explosividade.

Traumatizada por seus pais e outros adultos, desconfia de todos, cresce confusa e assustada e, sempre que algo interfere com a liberação de seus impulsos, graças à sua baixa tolerância à frustração, é tomada de forte ansiedade

Sullivan afirma que "o indivíduo em desenvolvimento necessita da aprovação dos adultos significativos. Quando não existe esta atmosfera de aprovação, a criança en-

tra em ansiedade, porque a dificuldade de relação com os outros é vivenciada, pela criança, como perda de amor, punição etc., aumentando-lhes os sentimentos de abandono e fragilidade".

As atitudes demasiado complacentes ou de excessiva proteção, geram o mesmo quadro, uma vez que a criança nunca estimulada ou orientada, perde o ensejo de solucionar sua dificuldade, vivenciando a superproteção como uma ameaça de impedimento à manifestação de seus impulsos e, conseqüentemente, à atualização de seus potenciais. Como resultado, suas dificuldades se agravam, porque aumenta sua incapacidade de manejá-las pela pressão constante da ansiedade que debilita, cada vez mais, o seu Ego.

4. *CONSIDERAÇÕES FINAIS*

O conhecimento da relação de sintomas ou conjuntos de sintomas com certos transtornos subsequentes é, ainda, incompleto. Tem sido possível, apenas, determinar-se, parcialmente, a coexistência de situações e sintomas.

É provável que, na maioria das vezes, as dificuldades de aprender e as perturbações de comportamento se devem a uma combinação de fatores orgânico-psicológicos, cuja relação recíproca e proporção relativa são muito difíceis de determinar com exatidão. É, pois, por demais perigoso aplicarem-se generalizações. É preciso cuidado ao apreciar sintomas ou analisar as dimensões destes, em proporção às causas conhecidas ou suspeitadas.

Tão importante quanto a busca das causas, é cuidar dos recursos

que propiciem, à criança, a possibilidade de ter a sua evolução assegurada, apesar de suas dificuldades, sem outros transtornos de ordem emocional, além daqueles que decorrem de suas deficiências. Torna-se, por todos estes motivos, de importância fundamental o reconhecimento precoce destas perturbações e uma avaliação adequada, porque elas exigem formas especiais de manejo e educação. A Escola não pode funcionar, simplesmente, no sentido de dar um aprendizado sistemático, mas deve assumir uma função terapêutica no atendimento a estas crianças. O problema da correção das desordens sensorio-motoras existentes no quadro, pode ser considerado, até certo ponto, resolvido, graças às técnicas especiais. Mas, sem dúvida, a parte mais difícil da educação é alcançar o equilíbrio do seu comportamento, o qual lhe dá, pela instabilidade, a aparência de indisciplina, é a causa do seu desajustamento na escola e responsável, talvez, por um futuro triste.

Único escape deste quadro sombrio é, sem dúvida, a terapêutica dinâmica de cunho psicopedagógico que age sobre os sentidos, a motricidade e a afetividade que, nestas crianças, se desencadeiam sem direção e sem ordem, de um modo caótico em umas e inibido em outras.

É inegável que a terapêutica farmacológica, nos casos em que se faz necessário, traz bons resultados. No entanto, é pela educação que se vai atingir o verdadeiro êxito. Na maioria dos casos é mais vantajoso para a criança que se

tolere sua instabilidade, inquietude ou turbulência do que tentar aquietá-la à custa de medicamentos que podem reduzir sua movimentação, mas diminuem, também, muitas vezes, sua participação ativa nas respostas às solicitações do meio. Mantendo-se uma atmosfera de cálida receptividade, é possível estimular a criança a libertar suas próprias forças, tendências e impulsos que são por ela mesma trabalhados, exercitados e dirigidos, levando-a à maravilhosa aprendizagem de novas relações em face de si própria e em face dos outros. Evitando tarefas que a levem ao fracasso, desenvolvendo e aperfeiçoando os aspectos enfraquecidos de sua personalidade, o atendimento escolar visa à promoção do sentimento de segurança, através, principalmente, da elaboração da carga impulsiva. Cabe à Escola, com uma equipe bem preparada de professores, médicos e psicólogos, desenvolver tão importante tarefa: criando um ambiente permissivo, capaz de abolir seus falsos mecanismos de defesa e tornando suas atitudes mais claras para ela, vai permitir que se liberte das imagens negativas do próprio "eu", levando-a ao crescimento, ao equilíbrio e amadurecimento emocional.

Reconheço que, neste trabalho, apenas me aproximei da superfície das contribuições que o conhecimento da Psicologia pode trazer ao Educador, mas tenho esperança de que, como resultado deste enfoque, possam os professores considerar a importância dos comentários aqui feitos e se interessem em compreender cada vez mais a criança, ajudando-a a ob-

ter êxito nas tarefas escolares, a reformular sua auto-imagem, a crescer harmoniosamente, garantindo um futuro melhor para ela.

E que *BEM* é mais precioso que o futuro de uma criança?

NILZA TARTUCE

(*Revista do Ensino* — Sec. de Educação e Cultura — R.S. — n. 139, 1972)

Helena Antipoff — Impressões e Lembranças de uma Aluna

162 Dizer algo sobre D. Helena, para quem tem tido o privilégio de usufruir o seu convívio e seus ensinamentos, é quase um atrevimento. Seria talvez tarefa mais fácil para quem não a conhecesse tão de perto e não se sentisse envolvido, diante dela, numa situação até certo ponto paradoxal: de um lado, o sentimento de proximidade, porque ela vem até nós; de outro, a consciência muito viva da distância, por sabermos o quanto é impossível chegar a ela.

Descrevê-la em termos de características e traços psicológicos seria por ela considerado um imperdoável “pedantismo”. Não é assim que ensina a compreender e amar o próximo.

Enaltecer sua figura incorreria em mau gosto, já que não lhe agrada receber louvores ou ser posta em evidência: recebe homenagens com uma boa dose de constrangimento, embora sejam sempre muito aquém do que merece; aceita-as como um mal necessário, na medida em que possam repercutir no crescimento de suas obras e no

progresso de seu trabalho. Ouve elogios como se tolerasse uma certa ingenuidade de quem os faz e nem sempre pode reprimir um comentário impregnado de leve senso de humor, dizendo, por exemplo, que lhe estão colocando “plumas de pavão”. De tudo que dela recebemos como ensinamento de vida e de atitude, talvez o mais significativo seja o exemplo de simplicidade, de modéstia, despreensão e desprendimento. Nunca fala de si, e até quando se pergunta por sua saúde, não dá uma resposta informativa. Diz simplesmente: muito obrigada.

Nem por isso os que a estimam e admiram deixam de querer saber como é ela, como está, e como foi.

E aqui vai uma confissão dessa curiosidade que, mesmo revestida de afeto, talvez tenha sido indiscreta.

Uma visita à mãe de D. Helena, D. Sofia Antipoff, constituía, sem dúvida, um programa dos mais interessantes e mais estimulantes, entre todas as seduções de Paris. Eram tantos os brasileiros que a procuravam naquele 4.º andar de Montparnasse que a *conciêrge* já reconhecia o tipo brasileiro e fazia diretamente a pergunta: procura Mme. Antipoff? Recebendo-os com a maior cordialidade, morando na hora o grão para o gostoso café à moda turca, D. Sofia dava ainda lições de francês a estudantes brasileiros, além de orientá-los e ajudá-los afetuosamente.

Era constrangedor chegarmos ofegantes depois de subir as escadas até o 4.º andar, quando sabíamos

que D. Sofia descia diariamente às 11 horas "para um passeio higiênico", no inverno, ao subsolo para buscar carvão; e fazia ela mesma suas compras, subindo com o peso das sacas de batatas e demais mercadorias.

Extremamente lúcida, já em idade avançada, ela lia todos os jornais de Paris e recortava os artigos e notícias que julgava mais interessantes.

De volta de longa permanência na Inglaterra, encontramos D. Sofia perfeitamente informada de fatos e circunstâncias que ignorávamos sobre a política inglesa interna e externa.

Foi nesse clima acolhedor, de aparência modesta e de enorme riqueza afetiva e intelectual, que arriscamos a pergunta: como era D. Helena quando criança? Como teria sido a educação que contribuiu para que ela se tornasse uma pessoa tão extraordinária?

Resposta de D. Sofia: "Un enfant comme les autres ... Rien d'extraordinaire ... Apprenait bien ses leçons." E contou apenas que não deixava transparecer sua ansiedade quando as filhas saíam para remar e se perdiam na noite.

Profundamente ligada ao neto, Daniel, D. Sofia perguntava insistentemente pelos bisnetos. Queria saber como eram os olhos das crianças, que nos retratos não podia examinar com nitidez.

Ao assinalarmos a semelhança de feições da bisneta com as de D. Helena, perguntou D. Sofia se a menina também era "entêtée" ...

Talvez seja mais fácil tentar compreender D. Helena a partir dessas poucas palavras de sua mãe. Fiel a essa origem, D. Helena nunca deixou de considerar-se "uma pessoa como as outras".

É assim que ela consegue aproximar-se, compreender e identificar-se com todos, os mais brilhantes e os mais desprovidos. Nestes descobre sempre algo de bom, de útil, de aproveitável. Um passeio de D. Helena amparada ao braço de um adolescente excepcional, na Fazenda do Rosário, trocando idéias com ele, na mais legítima comunicação, é um espetáculo emocionante. Para ela, essa convivência é tão espontânea e satisfatória como o intercâmbio com cientistas, intelectuais ou artistas do mais alto nível internacional. A estes convoca, procura trazê-los de onde estiverem, em benefício dos outros.

Seu profundo amor pelo ser humano desconhece fronteiras de qualquer natureza. Não recua nem hesita diante de quadros que podem causar a muita gente um movimento de fuga, de medo ou de repulsa.

É do Ministro Adauto Lúcio Cardoso, seu grande amigo — cuja esposa foi das primeiras e das mais brilhantes colaboradoras de D. Helena — o testemunho de ter assistido, pessoalmente, a dedicação maternal com que ela acariaciava no colo um pretinho epilético, em plena crise. Sua capacidade ilimitada de aceitação do ser humano, com todas as suas falhas e fraquezas, pode dar, às vezes, a impressão de que não as percebe. Muito pelo contrário, consegue

captá-las imediatamente. Quando se aproxima daqueles que parecem não merecer a mão que lhes estende, sua intenção é recuperá-los. É impressionante sua atitude magnânima de perdão, ou melhor, de desconhecimento diante da jactância, do plágio, de mesquinaria. Sabemos que, nessa área, tem-se defrontado com os que falam terem sido seus alunos, para se valerem de seu prestígio profissional; como os que citam, como suas próprias opiniões e experiências dela, sem que recebam, como resposta, o mínimo gesto de recriminação ou de protesto.

- 164 Seu senso de responsabilidade social não se restringe à ajuda constante aos educadores, aos psicólogos, às crianças excepcionais, aos camponeses, aos professores rurais. É um senso de responsabilidade que abrange todos e com maior empenho, por certo, os mais carentes.

Nenhum fato elucida melhor essa afirmação do que a vinda de D. Helena para o Brasil, sua permanência e naturalização em nosso País, desprezando uma carreira brilhante num dos centros mais adiantados da Europa — Genebra — onde seu nome continua citado com o maior respeito por gerações de profissionais que não chegaram a conhecê-la pessoalmente. A cultura que trouxe da Rússia, da França, da Suíça jamais ficou estéril ou estagnada. Ao lhe retermos do exterior os livros e revistas mais recentes, constatamos depois — com misto de admiração e de decepção pela inutilidade do presente — que tudo aquilo já lhe era familiar. Sua atualização não

se limita aos assuntos ligados à sua profissão de psicóloga e de educadora. Estende-se à ciência em geral, às artes, à literatura. Mas não se conforma com uma cultura livresca, com uma intelectualização vazia de conteúdo vivo. Assimila tudo em termos criadores, em idéias originais próprias e, mais do que isso, generosamente repartidas. É na posição humilde que a verdadeira ciência exige, que ela está sempre de olhos abertos, em constante indagação.

Na psicologia, reúne e sintetiza duas atitudes muitas vezes consideradas irreconciliáveis: a preocupação constante de pesquisa, com todo rigor científico, e a visão clínica com toda a sua riqueza e dinamismo.

Em carta recente, falava-nos no seu empenho em prosseguir os estudos relativos ao teste que criou e que modestamente chama de M. M. ("Minhas mãos"), considerado por Mira y Lopez, em artigo publicado em 1951, como "... extraordinariamente útil, tanto do ponto de vista do diagnóstico do tipo psicológico como do ponto de vista da exploração de conflitos e distúrbios da personalidade". *

É essa persistência, imprescindível ao trabalho de pesquisa científica, que encontra sua origem no traço característico da menina "entêtée", que remava, apostava corridas e brincava de "ballet" na Rússia dos czares.

* "La vie et l'oeuvre pedagogique de Mme. Hélène Antipoff". *La Revue Internationale de Psycho-Pedagogie*, He. part., 1951.

Se observarmos de perto a forma de trabalhar de D. Helena, constatamos que não se prende a planos rígidos ou a esquemas predeterminados, dando às vezes a impressão de uma aparente desordem. Pode permitir-se tal maneira de agir porque, mentalmente, tem capacidade para apreender e organizar um contexto que escapa à maioria e que envolve um potencial criador muito seu. Deixa, além disso, sempre abertas, inúmeras vias colaterais de exploração de riscos e de ação. Mas, sobretudo, se planejamento conduz a economia de esforços e de energias pessoais, isto absolutamente não interessa a D. Helena.

Na década de 40, seu inconfundível e inesquecível amigo Doutor Gustavo Lessa promoveu sua vinda para o Departamento Nacional da Criança. Tempos depois, confessava ele, preocupado, sua frustração: seu intuito era o de proporcionar a D. Helena condições que lhe permitissem escrever sua experiência, e que seria então divulgada através de publicações daquele Departamento. Julgava que, assim, D. Helena teria um trabalho menos exaustivo e conseguiria poupar sua saúde, já debilitada. Não obstante o apreço pelo amigo, ela se rebelou totalmente contra os projetos dele: visitou os educandários mais distantes do então Distrito Federal e do Estado do Rio; continuou a atender, sempre que possível, às obras que criara em Minas; viajou a vários Estados do Norte e do Sul do Brasil; criou no Rio obras que permaneceram e cresceram, como a Sociedade Pestalozzi do Brasil e o Centro de Orientação Juvenil.

Tanto numa como noutro, empenhava-se na troca de idéias, em reuniões que não tinham limite de hora para terminar.

Repetia-se o que acontecera em Minas, no Laboratório de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento, onde o porteiro, ou servente, procurava artificios para desligar a luz, a fim de evitar que as reuniões de estudo se prolongassem até a noite.

Mais do que nunca, D. Helena negava as condições de clima, que para os demais tornam impraticável o ritmo de trabalho intenso da Europa. E já o fizera desde o início, recém-chegada no Brasil, quando suas assistentes no Laboratório, as mais laboriosas, se sentiam humilhadas por sua espantosa capacidade de trabalho.

Esta não se limita às tarefas intelectuais, ao convívio interprofissional em que sempre se empenhou com invulgar capacidade de diálogo e de respeito. No Centro de Orientação, se o servente não comparecia e a limpeza das salas deixava a desejar, D. Helena empunhava imediatamente a vassoura e não era fácil tirá-la de suas mãos.

É com uma força gigantesca, revestida da aparente fragilidade física, que vem ela enfrentando todos os obstáculos — as condições materiais mais precárias, as exigências burocráticas mais emperradas — para levar adiante o ideal de servir aliado à necessidade de investigar. Quando ouvimos queixas de estudantes universitários, que reclamam a dificuldade em conseguir laboratórios para estudo de psicologia experimental, lembramos-nos dos ratos albinos

que D. Helena criava em caixotes, nos fundos de sua casa, em Belo Horizonte, da aparelhagem modesta, mas precisa, que elle fazia construir. Com Dr. Aureliano Tavares Bastos, passávamos as manhãs das férias trabalhando com D. Helena em experiências de aprendizagem.

Toda essa atividade, no Laboratório da Escola de Aperfeiçoamento, em suas experiências de iniciativa pessoal, no Centro de Orientação e no Departamento, foi sempre rigorosamente documentada. No D. N. Cr., os relatórios de D. Helena provocavam protestos da Administração: datilografava-os ella própria, economizando espaço no papel, utilizando verso e reverso, o que era considerado pouco adequado para arquivá-los da forma rotineira. Sua preocupação era poupar o material do Serviço Público. Certa vez, no Centro, repreendeu-nos serevamente quando a equipe propôs comprarmos xícaras de café com uma pequena verba do serviço. Declarou que "era assim que começava a corrupção e o desvio de verbas do Governo" e determinou que cada um comprasse sua própria xícara.

No entanto, ninguém mais desprezado, mais desinteressado de bens materiais e de recursos financeiros próprios que D. Helena.

Sempre suplementou, com seu próprio salário, as deficiências de verbas dos serviços estaduais ou federais em que trabalhou. Vimolla recusar passagens aéreas fornecidas pelo Governo de Minas, quando convocada a prestar serviços ao Estado, enquanto morava no Rio. Solicitada pelo Governo Milton Campos, através do Secre-

tário da Educação, Professor Abgar Renault, considerava que para colaborar na recuperação do Estado não podia usufruir-lhe os recursos — ainda que de pleno direito.

Por isso mesmo, quando necessitou de uma intervenção cirúrgica, verificou que sua conta bancária tinha um saldo apenas de nove cruzeiros — dos antigos.

Extremamente sóbria em sua vida de apostolado, D. Helena só se deixa fascinar pelo luxo das belezas naturais do Brasil, que a empolgam: pelas montanhas de Minas, pelas praias do litoral. Mas, como sempre, quer repartir. Quando se entusiasmou pelo casarão do Leme, para nele instalar a sede da Pestalozzi, quis sem dúvida proporcionar às crianças excepcionais o espetáculo da natureza, que dali se descortina.

Quando morava no Rio, houve ameaça de incêndio no andar térreo do edifício onde residia. Dado o alarma, todos desceram apressadamente pelas escadas. O único objeto que D. Helena trouxe consigo, nessa corrida, foi a máquina de escrever, seu instrumento de trabalho.

No entanto, para quem tanto tem produzido, para tão grande capacidade criadora, D. Helena tem publicado relativamente pouco. Longe dela a idéia competitiva — tão em voga — de munir-se de vasta bibliografia como prova de capacidade. Desde os tempos da Escola de Aperfeiçoamento, quando as revistas lhe solicitavam artigos, era a nós, estudantes, que nada sabíamos, que designava e estimula-

va para atender aos pedidos. Um de seus poucos trabalhos publicados no exterior, há muitos anos, em colaboração com Zilda Assunção, deve ter tido como um de seus objetivos o incentivo à talentosa e dedicada assistente, que tão bem assimilou e soube transmitir o espírito de D. Helena.

É extremamente doloroso lembrarmos a destruição, num incêndio, do precioso acervo de pesquisas do Laboratório de Psicologia, e de toda a Escola de Aperfeiçoamento. O estudo completo de crianças de idade escolar, em múltiplos aspectos, realizado por várias gerações, perdeu-se na catástrofe. Esta veio depois de outra, não menos sofrida, de caráter administrativo, quando foram extintos a própria Escola e o próprio Laboratório, certamente por estarem muito além da compreensão do meio, além do tempo.

Mas o grão vivo que D. Helena vem semeando, com tanta generosidade, fica em cada um de nós. Cabe-nos tentar, com a humildade e o vigor que ela ensina, fazê-lo crescer e frutificar.

ELISA DIAS VELLOSO

(*Arte e Educação* — Rio, abril-maio de 1972.)

Expectativas Sexuais do Retardado Mental *

A sexualidade do retardado mental é um campo de estudo em que tem havido mais opinião e emoção que conhecimento e controle

* Traduzido da Revista *Mental Retardation*, Downsview, Ontario, jan. 1972, v. 22, n. 1, p. 27-29, por Miriam Raja Gabaglia Fonseca.

de fatos. Ainda assim constitui área de extrema importância que começa a suscitar interesse e determinar mudanças de atitude. Há cerca de dez anos, a NARC publicou um folheto a respeito do desenvolvimento do retardado. Opunha-se a seu casamento admitindo que a energia sexual deveria ser sublimada. Temia e negava o sexo. Os tempos mudaram ou pelo menos mudou a política oficial. Nos relatórios mais recentes da NARC sobre educação dos retardados defende-se uma miscigenação de sexos de forma ajustada aos padrões aceitos em qualquer família ou comunidade. Essa posição tem amplas implicações.

167

Durante séculos, contrariamente à evidência dos fatos, a maior parte da sociedade acreditou que as crianças eram assexuais. Refletindo a respeito da nossa própria infância encontraremos interesses e sentimentos sexuais desde os primeiros anos, em jogos como "vamos brincar de médico", ou "eu mostro o meu se você me mostrar o seu". A masturbação é comum ou quase universal entre as crianças. A criança normal e sadia aprende a explorar o corpo, em busca das regiões de prazer e dor, deliciando-se com as sensações físicas. Os retardados mentais também descobrem o corpo e têm prazer em tocá-lo e senti-lo. Entretanto, seu ritmo mais lento de desenvolvimento faz com que geralmente esse comportamento ocorra numa idade mais avançada; a exploração e a atividade sexuais, que passam despercebidas em crianças de cinco anos, tornam-se impróprias e socialmente censuráveis em crianças de dez; daí a tendên-

cia a se negar ou reprimir a sexualidade dos retardados mentais. Eles são considerados, ou melhor, deseja-se que sejam encarados como seres inocentes e isentos de qualquer sexualidade, o que não impede que todos os pais de retardados mentais sejam conscientes ou inconscientemente ansiosos a respeito da sexualidade dos filhos.

168 Os pais sempre temem o dia em que o filho possua um corpo adulto, mas com mentalidade ainda infantil, entre em contato e possivelmente em conflito com os mores da comunidade. Essa preocupação é um reflexo do pensamento da sociedade em geral, levando a muitas medidas repressivas aplicadas aos retardados mentais (como esterilização em massa) em consequência de crenças segundo as quais a deficiência mental é a principal causa do crime, da pobreza e da perversão. Ainda hoje, sobretudo nos bairros de classe média branca, há bastante resistência à criação de casas para abrigar retardados. Os moradores do local exprimem publicamente o receio de que eles possam sevir suas filhas.

Experiência inadequada

Embora proporcionalmente os incidentes sexuais envolvendo retardados não ultrapassem os das pessoas normais, ocorrências desse gênero tendem a ser atribuídas ao retardo mental. Na maioria dos casos, o erro está na forma de tratamento que damos aos retardados, negando-lhes a sexualidade porque tememos suas manifestações, privando-os de um desenvolvimento sexual "normal". Acreditando que, reprimindo os impul-

sosexuais, eles desapareceriam, tendemos a privar os retardados das formas normais de expressão desses impulsos fazendo com que suas necessidades sexuais sejam satisfeitas de formas anormais, cujas conseqüências são exatamente as que tememos.

O retardado adolescente que "mexe" com as meninas da vizinhança, geralmente o faz porque não tem moças da sua idade para beijar e acariciar. Não se ensina um retardado a se aproximar de elementos do sexo oposto porque não se espera isso dele. São poucas as oportunidades que rapazes e moças têm de estabelecer relações, já que só se encontram em salas de aula, oficinas de trabalho e festas esporádicas. Raramente têm chance de estabelecer um contato, em que trocas de experiência e de carinhos sexuais sejam considerados apropriados. A vida particular dos retardados mentais é mínima; não têm carros nem frequentam "drive-ins", praticamente nunca têm oportunidade de ficar sozinhos. Quando terão ocasião de aprender a respeito um do outro e de exprimir seus sentimentos naturais?

Expectativas dos retardados mentais

Conversando com vários retardados de instituições da comunidade e com pessoas que cuidam deles, verifiquei que muitos encaram sexo e casamento de forma diferente da nossa, com inocência, ingenuidade e naturalidade. Parece não haver correlação entre os aspectos fundamentais da emoção e o QI, mas a sofisticação ou o ní-

vel de realização dessas necessidades aumenta com o QI.

Embora a maioria dos retardados mentais tivesse sentimentos sexuais e se interessasse por sexo, não havia necessariamente uma perspectiva de intercuro, verificando-se a masturbação ocasional em estágios iniciais do desenvolvimento, podendo não atingir nunca o orgasmo. Embora não sejam orientados genitalmente, eles podem namorar e encontrar afeto gratificando-se com carinhos e beijos. Nesse nível ou em outros mais altos, em que existem consciência sexual e masturbação efetiva, a namorada ou namorado são vistos como companheiros, alguém que os presenteia e que lhes pertence, além de propiciar uma situação que confere *status*. Dessa forma, sentem-se mais próximos do normal; a irmã mais velha pode ter um namorado; os programas de TV que atraem os retardados mentais são geralmente situações cômicas envolvendo casais. Eles se sentem rejeitados e desapontados por não participarem desses padrões culturais que consideram como norma geral. Para muitos retardados, ter uma namorada ou namorado, mulher ou marido é na realidade ter um amigo, alguém de quem cuidar e que o ame.

Pessoas sexualmente retardadas geralmente procuram satisfação sexual na masturbação, já que uma relação sexual bem sucedida é mais difícil de conceber e realizar. Quando perguntei a um adolescente de 16 anos que queria dormir com meninas o que ele faria, sua resposta foi que iria "abraçá-las, beija-las e ficar junto delas

porque são bonitas e cheiram bem". Ele seguramente não compreendia a idéia de relação sexual. Em certa instituição, um pequeno grupo de rapazes moderadamente retardados tinha a convicção de que meninas possuíam penis, conclusão a que chegaram a partir da própria experiência, pois nunca haviam visto uma mulher nua ou pelo menos não se lembravam. Também não tinham idéia da relação sexual e encaravam o relacionamento sexual da mesma forma com que viam as brincadeiras sexuais com outros rapazes.

O que é surpreendente neste grupo humano é que o sexo não se limita a uma necessidade física, uma tensão a ser descarregada, mas é sobretudo um processo interpessoal e social, que se verifica mesmo entre os mais retardados. Quando indivíduos do mesmo sexo se procuram porque são praticamente privados de contato com outro sexo, esse desejo de dar e receber prazer com outra pessoa, reflete uma necessidade básica. Não obstante, as experiências homossexuais não correspondem a uma expectativa social.

Satisfação das necessidades sócio-sexuais

A maioria dos retardados mentais tem as mesmas necessidades sócio-sexuais que as demais pessoas. Normalmente elas são satisfeitas através de instituições como noivado e casamento que expressam a sanção social já que nossa sociedade não só espera mas exige que tudo seja feito dentro de certas estruturas e limites. Esses padrões e expectativas são apresentados na TV, em revistas e na vida comu-

nitária, de modo geral, e portanto afetam também os retardados mentais. A maioria deles gostaria de realizar suas necessidades sócio-sexuais dentro das normas comuns, mas grande parte da sociedade adulta nega que eles tenham esse tipo de necessidade. Admitindo esse ponto de vista, impedimos os retardados de participar dos processos e estruturas que consideramos como as únicas formas de tratar os impulsos sexuais.

Nossa sociedade cria expectativas de uma vida agradável e normal, mas nega a muitos a oportunidade de concretizá-las, favorecendo o desenvolvimento de um comportamento aberrante e anormal. Por que um retardado mental não pode casar-se ou obter emprego? Como adultos e responsáveis pela orientação dos retardados, podemos tomar várias atitudes: evitar o assunto e deixar as coisas como estão, condená-los a uma vida anormal e prejudicial à saúde ou ajudá-los a participar dos processos normais de satisfação das necessidades no meio social. Embora o significado de sexo e casamento seja diferente para o retardado mental, ainda assim implica exatamente as mesmas necessidades.

Se como adultos e pais pudermos reconhecer e aceitar as necessidades sócio-sexuais dos retardados desde os primeiros anos, se os encorajarmos e ajudarmos a participar dos processos de realização dessas necessidades no momento adequado, teremos muito menos a temer. Devemos permitir que se encontrem, que tenham um relacionamento social como tivemos quando jovens, que andem de

mãos dadas, que se beijem e se amem para saber o que isso significa. Nossa função e da sociedade é a de criar as mesmas oportunidades e oferecer as mesmas facilidades de tempo e lugar que damos às outras crianças, uma vez que experiências saudáveis e normais criam indivíduos sadios e normais. A maioria dos retardados mentais tem possibilidade de seguir uma seqüência normal de desenvolvimento físico e social, e é nossa obrigação ajudá-los a realizar sua vida emocional.

EDWARD S. SANDTNER

170

Sistemas e Currículos para Alunos Excepcionais em Escolas Especializadas e em Classes Especiais nas Escolas Comuns *

1. Introdução

Muitas autoridades inglesas em educação adotam duas políticas para alunos excepcionais. Estes, quando diagnosticados, são enviados ou para escolas especializadas ou para turmas especiais de uma escola comum, as quais, pela sua própria criação específica, reconhecem a necessidade de modificação no currículo das escolas normais, para receberem os alunos excepcionais. Qual então, deixando de lado tais medidas, a diferença entre seus currículos?

O principal objetivo do currículo é incentivar o aprendizado por

* Relato de pesquisa publicado pela *Educational Review*, Birmingham, 23 (2): 106-125, Fev. 1971. O autor, M.O.A. Durojaiye é professor da Universidade de Ibadam. A tradução deste a cargo da Prof.^a Myriam Freire Morau.

meio de experiências educativas (Taylor, 1967).

As escolas divergem na organização do currículo. Em algumas escolas nem é mais possível estabelecer *uma linha divisória entre o que pertence ao currículo ou está fora dele* (Owen, 1969).

Os coordenadores das escolas inglesas ocupam posição preponderante na organização do currículo de suas escolas e não desejam renunciar a esta responsabilidade. (Westwood, 1966).

Assim, os coordenadores foram a fonte lógica de informação na pesquisa sobre os sistemas educacionais e os currículos para alunos excepcionais num grande condado ao norte da Inglaterra. Muito tem sido escrito sobre o problema dos alunos excepcionais (Tansely e Gulliford, 1960; Kirk, 1961; Tizard, 1961 e Cashdan, 1969) e sobre sua necessidade de um ambiente criador e menos rígido (O'Connor e Tizard, 1956; Hulme e Lunzer, 1966; Cashdan e Stevens, 1966).

Não há, entretanto, quase nenhuma pesquisa sobre o que realmente acontece numa classe especial ou numa escola especializada para excepcionais. A presente pesquisa é uma tentativa de preencher tal lacuna.

2. Os coordenadores

O pesquisador apresentou questionários a 100 coordenadores do condado. Os coordenadores estão distribuídos da seguinte maneira:

20 coordenadores, de 20 escolas mistas, especializadas para alunos

excepcionais. Destes, 16 são do sexo masculino e 4 do sexo feminino.

40 coordenadores de escolas mistas, comuns, primárias, com turmas especiais para alunos excepcionais, sendo 32 do sexo masculino e 8 do sexo feminino.

40 coordenadores de escolas comuns, mistas, modernas, secundárias, com turmas especiais para alunos excepcionais. Todos os coordenadores são do sexo masculino.

Os 20 coordenadores incluídos neste estudo são os coordenadores de todas as escolas especializadas do condado, destinadas a crianças de 8 a 16 anos.

As 40 escolas primárias, com turmas especiais, e as 40 escolas modernas secundárias, com turmas especiais, foram destacadas de 10 departamentos educacionais entre todos os departamentos educacionais do condado.

Estes 10 departamentos educacionais foram selecionados sem método preestabelecido. Cada um deles tem uma escola especializada. Possui também, pelo menos, 6 escolas primárias com turmas especiais, e no mínimo 6 escolas secundárias modernas com classes especializadas. Cada classe especializada cuida dos alunos excepcionais na própria escola, mas não se ocupa exclusivamente de tais alunos.

Da lista das escolas que possuem turmas especiais em cada um dos 10 departamentos previamente selecionados, foram escolhidas, ao

acaso, 4 escolas primárias e 4 modernas secundárias.

Cada uma das escolas primárias com classe especial possui, pelo menos, 300 alunos na sua lista de chamada. Cada escola moderna secundária com classe especial tem, no mínimo, 400 alunos matriculados e cada escola especializada conta com 120-180 alunos. Assim, temos 40 escolas primárias com turmas especiais e 40 escolas modernas secundárias, escolhidas ao acaso, destacadas de 10 departamentos educacionais que também foram selecionados por esse critério.

172

A dificuldade física da cobertura da área de um condado extenso impôs a limitação da pesquisa a 10 departamentos, especialmente em razão do método usado para recolher as respostas ao questionário (conforme item 3).

Apesar de se ter conseguido suprimir a rigidez e a formalidade dos métodos, o fato de a pesquisa não ter coberto uma área maior pode determinar alguma limitação no grau de generalização.

É possível que os 10 departamentos educacionais do condado não sejam, de fato, inteiramente representativos dos departamentos educacionais do país. Tanto quanto se possa atestar, a mesma política educacional funciona em todos os departamentos do condado, que entretanto é bastante grande, para comportar diversidades locais. A vantagem considerável de se limitar esta avaliação a escolas de dez departamentos educacionais ficou patenteada no fato de se ter obtido 100% das respostas.

3. *Informações solicitadas nos questionários dos professores*

Para se conseguir um quadro suficientemente claro dos sistemas educacionais existentes para alunos excepcionais, as seguintes informações foram solicitadas aos coordenadores:

1. As medidas educacionais adotadas para alunos excepcionais na escola.
2. Organização da escola:
 - I. Organização do corpo docente.
 - II. Organização dos alunos.
3. Disposição da sala de aula.
4. Disciplina:
 - I. Atitude geral em relação à disciplina.
 - II. Atitude em relação a castigos.
 - III. Atitude em relação ao elogio.
5. A natureza da autoridade do coordenador.
6. Métodos de ensino recomendados.
7. Currículo e matérias básicas:
 - I. Educação Social.
 - II. Currículo especial para o último ano de escola.
 - III. Matérias que se relacionam com atividades da vida real.
 - IV. Matérias incluídas no currículo.
8. Lugares visitados pela escola.
9. Contato com estranhos:
 - I. Encontro com outras escolas.

II. Visitantes, convidados para fazer conferências.

10. Programa educacional sanitário e familiar.

11. Programa para a transição escola-trabalho.

12. Educação cívica.

13. Treinamento de atividades recreativas.

14. Contato com ex-alunos.

15. Relacionamento entre pais e escolas.

16. Objetivo da educação de crianças com Q.I. de 50 — 75 e finalidades da educação na escola em geral.

17. Propósito das atividades extracurriculares.

18. Tipos de ocupação conveniente para crianças com Q.I. 70 — 75.

4. Resultados da análise dos questionários dos coordenadores.

Serão estabelecidas comparações entre três tipos de escolas:

— escolas especializadas para crianças de 7 — 16 anos, escolas primárias, com classes especiais para atender a alunos de 7 — 11 anos de idade e escolas modernas secundárias para alunos de 11 a 16 anos. Os coordenadores do sexo feminino, por serem muito poucos, não terão suas respostas analisadas separadamente.

ORGANIZAÇÃO

(a) Corpo Docente

As escolas especializadas para excepcionais estudadas na pesquisa parecem contar com um corpo do-

cente mais adequado do que as escolas primárias com classes especiais. A comparação com escolas modernas secundárias, dotadas de classes especiais, é também favorável às escolas especializadas. Quatorze das vinte escolas especializadas possuem professores em postos graduados em comparação com somente dez das quarenta escolas primárias, embora todas as quarenta escolas modernas secundárias possuam professores do mesmo gabarito. Do mesmo modo, todas as 40 escolas modernas secundárias possuem professores especializados comparado com 85% das escolas especializadas e 12 1/2% das escolas primárias.

173

Ao todo, 90% das escolas especializadas e 62,5% das escolas modernas secundárias dispõem de professores de carreira ou professores que poderiam orientar os que saíssem da escola. Todas as escolas especializadas não contam com mais do que vinte alunos para cada professor. Somente 17 das 40 escolas primárias e 24 das 40 escolas modernas secundárias têm uma relação professor-aluno de 1 para 20 alunos excepcionais.

A diferença entre escolas especializadas e cada uma das escolas primárias e escolas modernas secundárias, neste particular, é significativa (qui quadrado sendo 16,296 e 8,960 respectivamente, $p = 0,01$ com 1 grau de liberdade).

(b) Alunos em posição de responsabilidade

As 20 escolas especiais são idênticas às 40 primárias e às 40 escolas modernas secundárias sob dois aspectos. Todos os coordenadores destas escolas revelaram haver par-

ticipação de responsabilidade entre seus alunos excepcionais e entre os alunos do último ano. Todas as 40 escolas modernas secundárias possuem monitores, o que não acontece com nenhuma das escolas especializadas e das escolas primárias. As 20 escolas especializadas e as 40 escolas modernas secundárias contam com representantes de turma. Todas as escolas modernas secundárias e primárias têm dirigentes de classe e 25 escolas modernas secundárias possuem líderes. * Os três tipos de escolas parecem se assemelhar neste particular. Todas elas admitem participação de responsabilidade própria e específica.

(c) Disposição da sala de aula

Parece haver duas maneiras de dispor as crianças na sala de aula das escolas especializadas:

1) Arranjo informal: as crianças não se sentam em filas de carteiras, em frente ao professor, mas o arranjo das carteiras depende da atividade particular em que se ocupam e do colega com que trabalham. Esta disposição informal das crianças muitas vezes se transforma em atividade de grupo.

2) As crianças escolhem seus lugares.

Todas as 20 escolas especializadas preferem estas duas disposições, enquanto 47 1/2% das escolas primárias e 12 1/2% das secundárias demonstraram permitir agrupamentos informais, e 55% das escolas primárias e 35% das secundárias

* Organizadas em casas, contam com monitores denominados "house leaders".

consentem que seus alunos excepcionais se sentem onde quiserem. Os alunos excepcionais destas escolas especializadas parecem ter mais liberdade do que este mesmo tipo de alunos, nas escolas primárias e escolas modernas secundárias, cuja disposição da sala de aula é mais semelhante àquela destinada a crianças de inteligência normal.

(d) Disciplina

Ao todo, 100 % dos coordenadores das escolas especializadas, 85% dos das escolas primárias e 75% dos das escolas modernas secundárias, quando interrogados sobre sua atitude em relação à disciplina, demonstraram ser liberais e tolerantes.

Seguem-se exemplos das suas respostas.

Como descreveria, sucintamente, sua atitude em relação à disciplina?

Escolas especializadas:

1. Muita tolerância.
2. Solidariedade e compreensão.
3. Permissiva, dentro de certos limites.
4. Simples e liberal, poucas regras.
5. Livre, dentro de limites estruturados. Os direitos e desejos alheios devem ser levados em conta. O que pode ser permitido a um pode ser negado a outro.
6. Crença de que o bom exemplo (do corpo docente) vale muito.
7. Bem-estar pessoal, nenhuma regra negativa.

8. Atitude de pais conscientes, amiga, tranqüilizante mas coerente.

9. Ajudar o estudante a reconhecer a necessidade de disciplina.

10. Satisfação nas atividades em grupo com bom relacionamento pessoal.

Escolas Primárias:

1. Cooperação jovial.
2. Bondosa, mas firme.
3. Livre exercício do senso de responsabilidade.
4. Boa vontade.
5. Amiga, firme e justa.

Escolas Modernas secundárias:

1. Em geral, completamente liberal.

2. Desenvolvimento de autodisciplina, numa atmosfera feliz.

3. O Plano Divino. Liberdade de escolha entre o bem e o mal.

4. Pessoal e bondosa.

5. Grande tolerância.

Quanto às finalidades da disciplina, 100% das escolas especializadas, 70% das escolas primárias e 80% das escolas modernas secundárias responderam: *autodisciplina*.

Além disso, todos os coordenadores das escolas especializadas e 75% das escolas primárias e das escolas modernas secundárias disseram estar completamente satisfeitos com os resultados obtidos. O Quadro I mostra os valores de qui quadrado para estas respostas:

175

Quadro I

COMPARAÇÃO DE ATITUDES DOS COORDENADORES COM RELAÇÃO À DISCIPLINA

RESPOSTAS	Escolas	N.º de coordenadores	%	Valor de qui quadrado	Nível de significação	
Atitude Liberal	Especializada.....	20	100	1,875	Sem maior significação	
	Primária.....	34	85			
	Especializada.....	20	100	4,335		
	Secundária.....	30	75			
A finalidade é auto-disciplina	Especializada.....	20	100	5,742	0,05	
	Primária.....	28	70			
	Especializada.....	20	100	3,047		Sem maior significação
	Secundária.....	32	80			
Plena satisfação de objetivos realizados	Especializada.....	20	100	4,335	0,05	
	Primária.....	30	75			
	Especializada.....	20	100	4,335		0,05
	Secundária.....	30	75			

A pergunta: "Quando devemos punir um aluno, de que modo devemos fazê-lo?", 80% das escolas primárias e 70% das escolas modernas secundárias mencionaram castigo corporal, no que não concordaram as escolas especializadas (qui quadrado = 31,147 e 21,83 respectivamente e é representativo, $p = 0,01$). 100% dos coordenadores das escolas modernas e primárias assim como 70% dos das escolas especializadas confirmaram lançar mão de retirada de privilégios como forma de castigo. Os coordenadores das escolas especializadas (somente 47 1/2% das escolas modernas secundárias e nenhum das escolas primárias) mencionaram o uso de punição adequada para os excepcionais.

A diferença mais significativa, na distribuição de prêmios, parece residir no fato de que as escolas especializadas se inclinam a conceder privilégios extras e presentes como prêmios; 80% delas acrescentam estas regalias às suas formas de recompensa; 62,5% das escolas modernas secundárias distribuem "conceitos" abonadores como incentivo, enquanto que somente 12,5 das escolas primárias e nenhuma das escolas especializadas o fazem.

(e) Autoridade do Coordenador

Todos os coordenadores afirmaram ser a autoridade centralizada por eles e algumas vezes partilhada com os professores.

Os professores geralmente mantêm o controle completo durante as aulas, simultaneamente o coordenador é responsável e, principalmente, responde pelo que acontece na sua escola.

Ao todo, 40% dos coordenadores das escolas primárias e 10% dos das escolas modernas secundárias afirmaram que qualquer responsabilidade que os professores possam ter provém diretamente deles, orientadores destes mesmos professores. Os coordenadores das escolas especializadas nada declararam a respeito.

(f) Método de ensino recomendado

Todos os coordenadores revelaram não defender uma aproximação formal ou abstrata no ensino das diversas matérias do currículo. Preferiram todos tomar uma atitude prática e informal. Assim 100% dos coordenadores das escolas especializadas, 77,5% dos das escolas primárias e 40% dos das escolas modernas secundárias recomendaram uma aproximação concreta das matérias a serem lecionadas. Estes últimos discordam, significativamente, neste ponto, dos coordenadores das escolas especializadas (qui quadrado = 17,578 e é representativo pelo menos no nível 0,01, que corresponde a 1 grau de liberdade).

(g) Currículo e matérias básicas. Educação social

O número de coordenadores de escolas especializadas que revelou ensinar a seus alunos (1) maneiras à mesa, (2) cuidados higiênicos, (3) como se servir das utilidades públicas, foi maior do que o dos coordenadores das escolas primárias e das escolas modernas secundárias que o fazem. Valores de qui quadrado são representativos para cada uma dessas habilidades necessárias à vida em sociedade, quando escolas especializadas são

comparadas com as escolas modernas secundárias; mas quando se compara as escolas especializadas com as escolas primárias somente as duas últimas habilidades são tomadas em consideração (veja Quadro II).

Na série seguinte de resultados foi feita comparação entre as escolas especializadas e as escolas modernas secundárias somente porque os dados se relacionam especialmente

com os últimos anos das escolas. Todos os coordenadores das escolas especializadas e apenas 15 dos 40 das escolas modernas secundárias, ou 37,5% declararam ter um currículo especial para os excepcionais dos últimos anos.

Do mesmo modo, nas matérias incluídas nestes currículos especiais para os últimos anos, há diferenças significativas entre os 2 tipos de escola.

Quadro II

COMPARAÇÃO DE ATITUDES DOS COORDENADORES EM RELAÇÃO AO ENSINO DE HABILIDADES NECESSÁRIAS À VIDA EM SOCIEDADE.

177

RESPOSTAS	Escolas	N.º de coordenadores	%	Valor de qui quadrado	Nível de significação
Currículo que inclui maneiras à mesa	Especializadas	16	80	3,182	Sem maior significação
	Primárias.....	21	52,5		
	Especializadas.....	16	80	14,262	0,01
	Secundárias.....	10	25		
Currículo que inclui cuidados higiênicos	Especializadas.....	18	90	14,071	0,01
	Primárias.....	14	35		
	Especializadas.....	18	90	11,615	0,01
	Secundárias.....	16	40		
Currículo que inclui o uso dos serviços de utilidades públicas	Especializadas.....	20	100	27,075	0,01
	Primárias.....	10	25		
	Especializadas.....	20	100	15,081	0,01
	Secundárias.....	18	45		

Todas as 20 escolas especializadas afirmaram que seus futuros ex-alunos saem para fazer compras, aprendem a usar o telefone, a se utilizar dos horários de ônibus, de trem, das listas telefônicas e do serviço dos correios, bem como da Previdência Social; 18 dessas 20 escolas confirmaram que seus alunos fazem a verificação da entrada de

suprimentos para a escola, enquanto apenas 15% dos coordenadores das escolas modernas secundárias declararam realizarem seus alunos algumas destas 8 atividades.

Considerando cada atividade independentemente, a diferença entre os 2 tipos de escola para cada ati-

vidade é representativo no nível de 0,01 (qui quadrado corresponde a 1 grau de liberdade).

Além disso, os 6 coordenadores das escolas secundárias que proporcionam algumas destas atividades o fazem apenas para os alunos excepcionais dos últimos anos; 16 das 20 escolas especializadas propiciam estas atividades a, pelo menos, os últimos dois anos de escolaridade.

178 A última observação a fazer sobre o currículo é que as escolas especializadas possuem mais matérias extraordinárias (como as acima mencionadas) do que as escolas modernas secundárias ou primárias, sendo o cálculo da percentagem de 100, 15 e 5% respectivamente.

De fato, 75% das escolas especializadas revelaram freqüentemente abolir o aprendizado da leitura, aritmética e escrita e de outras matérias básicas, em benefício de atividades orientadas para assuntos mais práticos e de interesse da vida real.

(h) Visitas

As respostas dos questionários indicaram que os alunos excepcionais de escolas especializadas contam com mais oportunidades para realizar visitas organizadas pela escola, do que este mesmo tipo de alunos em escolas primárias e modernas secundárias. Quando nos referimos a visitas a lugares em que as crianças possam mais tarde se empregar e a locais de interesse industrial, só podemos fazer considerações oportunas entre as escolas especializa-

das e as escolas modernas secundárias. Ao todo 90% daquelas e 30% destas organizam visitas que oferecem possibilidades de futuros empregos para as crianças (qui quadrado = 16,875, representativo no nível 0,01; 1 grau de liberdade). Todos os 20 coordenadores das escolas especializadas e 30 dos 40 das escolas modernas afirmam organizar visitas a lugares de interesse industrial (qui quadrado = 4,335, $p = 0,05$; grau de liberdade igual a 1).

Ao todo, 100% das escolas especializadas organizam visitas de utilidade educacional, enquanto somente 25% das escolas primárias o fazem, sendo, pois, a comparação favorável às primeiras. Para visitas a lugares de interesse cultural, demonstrações, diversões (teatros) e esporte (patinação no gelo, pista de boliche etc.) as percentagens são 40, 15, 20 e 25% respectivamente nas escolas primárias, e 100, 80, 90 e 60% respectivamente para as escolas especializadas. Cada uma dessas diferenças é representativa com $p = 0,01$ ou $0,05$ que corresponde a 1 grau de liberdade, usando qui quadrado. A percentagem dos coordenadores das escolas modernas secundárias que organizam visita com os mesmos quatro propósitos são 100, 30, 52,5 e 80% respectivamente.

(i) Contato com estranhos

Os principais meios de comunicação com outras escolas são, para os tres tipos de escola: jogos, esportes e atividades sociais; 80% das escolas especializadas, 77,5% das primárias e 100% das escolas modernas secundárias respectivamente participam, com outras escolas, de jogos e esportes; 20% das esco-

las especializadas, 5% das escolas primárias e 20% das escolas modernas secundárias participam, com outras escolas, de atividades sociais; 75% das escolas especializadas, entretanto, exercem atividades adicionais, sob forma de visitas educacionais a outras escolas.

As escolas também convidam representantes de várias entidades e outras pessoas, não só para visitarem como, também, fazerem palestras para seus alunos. Neste particular a comparação é feita, principalmente, entre alunos das escolas especializadas e alunos das escolas modernas secundárias, pois tais palestras são dirigidas a alunos desta faixa de idade. O Quadro III compara esses dois tipos de escola.

A impressão que se tem é que, proporcionalmente, as escolas especializadas recebem tipos mais variados de visitas do que as escolas modernas secundárias.

Além disso as escolas especializadas, mais do que as escolas modernas secundárias, convidam oradores para:

- 1 — descreverem tipos e condições de trabalho em profissões que possam interessar aos alunos;
- 2 — falarem sobre seu próprio trabalho;
- 3 — falarem de seu passatempo;
- 4 — discorrerem sobre viagens.

Os cálculos percentuais são de 90, 95 e 90%, respectivamente, para escolas especializadas e 40, 27, 5, 45 e 6%, respectivamente, para as escolas modernas secundárias. A diferença entre as duas escolas em cada um dos quatro itens é representativa no nível 0,01, usando qui quadrado, correspondendo a 1 grau de liberdade. Além disso, 90% das escolas especializadas e somente 5% das escolas modernas secundárias recebem regularmente visita de ex-alunos (qui quadrado é representativo pelo menos no nível 0,01).

179

Quadro III

COMPARAÇÃO ENTRE ESCOLAS QUE PROMOVEM PALESTRAS DE VISITANTES PARA ALUNOS EXCEPCIONAIS

TIPOS DE VISITA	Para escolas especializadas		Para escolas mod. secundárias		Valor de qui quadrado	Nível de significação
	N.º de escolas	%	N.º de escola:	%		
Encarregados de emprego de jovens	19	95	32	80	1,324	Sem maior significação
Policiais	20	100	16	40	17,578	0,01
Empregadores	16	80	17	42,5	6,136	0,05
Funcionários médicos escolares	16	80	21	52,5	3,182	Sem maior significação
Eclesiásticas	18	90	7	17,5	25,929	0,01
Militares	9	45	11	27,5	1,121	Sem maior significação
Funcionários de correio	12	60	8	20	7,884	0,01
E estrangeiros	12	60	1	2,5	22,696	0,01

(j) Educação sanitária e familiar

A maioria dos coordenadores dos três tipos de escola revelou ministrar ensinamento extra sobre higiene pessoal; 90% das escolas especializadas dão orientação sobre dietas; 85% das escolas modernas secundárias e 40% das escolas especializadas prestam esclarecimentos sobre o fumo. As escolas especializadas informam melhor os alunos que estão terminando o curso sobre nascimento, planejamento familiar e responsabilidade paterna e materna.

180 Respectivamente 60, 80, 90 e 90% dos coordenadores das escolas especializadas e 42,5, 5, 35 e 5%,

das escolas modernas secundárias revelaram fornecer informações sobre estes tópicos. Esclarecimentos sobre o casamento e maternidade são também ministrados por ambas as escolas.

(k) Transição escola-trabalho

Quando se consideram os problemas específicos da relação trabalho-vida que os recém-saídos da escola têm que enfrentar, a comparação entre as escolas especializadas e as modernas secundárias é claramente favorável às especializadas. O Quadro IV estabelece a comparação entre as escolas em cada uma das áreas específicas de trabalho.

Quadro IV

ASPECTOS ESPECÍFICOS DA ATIVIDADE DE TRABALHO A QUE SÃO ENCAMINHADOS OS ALUNOS RECÉM-SAÍDOS DAS ESCOLAS

ASPECTOS DE TRABALHO INCLUIDOS	Para escolas especializadas		Para escolas mod. secundárias		Valor de qui quadrado	Nível de significação
	N.º de escolas	%	N.º de escolas	%		
Relacionamento empregado empregador.....	14	70	24	60	0,224	Sem maior significação
Procedimento nas ausências por doença	18	90	24	60	4,375	0,05
Cartão de ponto.....	18	90	4	10	33,382	0,01
Comprovante de salário.....	12	60	15	27,5	1,894	Sem maior significação
Previdência social.....	17	85	10	25	17,045	0,01
Seguro privado.....	10	50	4	10	9,794	0,01
Entrada e saída no relógio de ponto	20	100	17	42,5	16,296	0,01
Impostos.....	20	100	36	90	—	—
Cuidados com as ferramentas e equipamentos.....	20	100	40	100	—	—
Mudança de trabalho.....	20	100	25	62,5	8,100	0,01
Medidas de Segurança.....	20	100	40	100	—	—
Serviço médico, atestado de saúde..	16	80	14	35	9,075	0,01
Auxílio doença.....	18	90	24	60	4,375	0,05

(l) Cidadania

A maior parte das escolas especializadas e das escolas modernas secundárias informa seus alunos sobre contas bancárias, ensina a respeitar a propriedade alheia e toma parte em atividades de clubes juvenis.

A percentagem dos coordenadores das escolas especializadas que declararam informar seus alunos sobre sistemas legais, orçamento pessoal, serviço de encaminhamento e previdência social, foi maior do que a dos coordenadores das escolas modernas secundárias. A percentagem de coordenadores das escolas especializadas que mencionam dar estas informações é de 75, 90, 60 e 100% respectivamente. Para os coordenadores das escolas modernas secundárias a percentagem é de 10, 52, 5, 22,5 e 42,5% respectivamente. Poucos coordenadores de ambos os tipos de escola declararam dar informações sobre o processo de votação e sobre o governo local; 75% das escolas primárias instruem sobre economia e bancos; 100% delas ensinam a respeitar a propriedade alheia e 40% informam sobre orçamento.

(m) Atividades de lazer

Uma lista de 12 atividades de lazer foi apresentada aos coordenadores. E 50 — 70% dos coordenadores das escolas especializadas declararam estimular as 5 seguintes atividades: criação de animais de estimação, jardinagem, esportes, jogos e música. Dos 10 coordenadores das escolas modernas secundárias 47,5% incentivam seus alunos a colecionar selos.

Muito poucos dos coordenadores das escolas especializadas e das es-

colas modernas secundárias demonstram facilitar aos alunos a prática das atividades restantes na lista apresentada.

Foi pedido aos coordenadores dos 3 tipos de escolas que esclarecessem, em breves palavras, o que consideravam ser a finalidade da educação para crianças com Q.I. de 50 — 75. Ao todo, 40% das escolas especializadas, 62,5% das escolas primárias e 52,5% das escolas secundárias declararam que a educação deveria ser versátil, equilibrada e liberal. O seguinte exemplário das suas respostas ilustra seus pontos de vista:

- Habilidade social;
- Educação liberal;
- Desenvolvimento pessoal harmonioso;
- Educar para a vida em todos seus aspectos;
- Ajustamento social;
- Felicidade pessoal e vida doméstica plena;
- Adequação pessoal à vida comunitária;
- Confiança em si mesmo, auto-realização funcional.

Os restantes 60% dos coordenadores das escolas especializadas, ... 47,5% das escolas primárias e 47,5 das escolas secundárias sugeriram finalidades vocacionais na educação de seus alunos excepcionais.

Exemplos de suas afirmações:

- Capacitá-los para futuros empregos
- Técnicas vendáveis
- Ser capaz de conseguir um trabalho mais tarde
- Segurança

Quadro V

MEIOS PELOS QUAIS OS DIVERSOS TIPOS DE ESCOLA MANTÊM CONTATOS COM SEUS EX-ALUNOS

MEIOS DE MANTER CONTATO COM SEUS EX-ALUNOS	Escola	N.º	%	Valor de qui quadrado	Nível de significação (1 grau de liberdade)	
Através de escritórios para emprego de jovens	Especializada.....	—	—	4,375	0,05	
	Primária.....	—	—			
	Especializada.....	18	90			
	Secundária.....	24	60			
Através de empregadores	Especializada.....	—	—	12,563	0,01	
	Primária.....	—	—			
	Especializada.....	12	60			
	Secundária.....	5	12,5			
182 Por contato direto com ex-alunos	Especializada.....	19	95	23,434	0,01	
	Primária.....	10	25			
	Especializada.....	19	95	14,409	0,01	
	Secundária.....	16	40			
	Por intermédio dos pais	Especializada.....	16	80	8,017	0,01
		Primária.....	15	37,5		
Especializada.....		16	80	11,459	0,01	
Secundária.....		12	30			
Através de visitas dos antigos alunos		Especializada.....	11	55	12,100	0,01
		Primária.....	4	10		
	Especializada.....	11	55	4,959	0,05	
	Secundária.....	9	22,5			
Dia livre para visita	Especializada.....	15	75	5,214	0,05	
	Primária.....	16	40			
	Especializada.....	15	75	0,742	Sem maior significação	
	Secundária.....	24	60			

— Adaptação ao ambiente de trabalho

— Capacidade de conseguir uma ocupação lucrativa

— Torná-los capazes de viver independente

— Desenvolver hábitos úteis ao trabalho

— Desenvolver a vontade de trabalhar e de ganhar a vida

— Bom relacionamento com os empregadores e colegas de trabalho

— Desenvolver hábitos úteis ao trabalho repetitivo e levar vida estável

(n) Contato com ex-alunos

O Quadro V demonstra que a maioria das escolas especializadas mantém contato regular com seus ex-alunos. Os coordenadores das escolas modernas secundárias e escolas primárias mantêm este contato numa proporção significativamente menor.

(o) Relacionamento com os pais

Os três tipos de escola mantêm contato com os pais de alunos e de ex-alunos mais freqüentemente por

meio de visitas daqueles à escola. Todos os 20 coordenadores das escolas especializadas usam esse método, assim fazendo também 80% das escolas primárias e 95% das escolas secundárias.

Sob um aspecto, as escolas especializadas diferem dos outros dois tipos: 90% delas contra 40% das primárias e 37,5% das secundárias consideram a associação de pais e mestres como meio valioso de estabelecer contato com os pais. A diferença entre as escolas especializadas e cada uma das outras é representativa num nível de 0,01, qui quadrado sendo 11,615 e 12,803 (um g. l.) respectivamente.

Nos encontros de pais e mestres os pontos freqüentemente mais discutidos parecem ser o desenvolvimento escolar das crianças e seu comportamento. Pelo menos 77,5% dos coordenadores de cada tipo de escola assim afirmaram. Entretanto 90% dos coordenadores das escolas especializadas e 60% das escolas secundárias modernas afirmaram discutir com os pais as perspectivas ocupacionais de seus alunos excepcionais. O valor de qui quadrado de 4,375 obtido demonstra que os 2 tipos de escolas diferem representativamente neste ponto ($p = 0,05$ corresponde a 1 grau de liberdade).

(p) Finalidades da educação para alunos excepcionais

Para se fazer um exame mais profundo do que os coordenadores consideram como finalidades educacionais, uma lista de 17 objetivos da educação lhes foi apresentada, a qual propõe cobrir a maioria das áreas educacionais. Foi-lhes pedido:

- a) indicar os objetivos que deviam ser incluídos
- b) a ordem prioritária que dariam a tais objetivos.

O Quadro VI oferece, em detalhes, o resultado com as finalidades que os coordenadores consideram importantes.

Será bastante confirmar aqui que a maioria dos coordenadores (pelo menos 75%, de cada um dos 3 tipos de escolas) indicaram como objetivos importantes da educação de seus alunos excepcionais:

- 1) Capacidade de ganhar dinheiro;
- 2) organização em comunidade;
- 3) tolerância com diferenças de comportamento;
- 4) melhora no relacionamento normal cotidiana com os outros;
- 5) melhorar a higiene pessoal e a saúde.

11 dos 20 coordenadores especializados, 4 dos 40 das escolas primárias e 6 dos 40 das escolas secundárias também consideraram importante finalidade da educação o treinamento para um relacionamento normal com os companheiros de trabalho (valores de qui quadrado obtidos de 12,100 e 8,629 são representativos no nível 0,01; 1 grau de liberdade). Além disso, proporção maior dos coordenadores das escolas especializadas demonstrou considerar como finalidade importante da educação:

- 1) treinamento na função de operário;
- 2) treinamento no uso dos serviços de utilidade pública;

TRÊS ORDENS HIERÁRQUICAS DADAS A ALGUMAS FINALIDADES DA EDUCAÇÃO POR COORDENADORES DE ESCOLAS ESPECIALIZADAS, PRIMÁRIAS E MODERNAS SECUNDÁRIAS

FINALIDADES DA EDUCAÇÃO	COORDENADORES DAS					
	Escolas especializadas		Escolas primárias		Escolas modernas secundárias	
	Ordem	%	Ordem	%	Ordem	%
Desenvolvimento de relacionamento normal cotidiano com os outros.....	1	95	2	75		
Treinamento na profissão de operário.....	2	80				
Capacidade de ganhar dinheiro.....	3	100			2	87,5
Desenvolvimento de reações normais.....	—	—			1	70
Capacidade de avaliação da cultura.....	—	—			3	75
Tolerância para com as diferenças no comportamento.....	—	—	1	70		
Melhoria na higiene pessoal e na saúde.....	-	—	3	60		

184

- 3) desenvolvimento sadio de relações pessoais;
- 4) capacidade de adaptação a *ambientes especiais*;
- 5) adaptação às próprias deficiências.

Proporção maior de coordenadores de escolas modernas secundárias considera importante o treinamento de habilidades recreativas e da capacidade de avaliação cultural; proporção menor dos coordenadores das escolas primárias menciona o desenvolvimento de reações normais. Poucos coordenadores dos 3 tipos consideraram como objetivos importantes:

- 1) treinamento do relacionamento familiar;
- 2) desenvolvimento sexual;
- 3) treinamento para o papel de marido/esposa e pai/mãe.

Quando se toma em consideração a ordem de prioridade que os co-

ordenadores estabeleceram para as 17 finalidades apresentadas, conclui-se que as três primeiras prioridades são as únicas realmente valorizadas por uma razoável proporção dos coordenadores de cada tipo de escola. Ao todo 95% dos coordenadores de escolas especializadas deram prioridade 1 ao desenvolvimento normal das relações diárias com os outros; 80% mencionaram como prioridade 2 o treinamento prático do operário e em 3.º lugar a habilidade de ganhar dinheiro; 70% dos coordenadores das escolas secundárias consideraram como mais importante o desenvolvimento das reações normais e 87,5% colocaram em 2.º lugar a capacidade de ganhar dinheiro; a capacidade de avaliação cultural foi dado o 3.º lugar por 75% dos coordenadores; 70% das escolas primárias consideraram em 1.º lugar a tolerância para diferenças de comportamento; para 75%, o 2.º lu-

gar é ocupado pelo desenvolvimento de relações normais cotidianas com os outros e 60% valorizam, em 3.º lugar, a melhoria da higiene pessoal e da saúde.

(q) Propósito das atividades extracurriculares

De uma lista de oito finalidades das atividades extracurriculares

apresentadas aos coordenadores para dispor em ordem hierárquica, o objetivo *proporcionar atividades de lazer* foi colocado em 1.º lugar, por todos os coordenadores.

O Quadro VII apresenta a posição dada a cada finalidade pela maioria de cada tipo de coordenadores das escolas.

Quadro VII

ORDEM HIERÁRQUICA DE ALGUNS OBJETIVOS DAS ATIVIDADES EXTRACURRICULARES DADA PELOS COORDENADORES DAS ESCOLAS ESPECIALIZADAS, PRIMÁRIAS E MODERNAS SECUNDÁRIAS.

PROPÓSITO DAS ATIVIDADES EXTRACURRICULARES	ORDEM HIERÁRQUICA		
	Escolas especializadas	Escolas primárias	Escolas modernas secundárias
Proporcionar atividades de lazer	1	1	1
Facilitar o desenvolvimento de aptidões necessárias à vida social	2	3	2
Promover o desenvolvimento de aptidões físicas	8	4	3
Proporcionar o treinamento necessário para o aprendizado de um ofício	4	7	6
Promover atividades que reduzam a tensão...	3	6	7
Promover desenvolvimento de habilidades motoras	7	2	4
Incentivar a aquisição de habilidades funcionais	5	5	5
Proporcionar o treinamento para empregos futuros	6	8	8

185

(r) Perspectivas ocupacionais

Finalmente, quando se perguntou aos coordenadores que tipo de trabalho eles consideravam apropriados para alunos com um Q. I. 50 — 75, a resposta foi unânime: 80% dos coordenadores especializados, 87,5% dos primários e 95% secundários responderam: *trabalhos que não exijam habilidade especial*. O restante mencionou serviços de habilidade parcial. Todos salientaram o papel dos companheiros de trabalho.

Resumindo, em comparação com os outros dois tipos de escola, as especializadas parecem poder contar com um corpo docente mais adequado, menos rígido no que toca à disposição das salas de aula, contando com um sistema disciplinar mais liberal e satisfatório. O currículo organizado para alunos excepcionais orienta melhor na vida real. Os alunos visitam mais outras organizações e recebem também mais visitas.

Seu programa de suavizar a transição escola-trabalho parece ser mais amplo e longo do que o proposto pelas escolas modernas secundárias.

Os coordenadores de escolas especializadas parecem também advogar finalidades educacionais nas atividades curriculares e extracurriculares que dão especial atenção ao futuro bem-estar social de seus alunos.

5. Conclusões:

186 Dos resultados obtidos podemos considerar que as escolas especializadas para alunos excepcionais oferecem um currículo e um sistema educacional mais adequados do que as turmas especiais de escolas comuns.

As escolas comuns, com classes especializadas, têm que manter aparentemente uniformidade na sua regulamentação escolar e nisto talvez resida a causa da insuficiência que apresentam, quando comparadas às escolas especializadas. Mesmo que um coordenador concordasse com o sistema estabelecido nas escolas especializadas ele teria que considerar a praticabilidade de tal política do ponto de vista de *igual tratamento para todos os alunos*.

É bem verdade que algumas concessões são feitas para escolas especializadas e classes especializadas, a fim de tornar estes sistemas educacionais mais adequados aos alunos excepcionais. Mas, enquanto que nas escolas especializadas tais privilégios seriam francamente destinados a tais finalidades, nas escolas comuns poderiam ser considerados como concessão espe-

cial à escola; e a turma especial ficaria a depender da definição das prioridades; o que é também provavelmente verdade nas relações corpo docente-aluno, nos problemas de disciplina, liberdade de expressão, contatos com o mundo exterior e atividades extracurriculares. O aluno excepcional, na escola comum, forma a minoria e não somente o coordenador e o corpo docente, como também os outros alunos, teriam que ser persuadidos da necessidade de um tratamento especial para eles.

O quadro que se patenteia nesta pesquisa sugeriria que a lacuna entre as escolas especializadas e escolas comuns, com turmas especiais, não seria anulada a não ser no momento em que todas as escolas contassem com a liberalidade especial concedida às escolas especializadas.

A aproximação democrática, permissiva, livre e orientada para a vida real e a atmosfera das escolas especializadas parecem estar conforme com a aproximação advogada por Clarks (1965), O'Connor e Tizard (1956), Kirk (1961) Kephart (1960), Tansely e Gulliford (1960). É um problema complexo decidir se é melhor, a longo prazo, segregar os alunos excepcionais dos não excepcionais, ou integrá-los.

Uma conclusão interessante desta pesquisa é que o sistema educacional e o currículo válidos numa escola especializada, ou em classes especiais, devem depender das necessidades psicológicas que têm os alunos excepcionais de tomar decisões quando existir opção. Ambiente especial, contato estreito

com os normais, ritmo mais lento de vida, são alguns pontos frequentemente mencionados.

Independente das condições já citadas e dos problemas de estigma e rejeição, a carência que têm os alunos excepcionais de experiên-

cia, calor humano e livre expressão deve, na medida do possível, ser atendida. Para assegurar tal entendimento, os coordenadores devem ter um treinamento especializado.

M. O. A. DUROJAIYE

Referências bibliográficas

- CASIDAN, A., and STEVENS, M. (1966). "Social Education in the Junior Training Center", *F. Ment. Subnormality*, Mongr. Supp., 1-10.
- CASIDAN, A. (1969). "Handicaps in Learning" in Morris, J. F. and Lunzer, E. A., *Development in Learning 3, Contexts of Education* (Staples Press).
- CLARKE, A. M. and CLARKE, A. D. B. (1965). *Mental Deficiency* (Methuen, London).
- HULME, I. and LUNZER, E. A. (1966). "Play, Language and Reasoning in Subnormal Children", *F. Child Psychol. Psychiat.*, 7, 107-23.
- KIRK, J. (1961). *The Early Education of the Mentally Retarded* (Univ. Illinois Press, Illinois).
- KEPHART, N. C. (1960). *The Slow Learner in the Classroom* (McTill, Columbus, Ohio).
- O'CONNOR, N. and TIZARD, J. (1956). *The Social Problems of Mental Deficiency* (Pergamon, London).
- OWEN, J. (1969). "Curriculum for the Young School Leaver", *Educational Review*, 21, 172-82.
- ROGERS, J. (1967). "Teaching for the Next Generation", *Special Education*, 56, 4, 17-21.
- SCHONELL, F. J., McLeod, J. and COCHRANE, R. G. (1962). *The Slow Learner: Segregation or Integration* (Queensland University Press).
- FANSELY, A. E. and GULLIFORD, R. (1960). *The Education of the Slow Learning Children* (Routledge, London).
- TAYLOR, P. (1967). "Purpose and Structure in the Curriculum I", *Educational Review*, 19, 3, 159-72.
- TIZARD, J. (1964). *Community Services for the Mentally Handicapped* (O.U.P., London).
- WESTWOOD, I. J. (1966). "Re-assessing the Role of the Head", *Education for Teaching*, 71, 65-75.

O enfoque criança surda *

A função auditiva é essencial à aquisição da linguagem, meio de comunicação social. O ouvido é o órgão sensorial de que depende a aquisição e o desenvolvimento da linguagem, sendo igualmente indispensável para o controle da nossa expressão verbal, das nossas mensagens ao meio social. Ouvir os interlocutores, as demais pessoas e ouvir a si próprio resulta no condicionamento auditivo em relação aos sons da fala. Para a aquisição da linguagem, a audição representa o sentido primordial porque dela decorrem os mecanismos cerebrais e neurofisiológicos da fala.

188

O conhecimento do mundo pela criança começa com a sensação e a percepção dos fenômenos e processos da natureza. Desse contato com os objetos e suas particularidades resulta o pensamento concreto elementar da criança, mas o pensamento verbal, a capacidades de julgar, de raciocinar e os elementos de abstração só aparecem nas etapas sucessivas do processo de desenvolvimento da linguagem infantil. Os processos e operações intelectuais são elementos em potencial que se realizam à medida que a interação criança-meio se aprofunda e que a sua linguagem se desenvolve. O ambiente social e as condições de vida da criança desempenham papel

* Contribuição ao Tema oficial "Criança surda", do I Congresso Brasileiro de Foniatria, e XIX Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia, Rio de Janeiro (Setembro de 1970).

decisivo nesse processo. A criança recebe do meio ambiente os mais variados estímulos sonoros, inclusive os sons da fala que promovem o desenvolvimento simultâneo da sua audição e linguagem através das etapas de ligações condicionadas auditivo-motoras-propioceptivas, que se tornam mais complexas, mais perfeitas, à proporção que a criança vai desenvolvendo sua linguagem. Quando se trata, porém, da criança portadora de deficiência auditiva, o quadro se modifica. Surge um problema audiológico diferente do adulto, porque na criança está em jogo a sua linguagem ameaçada pela surdez. As conseqüências são muito mais graves que no adulto, o problema ultrapassa o quadro clínico otológico para penetrar na esfera educacional. Nessas crianças, pode-se tornar escassa ou mesmo nula a projeção dos estímulos auditivos na área temporal do córtex cerebral, especialmente dos sinais representados pelos sons da fala, indispensáveis às ligações condicionadas verbais. As crianças portadoras de surdez grave e periférica dispõem dos mesmos órgãos fonadores e das mesmas possibilidades corticomotoras para a produção da fala que as crianças ouvintes, mas o mecanismo da fonação não se organiza por se achar ausente a contribuição sensorial representada pelas sensações acústicas do mundo exterior, dada a incapacidade funcional do analisador auditivo. Faltam às crianças surdas os sinais auditivos verbais que permitem à criança ouvinte a aquisição da linguagem no meio em que vive. Os seus primeiros exercícios vocálicos espontâneos se esgotam depressa por falta de estimulação da voz das pessoas e da

sua própria voz, não podendo ser utilizados como material de uma verdadeira linguagem de comunicação, mas apenas como gestos fonéticos elementares, ou tentativas de comunicação-linguagem.

Conceituação

Quando a surdez for completa ou quase completa, de nascença ou se ocorrer antes da aquisição da fala, ou no período inicial do desenvolvimento da linguagem, surge o quadro clínico da surdo-mudez. A expressão surdo-mudez foi usada durante séculos para designar a anormalidade encontrada em crianças com ausência de audição e inaptidão para articular a palavra, sendo substituída modernamente pela de "criança surda", a fim de atender aos objetivos de oralização do ensino, ditados pela pedagogia especial de surdos. As modalidades da ação educacional moderna são decisivas para o pequeno surdo, porque possibilitam o uso de uma linguagem análoga à fisiológica, suprimindo a causa essencial de sua inferioridade e proporcionando-lhe um contato mais regular com as pessoas ouvintes e, portanto, mais favorável adaptação ao meio social. Se o problema da surdez profunda da criança foi objeto de especulações durante séculos, que levaram ao ponto de se considerar o surdo-mudo como um anormal sensorial, motor e mental, somente os progressos recentes das técnicas audiológicas, psicológicas e pedagógicas, bem como o melhor conhecimento da etiopatogenia e dos mecanismos de produção da fala, permitiram o estudo mais sistematizado das diferentes formas de acometimento auditivo dessas crianças.

Do ponto de vista audiológico, uma perda auditiva superior a 80 decibéis, segundo nossa observação, se ocorrer na faixa de freqüências audiométricas correspondentes à fala, resultará na ausência total ou quase total da linguagem, caracterizando a síndrome clínica da surdo-mudez, se a criança não for ajudada pelos meios pedagógicos adequados. Esse nível audiométrico coincide com o publicado por Portmann, na França, e por Hughson e Westlake, nos Estados Unidos. A Sociedade Otológica Americana também o reconheceu para definir a expressão "surdez" e os seus limites audiométricos. Danièle Charachon admite não haver possibilidades de aquisição espontânea da linguagem acima de 85 decibéis, sem auxílio da educação especializada. Pauls e Hardy, em 1953, estabeleceram como limite da surdez profunda o nível 75 db, baseando-se na perda média em decibéis nas freqüências 500, 1000 e 2000 Hz. Goldstein, Mykeblust e Becyman adotaram limites análogos, nas mesmas freqüências. Mas, como veremos adiante, o nível audiométrico representa apenas um dos elementos semiológicos para o reconhecimento das formas mais severas da surdez infantil.

Síndromes Clínicas

São de freqüente observação, na clínica audiológica infantil, casos de leve hipoaúscia de surdez parcial, de surdez com audição residual ou de surdez mais severa, acarretando sério comprometimento da linguagem.

As formas mais graves da deficiência auditiva infantil revestem-se

das características clínicas da surdez sensorio-neural, resultante de lesões cocleares ou neurais atribuídas aos diversos fatores etiopatogênicos que, segundo o período de incidência, se dividem em pré-natais, neonatais ou perinatais e pós-natais. No período pré-natal estariam compreendidos: os fatores genéticos dominantes e recessivos, as embriopatias virósicas (rubéólica e outras infecções por vírus), as fetopatias virósicas e microbianas (sífilis congênita), as embriopatias e fetopatias tóxicas (quinino, salicilato, álcool, estreptomicina, kanamicina, talidomida, anestésias prolongadas), as causas endócrinas (cretinismo endêmico, bócio, debilidade mental). No período perinatal: a doença hemolítica do recém-nascido, as icterícias neonatais, a anoxia neonatorum, o kernicterus, a prematuridade, o traumatismo obstétrico. No período pós-natal: os processos infecciosos da infância, as febres eruptivas, as viroses e as neuroviroses, as meningo-encefalites, a sífilis congênita em suas manifestações precoces ou tardias, as otites médias bilaterais com ou sem labirintite, o traumatismo craniano, e as intoxicações medicamentosas, destacando-se a estreptomicina e a kanamicina, como elementos mais importantes da iatrofarmacogenia no ensurdecimento de criança.

Os aspectos clínicos da deficiência auditiva infantil estariam, portanto, ligados à etiopatogenia, à época da incidência da lesão auditiva ou da manifestação da surdez, bem como ao grau da perda auditiva. Tais síndromes clínicas tivemos oportunidade de descrevê-las, por ocasião do XIV Congresso Brasi-

leiro de Otorrinolaringologia, aqui realizado em 1965, num trabalho de pesquisa elaborado na Escola Santa Cecília para deficientes da audição, como os tipos audiológicos da hipoacusia infantil, que seriam os seguintes: Crianças hipoacúsicas; crianças parcialmente surdas ou semi-surdas; crianças propriamente surdas com ou sem audição residual suscetível de aproveitamento pedagógico; crianças ensurdecidas antes da aquisição da fala ou no período de desenvolvimento de linguagem. Estudamos nessas síndromes não só o *deficit* auditivo como a sua repercussão sobre a linguagem e a inteligência dessas crianças, além dos índices de escolaridade e de adaptação dos alunos à vida social.

O nível audiométrico de 80 decibéis, a que nos referimos anteriormente, como limite aproximado da surdez propriamente dita, observado entre os alunos da Escola Santa Cecília, apareceu com maior frequência desde as primeiras pesquisas audiométricas que efetuamos no Instituto Nacional de Educação de Surdos, tendo sido publicadas aqui, no Brasil, em 1946, e, nos Estados Unidos, em 1948, nos *Archives of Otolaryngology*, em colaboração com Alfredo E. Vervloet.

No Congresso Internacional de Educação de Surdos, que se reuniu em Washington em 1964, foram consideradas surdas as crianças com perdas superiores a 90 decibéis, sendo divididas em dois grupos para fins educacionais, conforme a sua capacidade em reconhecer sons acima de 500 Hz. O assunto parece bem esclarecido por Perello, da seguinte forma: "Pode-

ríamos considerar clinicamente surdas-mudas as crianças com audição inferior a 60 decibéis, o que não equivale dizer quanto à técnica pedagógica e ao prognóstico, se a criança ouvir a 80 decibéis, ou se não ouvir absolutamente nada a 100 decibéis."

Mas o exame audiométrico não constitui o único elemento para o diagnóstico da surdez infantil. A avaliação da capacidade auditiva da criança apresenta, na prática, sérias dificuldades, por faltar a colaboração necessária das crianças pequeninas para fornecer ao examinador respostas exatas. A aplicação dos testes audiométricos usuais torna-se difícil nessas crianças, forçando o recurso a novas técnicas semiológicas da audiometria objetiva. Para se chegar a uma comprovação diagnóstica mais perfeita, além de uma anamnese acurada para individualizar os fatores etiopatogênicos, de minucioso exame otorinolaringológico e audiológico, são indispensáveis a análise da linguagem, das condições de aquisição da fala e da qualidade da voz da criança, bem como a avaliação de sua capacidade mental. A expressão acústica da voz com as implicações psicofisiológicas de intensidade, timbre e altura, normalmente controladas pelo ouvido, são de grande importância no exame dos deficientes da audição. Nas crianças ensurdecidas pode ocorrer verdadeira desintegração fonética, se não receberem imediata assistência pedagógica à incidência da surdez. A capacidade intelectual da criança, a sua adaptação afetiva e o meio familiar são tantos outros fatores suscetíveis de modificar as seqüências da surdez.

Em suma, os principais elementos para o diagnóstico clínico e o prognóstico educacional são os seguintes: a) a importância do *deficit* auditivo; b) o nível de aquisição lingüística; c) o nível intelectual da criança; d) o estudo do ambiente familiar e do meio sócio-econômico em que vive a criança.

Diagnóstico Diferencial

Acontece que, além das síndromes essencialmente audiológicas da hipocússia infantil, a que nos referimos, podem surgir outras implicações diagnósticas no quadro clínico das crianças com problemas da comunicação-linguagem.

191

O conceito diagnóstico de surdez infantil, sobretudo no que diz respeito às crianças pequenas, vem recebendo novas e sucessivas interpretações audiológicas, ou mais propriamente otoneuroológicas, nos últimos anos. A palavra "surdez", segundo Quirós: "pode ser considerada apenas como expressão de um diagnóstico inicial de grupo, um rótulo para a criança que não fala, mas não como diagnóstico definitivo de um determinado caso".

Sabemos que as deficiências auditivas podem ter origem periferica ou central, conforme as lesões ou distúrbios funcionais se localizem nos órgãos auditivos periféricos ou nos segmentos nervosos superiores. Se reconhecermos um *deficit* auditivo por afecção do ouvido externo ou médio, ou por lesão coclear (cortipatia, estriovascularpatia) ou reto-coclear (neuronopatia), estaremos diagnosticando uma surdez periferica. Se, porém, as lesões ou a disfunção permanecem

rem em determinado nível das vias auditivas centrais, estaremos identificando uma forma central. Conforme o nível do acometimento, pode ocorrer uma surdez verdadeira, nas lesões baixas, ou então surgir um distúrbio de integração da função auditiva num dos níveis superiores do sistema nervoso central. Uma forma de surdo-mudez aparente poderá resultar desses distúrbios em segmentos centrais superiores, em relação com a função da linguagem. Isto significa que tanto a criança surda com lesão dos órgãos auditivos periféricos quanto a que apresenta distúrbios centrais podem não responder ao som.

Como observa o Prof. Renato Segre, "nem sempre é fácil ou seguro o diagnóstico diferencial entre a etiologia audiológica e as demais etiologias, ainda porque a primeira se associa frequentemente a uma das outras".

Em trabalho elaborado no Instituto Nacional de Educação de Surdos (1944), e em Conferência proferida na Associação Paulista de Medicina (1953), tivemos oportunidade de nos referir aos casos de surdo-mudez associados a distúrbios neurológicos ou neuro-psicopáticos, reunindo no mesmo indivíduo a deficiência sensorial e a psíquica, nos seus diferentes graus e aspectos. E dizíamos que, predominando a deficiência central, nesses casos, os métodos pedagógicos diferiam essencialmente dos utilizados nas escolas destinadas à educação de crianças surdas.

Segundo comunicação de José Bello ao 1.º Congresso Americano de Hipoacusia e Linguagem de Bue-

nos Aires, as síndromes clínicas a que poderíamos chamar de clássicas, nem sempre assim se apresentam na prática, sendo freqüente a concomitância ou co-participação dos quadros clínicos surdez com transtornos, psicogênicos, de surdez com deficiência mental em vários graus e de surdez com afasias de diferentes graus e formas. A anoxia, a incompatibilidade Rh materno-fetal, o traumatismo craniano e a encefalite seriam mais responsáveis por tais formas associadas. Os casos associados são mais conhecidos dos professores especializados pela observação diária dessas crianças que constituem sério problema diagnóstico, tão difícil nos primeiros anos de idade que praticamente todos os autores estão de acordo em que o diagnóstico definitivo de casos dessa natureza não deva ser feito muito cedo. Crianças, por exemplo, de 1 a 2 anos que se apresentam como casos de deficiência auditiva, assim diagnosticados por meio de testes audiológicos repetidos durante algum tempo, só tiveram seu componente afásico confirmado mais tarde, quando a idade cronológica permitiu uma pesquisa semiológica mais perfeita. Contudo, o diagnóstico oportuno e uma orientação adequada muito poderão contribuir para resolver tais problemas clínicos.

No complexo capítulo das afasias infantis é que o diagnóstico diferencial da surdez se torna, por vezes, extremamente difícil. A classificação das afasias infantis como síndromes patológicas nitidamente constituídas já é, por si mesma, bastante difícil. Muitas vezes existem associações, nas quais a afasia não representa o elemento predomi-

minente. Dicarlo admite que, num grupo de crianças catalogadas como "afásicas", nem mesmo 10% dentre elas merecem a qualificação de afasia verdadeira; as outras apresentariam dificuldades linguísticas, atribuídas em muitos casos ao retardo mental ou à surdez mais ou menos profunda. Myklebust, estudando as relações entre os distúrbios auditivos e o modo de aquisição e desenvolvimento da fala, forneceu importante contribuição para a diferenciação diagnóstica dos quadros clínicos que se confundem com a surdez da criança.

A palavra afasia, na verdade, não define o processo intrínseco da fala, que ocorre na criança, porque essa expressão decorre da perda da linguagem no adulto, como dizem muito bem Sebastian e Badaracco. Na criança, não há perda de uma função, mas, ao contrário, dificuldade em adquirir a função da linguagem.

Goldstein, Landau e Kleffner (citados por Schragger), referindo-se aos inadequados programas educacionais para crianças com distúrbios da comunicação, reconheceram em 1958 o fato de que "as crianças que não respondem ao som não são necessariamente surdas e, por conseguinte, não podem ser todas elas educadas por métodos convencionalmente utilizados para o surdo". Por esse motivo, propuseram um critério diferenciador dos transtornos da comunicação nas crianças. Os antecedentes etiológicos poderiam, assim, contribuir para a possibilidade de diferenciação entre afasia e surdez, de acordo com as pesquisas que efetuaram em 188 alunos do Cen-

tral Institute of the Deaf, dos quais 114 (62,3%) foram classificados como surdos e 69 (37,7%) como afásicos. Estabeleceram um critério de diferenciação dos distúrbios apresentados pelas crianças com problemas da comunicação. Examinaram os resultados dos exames especializados a que foram submetidos os alunos, chegando a algumas conclusões sobre a possibilidade dos antecedentes etiológicos contribuírem para o diagnóstico diferencial. Assim, os antecedentes de meningite e de outras infecções graves, bem como de surdez familiar, constituiriam fundamento para o diagnóstico de surdez. Os antecedentes de icterícia por incompatibilidade de hemática Rh, a anoxia neonatal, as convulsões, as atecções encefálicas congênicas e os antecedentes familiares de transtornos neurológicos e da fala seriam a favor da classificação de afasia. A rubéola nos três primeiros meses de gestação e outras complicações durante a gravidez determinariam a surdez ou a afasia com surdez.

As chamadas "afasias infantis" têm sido estudadas por Quirós e colaboradores em sucessivos trabalhos, que representam atualmente a mais importante contribuição para o debate do tema, ao analisarem os conceitos clássicos das síndromes ligadas a distúrbios da integração da linguagem das crianças, adotando novos critérios diagnósticos decorrentes de suas investigações nesse campo. Entendem que a denominação, "afasia infantil" representa um rótulo sintomático com que se pretende englobar várias síndromes neurológicas que impedem ou retardam o desenvolvimento da linguagem

(audimudez, afasia congênita, surdez verbal congênita etc.), o que não podem aceitar do ponto de vista médico quanto ao topodiagnóstico e à etiopatogenia, apesar de reconhecerem algum valor nessa terminologia para fins de reeducação da criança.

194 Através da anamnese e de exames especializados — diz Quirós — consegue-se separar, no vasto campo das crianças que não falam, um grupo de pacientes que se caracterizam pelas dificuldades mais ou menos severas de compreensão e de expressão da fala, não obstante ouvirem muito bem e de não se justificarem, do ponto de vista psicológico, os distúrbios que apresentam. De acordo com esse critério, à medida que avançam os conhecimentos sobre o assunto, torna-se possível diferenciar algumas síndromes mais ou menos específicas das afasias infantis, que seriam as seguintes: afasoidismo, apractognosia infantil, agnosias auditivas, síndromes subcorticais com distúrbios da linguagem, surdez troncular, síndromes proprioceptivo-vestibulares.

O estudo dessas diversas síndromes permite diferenciar, de um lado, a audição como função e, de outro, a permeabilidade das vias acústicas centrais, o que se baseia em recentes investigações audioeletroencefalográficas com computação eletrônica, especialmente nos trabalhos realizados por H. Davis sobre a função auditiva. Davis avalia a capacidade auditiva, estudando as respostas no vértex, por meio de computadores eletrônicos. Essa técnica de respostas corticais lentas, evocadas por estímulos acústicos (tone-pips), permite verificar

o funcionamento do sistema auditivo periférico e de certas regiões do sistema acústico central.

No topodiagnóstico da hipoacusia, Derbyshire (1969) utilizou as respostas aos estímulos acústico e vibratório, aplicando conceitos de anátomo-fisiologia do sistema nervoso central sobre o papel ativador exercido pelo sistema reticular ao nível da região talâmica. Os estímulos vibratórios fazem o registro encefalográfico, usando o mesmo mecanismo reticular e as mesmas vias do estímulo sonoro, a fim de alcançar o córtex cerebral. O critério de interpretação da sede da lesão central seria o seguinte:

- a) anormalidades no traçado eletroencefalográfico básico significaria uma alteração cortical ou tálamo-cortical, podendo interferir no processo cortical de informação auditiva;
- b) a falta de resposta ao som e à vibração numa área restrita indicaria uma lesão cortical localizada, ou subcortical;
- c) a falta de qualquer resposta, vibratória ou acústica, significaria uma lesão do sistema reticular;
- d) a ausência de resposta acústica com resposta vibratória normal, indicaria uma lesão periférica do ouvido, ou no trajeto das vias auditivas, em níveis bulbo-protuberanciais.

Em crianças com problemas da audição e linguagem, Marcos e Nilde Turner utilizaram, por sua vez, as técnicas eletroencefalográficas e eletrodermográficas com es-

timulação auditiva, no estado de sono e vigília, sob a denominação de eletro-audiograma, mediante o qual puderam verificar a permeabilidade das vias auditivas, bem como o estado anatômico e funcional de níveis superiores do sistema nervoso central que intervêm na integração da função da linguagem. Em muitos casos de surdo-mudez aparente, tornou-se evidente um fator nervoso central ligado ao quadro clínico com conservação da permeabilidade auditiva.

Diagnóstico precoce

Como se sabe, o diagnóstico precoce adquire reconhecido valor, tanto no campo da medicina quanto da psicopedagogia especial, para qualquer forma de deficiência infantil. Em se tratando de deficiência sensorial é ainda mais significativa a influência do diagnóstico precoce, constituindo elemento fundamental de êxito para a recuperação das crianças deficientes da audição na anamnese cedo instaurada, a fim de se apurarem desde logo as causas da surdez e a época da incidência da perda auditiva com as suas conseqüências sobre a linguagem dessas crianças. O diagnóstico precoce permite orientar a criança para a educação igualmente precoce e adequada ao tipo de sua deficiência. É evidente que, quanto mais cedo for iniciada a educação pela aplicação dos novos métodos de ensino especial, tanto melhores serão os resultados alcançados.

Em trabalho que apresentamos, em 1963, ao XII Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia, em colaboração com a professora Ivete Vasconcelos, fundamentado em

pesquisas que realizamos entre os alunos da Escola Santa Cecília para deficientes da audição, mostramos a importância do diagnóstico precoce na educação da criança surda, apresentando extensa e documentada casuística nesse sentido. Salientávamos nesse trabalho que, graças aos novos recursos técnicos utilizados em semiologia audiológica, já se torna possível descobrir desde o nascimento o acometimento auditivo da criança, pondo em relevo o papel da reflexologia e das técnicas descritas por Wedenberg, por Ewing, por Whetnall e outros autores para se pesquisar a audição dos bebês e das crianças pequenas, como fator fundamental de êxito na recuperação das crianças surdas. Aludimos também às dificuldades encontradas no exame dessas crianças, obrigando a se recorrer a provas mais objetivas, aos jogos e aos testes de condicionamento instrumental, a fim de se despertar o interesse da criança, visando a resultados mais satisfatórios mediante sua colaboração. Referimo-nos ainda aos processos de audiometria objetiva por meio do reflexo psicogalvânico e da eletroencefalografia aplicada à pesquisa da audição.

Em face das dificuldades para se apurar a audição das crianças, vários experimentadores têm procurado registrar diretamente os efeitos elétricos evocados ao nível do córtex cerebral. Assim, Marcus e Gibbs, em 1949, foram os primeiros a empregar a audiometria pelo E.E.G. em crianças. No mesmo ano, o Prof. Tato retomou o estudo dos potenciais evocados, experimentando o método do ponto de vista audiométrico em 13 in-

divíduos, obtendo respostas E.E.G. para intensidades vizinhas ao limiar auditivo, em certos casos, mas com resultados muito variáveis segundo os indivíduos sujeitos à pesquisa. A partir dessa época, novas técnicas surgiram com a mesma finalidade, tendo a eletroencefalografia assumido importância bem maior, nos últimos anos, sobretudo após as recentes investigações audioeletroencefalográficas, utilizando as modernas técnicas eletrônicas de computadores de promédios: a da "audiometria cortical" do Cody e Biccford (1965) para avaliar a acuidade auditiva mediante o registro de um promédio de potenciais cerebrais evocados, e a técnica mais recente de H. Davis (1969) de respostas corticais lentas evocadas por estímulos acústicos, registrados no vértex. Por meio dessas novas técnicas encefalográficas, especialmente a de Davis, pode-se verificar o funcionamento do sistema auditivo periférico e a permeabilidade das vias acústicas centrais, para fins de diagnóstico diferencial.

Todavia, as diversas técnicas eletroencefalográficas para a avaliação ou a medida da acuidade auditiva requerem equipamento muito complexo e de preço elevadíssimo, além de pessoal altamente especializado. Por essa razão, a técnica reflexológica, por meio de vários processos de condicionamento da criança, continua a exercer importante papel em semiologia audiológica infantil, pela facilidade de sua aplicação e pelos resultados satisfatórios que apresenta. Vem sendo, por exemplo, muito aplicado ultimamente o teste denominado "Audiometria reflexa de orientação condicional",

introduzido por Suzuki e Ogi-ba em 1959, no qual a criança colabora com satisfação, oferecendo resultados bastante animadores.

O problema é saber como conduzir, na prática diária, os diferentes testes audiológicos e como adaptá-los às possibilidades cronológicas e psicológicas das crianças. As provas precisam ser aplicadas com habilidade e paciência, às vezes repetidas, a fim de se conseguir a cooperação da criança, sem fatigá-la ou aborrecê-la, obtendo-se respostas mais objetivas. Deve-se ter sempre presente que as respostas da criança não são apenas de natureza audiológica, mas dependem de suas condições psicológicas, de seu comportamento durante os testes. A ausência de resposta ao estímulo sonoro nem sempre significa ausência de percepção; pode resultar de negativismo, de fator psicogênico, de fadiga fácil, de retardo mental, ou da inibição frequentemente observada quando se apresenta ao exame.

Vários são os processos que podem ser utilizados para se avaliar a acuidade auditiva das crianças pequenas. Além da pesquisa de reflexos incondicionados aos sons fortes e inesperados, como na técnica de Moro e Wedenberg, ou de reações da criança aos sons instrumentais e frequências amplificadas em campo livre, ou aos sons instrumentais mais suaves (Whetnall), os testes vocálicos e os recursos para despertar o interesse da criança pelas provas auditivas, como nos métodos de Ewing, Kantzer e outros autores, necessitam da cooperação da criança. Pode-se conseguí-la também por meio de jogos com brinquedos coloridos, como

na técnica de Barr para motivação da criança. Os processos de condicionamento audiométrico podem fornecer a este respeito resultados mais significativos.

A aplicação do condicionamento em audiometria é relativamente nova, porque não faz muitos anos que os testes de condicionamento foram introduzidos na técnica audiológica destinada ao exame das crianças. Estariam nela compreendidos: o método de audiometria objetiva pelo reflexo psicogalvânico (hoje pouco utilizado na prática clínica), o teste de orientação reflexa condicionada de Suzuki-Ogiba, os diferentes jogos audiométricos e os processos de condicionamento instrumental, como o *peep-show* de Dix e Hallpike, o pequeno teatro de bonecos e bichos de Lesak e outros dispositivos audiológicos, como os de Myklebust e Perello, utilizados na motivação da criança.

Seja qual for a técnica a que se recorra no exame da criança, o importante é apurar se ela ouve ou não e quanto ouve. A pesquisa da audição residual é de significativo valor nas indicações prematuras da prótese eletrônica auricular e do treinamento auditivo da criança.

A colaboração entre especialistas dos ramos audiológico, psicológico, neuropediátrico e foniátrico torna-se essencial no diagnóstico precoce da surdez infantil e de sua etiopatogenia. Contribui seguramente para o diagnóstico diferencial da surdez verdadeira com os distúrbios centrais de integração da função da linguagem.

A linguagem, instrumento essencial de comunicação, de desenvolvimento intelectual e de ajustamento emocional, constitui objetivo fundamental do programa educativo, destinado à criança surda. Ela necessita de tratamento educacional, compatível com a deficiência mais severa que apresenta. Sabemos que os resultados dependem essencialmente da precocidade da educação e das condições psicológicas e sociais em que vive a criança. Ao contrário das hipoacúsicas, as crianças propriamente surdas não podem adquirir espontaneamente a linguagem, só conseguindo aprendê-la por processos psicopedagógicos aplicados por professores especializados, em escolas a esse fim destinadas ou em classes especiais, de acordo com as suas possibilidades neurofisiológicas e psicológicas. Todos os recursos devem ser empregados para se obter a expressão oral do aluno e a sua mais perfeita integração intelectual e social. Assim se expressa Oleron: "Nos casos de surdez mais profunda, impedindo a aquisição espontânea da linguagem, o *handicap* que ela ocasiona na criança tende a se atenuar pela educação. Graças a isso, a criança adquire progressivamente as noções e os conhecimentos verbais que a aproximam da criança ouvinte." Dessa forma, a criança irá desenvolvendo a sua inteligência à medida que for adquirindo a linguagem por meio do ensino especial. Como diz Gladys Peyrano: "El sordo sin ser necesariamente menos inteligente es diferentemente inteligente, significando con esto que su inteligencia tiene un modo especial de actuar."

O problema audiológico e o psico-pedagógico são diferentes se a criança teve conhecimento do mundo sonoro, ainda mesmo que haja perdido sua linguagem anteriormente adquirida. A surdez que se instala logo aos primeiros meses equivale, nos seus efeitos sobre a linguagem, à surdez congênita, mas quando o ensurdecimento ocorre mais tarde, a criança possivelmente já teve oportunidade de desenvolver a linguagem, refletindo o ambiente familiar e social em que ela vive. Se a criança que ensurdece pertence a uma comunidade desprovida de recursos especiais para seu atendimento, ela corre o risco de sofrer uma deterioração ou esquecimento da linguagem. Mas, se ela viver em ambiente social mais adiantado em recursos médico-pedagógicos, a perda da linguagem será mais difícil. Isso explicaria por que certas crianças surdas podem alcançar níveis elevados de cultura e mais perfeita adaptação social, por se tratar evidentemente de indivíduos muitos bem dotados, além de se beneficiarem de condições sócio-econômicas excepcionalmente vantajosas ou privilegiadas.

As novas técnicas utilizadas na pesquisa da audição, bem como os atuais recursos da eletrônica, revelando percentagem bem mais elevada de crianças com resíduos auditivos, resultaram no aproveitamento pedagógico desses resíduos em maior escala. O treinamento auditivo constitui com a leitura da fala elemento valioso na educação das crianças surdas. Deve-se aproveitar ao máximo — como diz Silverman — a audição residual da criança para que ela possa ouvir os sons naturais da fala e desenvolver

a linguagem mais facilmente, mediante o treinamento auditivo e o uso da prótese auricular, durante as aulas e para os fins de comunicação social. Com os progressos da eletrônica, as possibilidades são promissoras para as crianças dispondo de resíduos auditivos, por mais escassos que sejam. Deverão ser aproveitados para melhorar a entonação e a modulação da voz, bem como a articulação e o ritmo da fala (*feedback* auditivo), tornando-a mais compreensível às pessoas que se comunicam com a criança. A capacidade residual, bem trabalhada, deverá proporcionar maior rendimento à aprendizagem e desenvolvimento da linguagem, melhorando a qualidade acústica da voz. Perdoncini, que considera o treinamento auditivo o ato mais importante na educação da criança surda, procura atribuir-lhe, com o seu método pedagógico, um ritmo e uma melodia comparável à voz normal, segundo as possibilidades e evolução individuais. Ainda quando a compreensão das palavras e a discriminação dos sons pelo ouvido não se tornam possíveis, deve-se recorrer às características musicais da linguagem: melodia, ritmo e dinâmica. Com efeito, para se conseguir a melodia e a dinâmica da linguagem, basta que se percebam as frequências mais baixas da escala tonal, como sucede à maioria das crianças surdas. "Desse modo, os exercícios acústicos sistemáticos, mesmo quando as palavras não forem compreendidas, fornecem uma melhora considerável na musicalidade da voz" (Sedlacek).

Graças aos notáveis progressos da eletrônica, diferentes processos de amplificação acústica vêm sendo

utilizados nos surdos profundos, constituindo recursos auxiliares da técnica pedagógica, como a amplificação binaural, os sistemas parcialmente filtrados que podem ser aplicados nas classes de surdos e os aparelhos que permitem uma amplificação mais ampla e seletiva, como os aparelhos de filtros, os que utilizam a transposição de frequências e os sistemas mistos dos aparelhos de compensação. São novas conquistas da técnica audiológica para o estudo experimental de aplicação à pedagogia de surdos, como possibilidades técnicas de readaptação auditiva. São diferentes tipos de aparelhos amplificadores, introduzidos nos últimos anos, como, por exemplo, o sistema preconizado por Pimnow, Wedenberg e Johansen, para a transposição de frequências da área conversacional para a faixa de frequências situada abaixo de 1000 Hz, onde se localiza a audição residual de grande número de crianças surdas, permitindo ouvir a sua própria voz e conseguir melhor controle audiofonador. Outros processos especiais de amplificação também têm sido experimentados na técnica pedagógica de surdos, como os aparelhos de modulação ou compensação de Lafon, e o método de Guberina, utilizando o amplificador S. U. V. A. G., tipo 2, o qual permite transmitir, por meio de um vibrador, a mensagem acústica, não mais por via aérea, mas por via táctil, além de uma amplificação conveniente dos sons percebidos pela criança surda.

Para finalizar, diremos que no programa educativo destinado à criança surda, não seria aconselhável formular um plano de trabalho,

atendendo exclusivamente ao problema específico da deficiência auditiva. Além do ensino fundamental da linguagem e dos recursos técnicos eletrônicos hoje utilizados para proporcionar melhores resultados pedagógicos, a educação integral torna-se indispensável à criança surda pela necessidade de se utilizar todo o seu potencial fisiopsicológico, visando à sua mais perfeita adaptação intelectual e social.

Resumo

A função auditiva é essencial à aquisição da linguagem, meio de comunicação social. Faltam às crianças surdas os sinais auditivos verbais que permitem à criança ouvir e desenvolver normalmente sua linguagem. Quando a surdez for completa ou quase completa, de nascença, ou se ocorrer no período de aquisição da linguagem, surge o quadro clínico da surdo-mudez, mas adota-se moderadamente a expressão "criança surda" para se atender aos objetivos de oralização do ensino, ditados pela pedagogia especial de surdos.

São de freqüente observação, na clínica audiológica infantil, casos de leve hipoacusia, de surdez parcial, de surdez com audição residual ou de surdez mais severa, causando sério comprometimento da linguagem. As síndromes clínicas estariam ligadas à etiopatogenia, à época de incidência da lesão auditiva ou da manifestação da surdez, bem como ao grau da perda auditiva. O exame audiométrico não constitui o único elemento para o diagnóstico da surdez infantil. São igualmente indispensáveis uma anamnese acurada, o exame otorrinaringológico,

a análise da linguagem, da qualidade da voz e da capacidade mental da criança, assim como o estudo do ambiente familiar e do meio sócio-econômico em que ela vive. Além das síndromes essencialmente audiológicas da hipocausia infantil, podem surgir outras implicações diagnósticas no quadro clínico das crianças que não falam.

O conceito diagnóstico de surdez infantil vem recebendo novas e sucessivas interpretações audiológicas, ou mais propriamente otoneurológicas, nos últimos anos. As deficiências auditivas podem ter origem periférica ou central. Conforme o nível de acometimento, pode ocorrer uma surdez verdadeira nas lesões periféricas, ou surgir um distúrbio de integração da função auditiva num dos níveis superiores do sistema nervoso central. No complexo capítulo das tão discutidas "afasias infantis" é que o diagnóstico diferencial com a surdez se torna, por vezes, extremamente difícil, mas a anamnese e os exames especializados permitem diferenciar algumas síndromes mais ou menos específicas das "afasias infantis". As recentes investigações audioeletroencefalográficas com computação eletrônica sobre a função auditiva e a permeabilidade das vias acústicas centrais são de grande importância para o diagnóstico diferencial.

O diagnóstico precoce constitui elemento fundamental de êxito na recuperação da criança surda. A pesquisa da audição residual é imprescindível nas indicações prematuras da prótese auricular e do treinamento auditivo da criança.

Entre os recursos utilizados, a técnica reflexológica e os processos de condicionamento audiométrico, bem assim as recentes técnicas eletroencefalográficas com computadores de promédios são de indiscutível valor na avaliação ou medida de acuidade auditiva das crianças. Do mesmo modo, a colaboração entre especialistas dos ramos audiológicos, psicológico, neuropediátrico e foniatrico torna-se essencial ao diagnóstico precoce da surdez infantil e de sua etiopatogenia, bem como ao prognóstico educacional.

A criança surda necessita de educação compatível com a deficiência mais severa que apresenta. A linguagem, instrumento essencial de comunicação e de desenvolvimento intelectual, constitui objetivo fundamental do programa educativo a ela destinado. Os resultados dependem principalmente da precocidade da educação e das condições psicológicas e sociais em que vive a criança. As novas técnicas utilizadas na pesquisa da audição, revelando percentagem bem mais elevada de crianças com resíduos auditivos, resultaram no aproveitamento pedagógico desses resíduos em maior escala. Com os progressos da eletrônica, diferentes processos de amplificação acústica vêm sendo empregados no estudo experimental de aplicação à pedagogia de surdos. Além do ensino fundamental de linguagem e dos recursos técnicos auxiliares, a educação integral torna-se indispensável à criança surda pela necessidade de se utilizar todo o seu potencial fisiopsicológico, visando ao seu mais perfeito ajustamento psicossocial.

ARMANDO PAIVA DE LACERDA

- Ameriso, J. G.: *Semiologia: Aspecto auditivo en niños con trastornos del lenguaje — Atas do I Congresso Americano de Hipoacusia e Linguagem*, B. Aires, 1966.
- Antonov, I. P.: *Développement de la pensée et du langage de l'enfant à l'âge scolaire et préscolaire — Centre Culturel et Economique France-URSS*, Paris, 1954.
- Bello, J.: *El problema — Atas do I Congresso Americano de Hipoacusia e Linguagem*, Buenos Aires, 1965.
- Bordley, J. E. e Hardy, W. G.: *Evaluation of Hearing in Young Children — Acta Otolaryng.* Vol. XI., Stockolm, 1951-52.
- Cáceres, H.: *Los restos auditivos en los niños sordomudos — Fono Audiológica A.S.A.L.F.A.*, Vol. 1955.
- Charachon, D.: *L'enfant demi-sourd — Press Univ. de France*, 1965.
- Charpentier, M.: *Il entendra, il parlera — Les éditions sociales françaises*, 1956.
- Davis, H.: *Electroencephalography. Slow cortical responses evoked by acoustic stimuli — Acta Otolaryngologica, Supplementum 206.* 201
- Derbyshire, A.: *Electroencephalography. Auditory function evaluated by direct observation of EEG responses — Acta Otolaryngologica, Supplementum 206.*
- Despons, J. e Portmann, M.: *Les troubles de l'audition chez l'enfant — Librairie Arnette*, Paris, 1965.
- Dix, M. R. e Hallpike, C. S.: *The Peep-Show. A New Technique for Pure-Tone Audiometry in Young Children — Brit. Med. Journal*, 1947:2.
- Ewing, A. e Ewing, I.: *New Opportunities for Deaf Children — University of London Press*, 1958.
- Ewing, A.: *The Modern Educational Treatment of Deafness — Report on the International Congress Manchester 1958 — Manchester Univ. Press*, 1960.
- Fessard, M. A. e outros: *Le conditionnement et l'apprentissage — Presses Universitaires de France*, Paris 1958.
- Hirsch, I. J.: *Communication for the deaf — In Report of the proceeding of the International Congress on Education of the Deaf — Gallaudet Colege, Washington*, 1964.
- Hofmarksrichter, K.: *Problems of audition and the use of hearing aids with the hearing-impaired child — In Report of the proceedings of the International Congress of Education of the Deaf, Washington*, 1964.
- Kautzer, L.: *L'enfant sourd — Librairie Maloine*, Paris, 1950.
- Lacerda, A. P.: *Aspectos da surdez na pesquisa audiométrica — Livraria Agir Editora*, Rio de Janeiro, 1946.
- Lacerda, A. P. e Vervloet, A. E.: *Andiometric Studies of the Residual Hearing of Pupils of Rio de Janeiro National Institute for the Deaf-Archives of Otolaryngology*, Março 1948, Vol. 47.
- Lacerda, A. P.: *O teste audiométrico na educação da criança surda — Rev. Brasileira Oto-Rino-Laringologia N.º 5, Vol. XX, São Paulo*, 1952.

- Lacerda, A. P.: Plano de recuperação da criança surda no Município de São Paulo — Revista Paulista de Medicina, Março 1953.
- Lacerda, A.P. e Vasconcelos, I.: A importância do diagnóstico precoce na educação da criança surda — XII Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia, 1963, Rev. Brasileira de Cirurgia, n.º 2, Vol. 48, 1964.
- Lacerda, A. P., Vasconcelos e Carneiro, L. B.: Tipos audiológicos de crianças deficientes da audição — XIV Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia, 1965.
- O'Connor, C. — The Hard of Hearing Child and our Especial School for the Deaf — American Annals of the Deaf, Maio 1940.
- Peyrano, G.: Pedagogia del sordomudo — Santa Fe, Argentina, 1959.
- Perdoncini, G.: Théorie et pratique de rééducation auditive — J. FR. O.R.L., N.º 2, 1958.
- Perello, J. e Tortosa, F.: Sordomudez — Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1968.
- Portmann, M. e Portmann, C.: Précis d'Audiometrie Clinique — Masson Éditeurs, Paris, 1965.
- Quiros, J. B. e Gotter, R.: El lenguaje en el niño — Casa Ares, Buenos Aires, 1964.
- Quiros, J. B.: Diagnóstico diferencial de los sindromes vestibulares en el niño pequeño y de las mal llamadas "afasias infantiles" — Fono-Audiológica, Tomo XIV, N.º 1-2, 1968, Buenos Aires.
- Quiros, M. B.: Las llamadas afasias infantiles y el niño que no habla, sus relaciones con las sorderas centrales — Simposio sobre Habla y Lenguaje — Fono-Audiológica, Tomo XVI, Fasc. 1, 1970, Buenos Aires.
- Rius, M.: Fisiopatología de las hipoacusias receptivas y perceptivas — Atas do I Congresso Americano de Hipoacusia e Linguagem, Buenos Aires, 1966.
- Schrager, O.: El concepto actual de "afasia infantil" — Simposio sobre Habla y Lenguaje—Fono-Audiológica, Tomo XVI, Fasc. I, 1970, Buenos Aires.
- Sebastián, G., Badaraco, J. e Postan, D. — Audiologia Prática, Editorial Oberon, Buenos Aires, 1963.
- Secman, M.: Sprachstörungen bei Kindern — Vel Carl Marhold Verlag, Halle, 1959.
- Sedlacek, K.: Les relations de la parole et de l'audition — Capítulo do Livro "La voix et la parole" de Tarneaud e Secman — Librairie Maloine, Paris, 1950.
- Segre, R.: Integración social de los sujetos con transtornos del lenguaje, orgánicos o funcionales, no audiógenos — Atas do I Congresso Americano de Hipoacusia e Linguagem, Buenos Aires, 1966.
- Silverman, R. e Taylor, G.: The choice and the use for hearing aid, Hearing and Deafness — Holt, Rin, and Winston, Inc., New York, 1961.
- Smirnov, A. A., Leontiev, S. L. e outros: Psicologia — Editorial Grijalbo, S. A. México, 1960.
- Stevenson, E.: The Deaf and the Hard of Hearing in Schools and Classes for Deaf — American Annals of the Deaf, Setembro 1954.

- Tomatis, A.: L'oreille et le langage — Editions du Seuil, Paris, 1963.
- Turner, M.: El Electroaudiograma (E.A.G.) — Atas do I Congresso Americano de Hipoacusia e Linguagem, Buenos Aires, 1966.
- Vasconcelos, I.: Educação integral da criança surda — Congresso de Audiologia e Foniatria, México, 1964.
- Vincent, M.: Problèmes psychologiques de la surdi-mutité — La Raison N.º 16, Paris, 1956.
- Westake, H. e Hughson, W.: Supplement to the Transactions of the American Academy of Ophthalmology and Otolaryngology, Janeiro, 1944.
- Whetnall, E.: Development tests of hearing — Acta Otolaryngologica, Supplementum 206.

VIEIRA, Generice Albertina — Problemas da educação do excepcional. R. bras. Est. pedag., 58 (127): 9-18, jul./set. 1972.

O equacionamento dos problemas da educação do excepcional é dificultado antes de tudo pelo subdesenvolvimento sócio-econômico e suas conseqüências: subnutrição, doenças, precária assistência médica à maternidade e à infância, injusta distribuição da renda, analfabetismo, falta de escolas e de serviços especializados, carência de recursos financeiros. Além desse fator, não existem dados estatísticos em âmbito nacional para uma avaliação quantitativa da realidade que conscientize a opinião pública para o problema.

O atendimento do excepcional pela iniciativa oficial e particular é precário em face da demanda. A partir de 1973, o Ministério da Educação deverá implantar um sistema educacional integrado, de modo a atender a deficientes e superdotados, prestando-se assistência técnica e financeira aos Estados para sua execução.

G.A.V.

CDU 376(81)

VIEIRA, Generice Albertina — Problemas da educação do excepcional. R. bras. Est. pedag., 58 (127): 9-18, jul./set. 1972.

The social-economic underdevelopment and its consequences such as: sub-nutrition, diseases, poor medical assistance to mother and child, unfair income distribution, illiteracy, lack of schools and of specialized services, lack of financial resources, are the main points of the difficulty for solving the problems of the education of the exceptional child. Besides this factor, there are no statistic data in a national scale for a quantitative evaluation of the reality in order to make public opinion aware of the problem.

The assistance given to the exceptional child both by private and official initiative, is precarious in face of the needs. From 1973 on, the Department of Education will enforce a joint educational system, in order to attend the handicapped, as well as the exceptionally gifted, giving technical and financial assistance to the states, for this purpose.

G.A.V.

CDU 376(81)

VIEIRA, Generice Albertina — Problemas da educação do excepcional no Brasil. R. bras. Est. pedag., 58 (127): 9-18, jul./set. 1972.

Le sous-développement socio-économique et ses conséquences: sousnutrition, maladies, assistance médicale insuffisante à la maternité et à l'enfant, distribution inégale de la rente, pénurie de ressources financières, sont les principales causes de la difficulté pour résoudre les problèmes de l'éducation du handicapé. En plus, nous n'avons pas de données statistiques de caractère national pour une évaluation quantitative de la réalité, afin que l'opinion publique puisse prendre conscience du problème.

L'attention accordée à l'exceptionnel par l'initiative officielle ainsi que par l'initiative privée est précaire face à la demande. A partir de 1973, le Ministère de l'Éducation et de la Culture devra implanter un système éducatif intégré, de façon à satisfaire les besoins des déficients et des supérieurement doués. Les états recevront une assistance technique et financière à cette fin.

G.A.V.

FOGUEL, Rosita Adler — Caracterização do excepcional. *R. bras. Est. pedag.*, 58 (127): 27-43, jul./set. 1972.

Excepcional (deficiente ou superdotado) é aquele que, em relação a padrões de comportamento e necessidades educacionais, foge à "faixa de normalidade".

O deficiente se caracteriza pela natureza de sua limitação: físico-motora (causada com frequência por lesão cerebral), sensorial (audiocomunicação, visão e da palavra), emocional (distúrbios de comportamento), mental (oligofrenia, hipofrenia etc., cujo denominador comum é a insuficiência intelectual, tendo prejudicado todos os aspectos da personalidade e da capacidade de adaptação social).

O superdotado apresenta potencial intelectual superior (raciocínio produtivo e crítico) e maturidade emocional e social, caracterizando-se pela capacidade criadora.

FOGUEL, Rosita Adler — Caracterização do excepcional. *R. bras. Est. pedag.*, 58 (127): 27-43, jul./set. 1972.

The exceptional child (deficient or exceptionally gifted) is the one who as far as patterns of behaviour and educational needs are concerned, does not place itself within the range of normality.

Deficiency is characterized by the nature of its limitations: physico-motor (often caused by brain injury), sensorial (audio-communication, vision and speech), emotional (disturbances of behaviour), mental (oligophrenia, hypophrenia etc., the common denominator of which is the intellectual deficiency, which has affected all features of the personality and of the ability for social adaptation).

The exceptionally gifted presents a superior intellectual potential (productive and critical reasoning) as well as an emotional and social maturity, and is characterized by creative ability.

FOGUEL, Rosita Adler — Caracterização do excepcional. *R. bras. Est. pedag.*, 58 (127): 27-43, jul./set. 1972.

L'exceptionnel (déficient ou supérieurement doué) est celui qui, en ce qui concerne les modèles de comportement et de besoins en matière d'éducation s'écarte de la "tranche moyenne de la normalité".

Le déficient se caractérise par la nature de sa limitation: physico-motrice (provoquée en général par une lésion cérébrale), sensorielle (audiocommunication, vision et parole), émotionnelle (perturbation du comportement), mentale (oligophrénie, hypophrénie etc, dont le dénominateur commun est la déficience mentale, qui a endommager tous les aspects de la personnalité et de la capacité d'adaptation sociale).

Le supérieurement doué présente un potentiel intellectuel supérieur (raisonnement productif et critique) ainsi qu'une maturité émotionnelle et sociale, et se caractérise par sa capacité créatrice.

Lorsque les parents et les professeurs connaîtront mieux l'exceptionnel (déficient ou supérieurement doué), et utiliseront les contributions scientifiques récentes et de grande portée, l'enfant et l'adolescent pourront être mieux compris et mieux aidés dans leurs besoins de développement, d'affirmation personnelle, et d'intégration sociale et professionnelle.

G.A.V.

Whenever parents and teachers acquire a better knowledge of the exceptional child (handicapped as well as the exceptionally gifted), incorporating recent scientific contributions of great importance, the child and the adolescent may be better understood and will receive greater assistance in their developmental needs and in their self assurance, and social and professional integration.

G.A.V.

Quando pais e professores conhecerem melhor o excepcional (infra ou superdotado), incorporando recentes contribuições científicas e de grande alcance, a criança e o adolescente poderão ser melhor compreendidos e mais ajudados em suas necessidades de desenvolvimento, afirmação pessoal e integração social e profissional.

G.A.V.

FRAZÃO, Marialva et alii — Aspectos etiológicos dos problemas na infância.
R. bras. Est. pedag., 58 (127): 44-50, jul./set. 1972.

É crescente o número e a complexidade dos problemas da criança de hoje, sobretudo na área psicossocial e da aprendizagem. Sua solução está exigindo ação conjunta de equipe interdisciplinar.

Os sintomas das dificuldades mais freqüentes, com que se defrontam pais e professores, constituem pontos de partida para o estudo das causas **orgânicas** (constitucionais e adquiridas por lesão) e **situacionais** (desajustes no meio familiar). Qualquer propósito terapêutico, em relação às crianças, só se completa realmente pela atuação direta sobre seus familiares. Daí a importância atribuída ao tratamento das mães, constituindo-se grupos de psicoterapia e socioterapia, a partir do reconhecimento da existência de seus problemas (insegurança, desconhecimento de capacidade e possibilidades pessoais, desajuste conjugal) e conscientização de suas causas.

G.A.V.

FRAZÃO, Marialva et alii — Aspectos etiológicos dos problemas na infância.
R. bras. Est. pedag., 58 (127): 44-50, jul./set. 1972.

The number and the complexity of the problems of today's child are increasing, specially in the psychosocial and learning fields.

The symptoms of the most frequent difficulties, which parents and teachers have to face, are the point of departure for the study of the organic causes (constitutional and acquired by injury) and situational maladjustment of the family circle. Any therapeutical purpose concerning children is only completed by direct action over the family circle. Hence the importance given to the treatment of the mothers. They are organized in groups for Psychotherapy and Socioterapy based on the identification of their own problems (insecurity, lack of knowledge of their personal abilities and possibilities) and the awareness of their causes.

G.A.V.

FRAZÃO, Marialva et alii — Aspectos etiológicos dos problemas na infância.
R. bras. Est. pedag., 58 (127): 44-50, jul./set. 1972.

Le nombre et la complexité des problèmes de l'enfant de nos jours, notamment dans le domaine psychosocial et dans celui de l'acquisition des connaissances, augmentent chaque jour. La solution exige une action combinée d'équipes inter-disciplinaires.

Les symptômes des difficultés les plus fréquentes envisagées par les parents et par les professeurs constituent des points de départ pour l'étude des causes **organiques** (constitutionnelles et lésionnelles) et de **situations** (inadaptation au milieu familiale). Quelque soit l'intention thérapeutique, concernant les enfants, elle, n'est vraiment complétée que par l'action directe sur son milieu familial. De là l'importance attribuée aux soins donnés aux mères. Des groupes de psychotérapie et de sociothérapie sont constitués à partir de la connaissance de leur problèmes (manque d'assurance, méconnaissance de capacités et de possibilités personnelles, inadaptation conjugale et prise de conscience de ses causes).

G.A.V.

IKUTA, Glória Soares — Aspectos do tratamento, desenvolvimento e integração do excepcional. *R. bras. Est. pedag.*, 58 (127): p. 56-67 jul./set. 1972.

As deficiências da criança excepcional são causadas por fatores predisponentes (raça, idade dos pais, sexo, condições econômicas) e fatores determinantes (de ordem genética e ambientais).

Os diferentes aspectos do diagnóstico da criança retardada devem ficar a cargo de equipe interdisciplinar, sendo fundamental a colaboração dos pais no entrosamento família-instituição especializada.

O tratamento, também em equipe, deverá considerar os problemas da criança em si mesma e os de seu meio-ambiente, compreendendo os aspectos medicamentoso e psicopedagógico, entre estes a terapia da linguagem e a ocupacional.

C.V.A.

CDU 159.922.762:376.4

IKUTA, Glória Soares — Aspectos do tratamento, desenvolvimento e integração do excepcional. *R. bras. Est. pedag.*, 58 (127): p. 56-67 jul./set. 1972.

The deficiencies of the exceptional child are caused by factors of predisposition such as race, age of parents, sex, economic conditions and others, as well as by determining factors such as genetic and environmental ones.

The different features of the diagnostic of the handicapped child must be placed under an interdisciplinary team, being indispensable the collaboration of the parents in the relationship between family and specialized institution.

The treatment, also made by a team-work, must consider the problems of the child in itself and those its environment, including medical and psychopedagogical aspects, among those speech and occupational therapy.

C.V.A.

CDU 159.922.762:376.4

IKUTA, Glória Soares — Aspectos do tratamento, desenvolvimento e integração do excepcional. *R. bras. Est. pedag.*, 58 (127): p. 56-67 jul./set. 1972.

Les déficiences de l'enfant handicapé ont pour causes des facteurs de prédisposition (race, âge des parents, sexe, conditions économiques) ainsi que des facteurs déterminants (d'ordres génétique et d'environnement).

Les différents aspects du diagnostique de l'enfant retardés doivent être mis aux mains d'une équipe inter-disciplinaire, et la collaboration des parents, dans la liaison famille-institution, est fondamentale.

Le traitement, à être fait aussi en équipe, devra étudier les problèmes de l'enfant en soi-même et ceux de son environnement, y compris les médicaments et la psychopédagogie, et entre ces derniers la thérapie du langage et la thérapie occupationnelle.

C.V.A.

VELLOSO, Elisa Dias — Psicodiagnóstico da criança excepcional — comunicação dos resultados. *R. bras. Est. pedag.*, 58 (127): 51-55, jul./set. 1972.

No psicodiagnóstico da criança excepcional, o psicólogo deve levar em conta a expectativa dos pais em face do exame do filho, admitindo que é preciso sentir com eles, mas não se identificando com seu sofrimento a ponto de sentir como eles, pois o envolvimento total é quase tão inútil quanto a atitude fria.

Visando prestar real apoio aos pais será preciso que o psicólogo tenha, ele próprio, elaborado seu problema de aceitação da deficiência mental; que se sinta seguro, tendo assimilado intelectualmente os dados obtidos. Deverá evitar a terminologia técnica ou conceitos incompreensíveis para o leigo, o que pode aumentar a ansiedade dos pais. Ao sintetizar os resultados convém distinguir entre o que deve ser dito e o que deve ser omitido.

Na comunicação dos resultados será preferível a forma dialogada, propondo-se questões para o debate franco com os pais. O que eles pensam, sentem e

CDU 159.922.762 — 08

VELLOSO, Elisa Dias — Psicodiagnóstico da criança excepcional — comunicação dos resultados. *R. bras. Est. pedag.*, 58 (127): 51-55, jul./set. 1972.

In the psychodagnosis of the exceptional child, the psychologist must take into account the expectations of the parents concerning the examination of the child, accepting that it is necessary to feel with them, but not to identify himself with their sufferings to the point of feeling as they do, as the total involvement is almost as useless as a cold attitude. With the intention of offering the parents a real support, the psychologist must have solved his problem of accepting mental deficiency; he must feel sure of himself, and he must have assimilated intellectually the data obtained. He must, avoid the technical terminology or the concepts uncomprehensible to laymen, which would increase the anxiety of the parents. When summing up the results it is advisable to distinguish between what must be said and what must be omitted.

When communicating the results, it is advisable to dialogue with the parents, and to have with them an open debate. What the parents think, feel and say

CDU 159.922.762 — 08

VELLOSO, Elisa Dias — Psicodiagnóstico da criança excepcional — comunicação dos resultados. *R. bras. Est. pedag.*, 58 (127): 51-55, jul./set. 1972.

Dans le psychodiagnostic de l'enfant exceptionnel, le psychologue doit tenir en compte l'expectative des parents face à l'examen de l'enfant, en admettant qu'il est nécessaire de sentir avec eux, mais non de s'identifier avec leur souffrance au point de sentir comme eux, puisque l'identification totale est presque aussi inutile qu'une attitude d'indifférence. En se proposant d'offrir aux parents un véritable appui, il faudra que le psychologue ait, lui même, élaboré son problème d'acceptation de la déficience mentale; qu'il

soit sûr de lui-même, ayant assimilé intellectuellement les données obtenues. Le psychologue devra éviter la terminologie technique ou les concepts incompréhensibles pour les parents, qui ne connaissent pas la question, ce qui pourraient augmenter leur angoisse. Au moment de résumer les résultats on conseille de distinguer entre ce que doit être dit et ce qui doit être omis.

Lors de la communication des résultats il serait préférable d'utiliser le dialogue, en proposant des questions pour une discussion franche avec les

parents Ce que les parents pensent, sentent et disent à ce moment-là est plus important pour l'adaptation future de l'enfant que plusieurs renseignements que le psychologue ait à transmettre.

Des facteurs culturels et des conditions émotionnelles déterminent, de la part des parents, une plus grande ou une moindre acceptation du diagnostique, ainsi que leurs niveaux d'expectative concernant l'enfant. Le respect à leurs conclusions et à leurs suggestions prouve que le droit et la capacité de prendre des décisions sur l'enfant leur appartient.

C.V.A.

at this moment is more important for the future adjustment of the child than many information which the psychologist has to communicate.

Cultural factors and emotional conditions determine more or less acceptance of the diagnostic on the part of the parents, as well as their levels of expectation concerning the child. The respect to their conclusions and suggestions makes clear that the right and ability to take decisions concerning the child is theirs.

C.V.A.

dizem nesse momento é mais importante para o futuro ajustamento da criança do que muitas informações que o psicólogo tenha a transmitir.

Fatores culturais e condições emocionais determinam maior ou menor aceitação do diagnóstico pelos pais, bem como seus níveis de expectativa em relação à criança. O respeito as suas conclusões e sugestões deixa claro que o direito e a capacidade de tomar decisões sobre a criança é deles.

J.M.B.