

Rachel Barbosa Gomes Carneiro

INCLUSÃO TOTAL E INCONDICIONAL:

A Melhor Solução para os Portadores de Síndrome de Down

Rio de Janeiro
2001

Rachel Barbosa Gomes Carneiro

INCLUSÃO TOTAL E INCONDICIONAL:

A Melhor Solução para os Portadores de Síndrome de Down

UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE DIDÁTICA
DISCIPLINA DE MONOGRAFIA

Reitor Pietro Novellino
Decana Maria José Mesquita Cavalleiro de Macedo Wehling
Diretora Deyse Martins Hora
Chefe de Departamento Mônica Cerbella Freire Mandatino
Professora Denise Sardinha Mendes Soares Araújo

**INCLUSÃO TOTAL E INCONDICIONAL:
A Melhor Solução para os Portadores de Síndrome de Down**

Rachel Barbosa Gomes Carneiro

Monografia apresentada à Escola de
Educação da Unirio para obtenção
do grau de licenciatura plena em
Pedagogia.

Professora Orientadora: Anakeila de Barros Stauffer

Rio de Janeiro
2001

CARNEIRO, RACHEL Barbosa Gomes. **Inclusão total e incondicional**: a melhor solução para portadores de síndrome de Down. 2001. 54 f. Monografia (Licenciatura Plena em Pedagogia)—Escola de Educação, Universidade do Rio de Janeiro, 2001.

C215 Carneiro, Rachel Barbos Gomes.
Inclusão total e incondicional: a melhor solução para portadores da síndrome de Down. - 2001.
54 f.

Monografia (Licenciatura Plena em Pedagogia)
—Escola de Educação, Universidade do Rio de Janeiro, 2001.

1. Educação de portadores da síndrome de Down.
I. Título.

CDD - 371.92
CDU - 376.42

Dedico o presente trabalho ao meu primo Hugo, em primeiro lugar, que, por ser portador de Síndrome de Down e tão próximo da minha convivência, foi uma grande motivação para começar a estudar, pesquisar, entender a Educação Especial e, principalmente, tentar, mesmo que em pequena escala, pensar e propor mudanças para o ensino regular de modo que ele possa atender à necessidade de todos os que nele estiverem inseridos (e que sejam todos!). Acredito que, dessa forma, já consegui agir em prol da informação e transformação da consciência de meus familiares para que o Hugo pudesse ser estimulado em seu desenvolvimento e aceito da maneira que é: uma criança maravilhosa e que todos adoram.

Não posso deixar de dedicar também ao Rafael que, por ser irmão do Hugo e, da mesma forma, tão próximo da minha convivência, porém não portador da Síndrome de Down, me fez ver como é possível haver uma inclusão perfeita das crianças com necessidades especiais no convívio social das outras crianças, sem que a síndrome significasse qualquer "barreira" para que isso pudesse acontecer.

Agradeço à minha mãe por sempre ter me incentivado a atingir todos os objetivos que já tive em minha vida. Agradeço também ao meu namorado, Shaw, que muito antes de eu pensar em entrar para a faculdade já estava ao meu lado e assim continua até hoje, me incentivando a concretizar meus ideais e me fazendo acreditar que meu potencial é imenso e que eu sempre conseguirei atingir os objetivos pelos quais eu lutar. Foi dele que eu tirei a força para concluir a faculdade de Pedagogia, que acabou se estendendo mais do que o previsto, e para produzir com êxito o presente trabalho. A ele, acredito que nunca conseguirei retribuir à altura. Não posso deixar de agradecer minha Tia Valéria e meu Tio Leonardo, que até hoje me ajudam sempre em tudo o que eu preciso (e eu sempre preciso de muitas coisas!), à Profª Anakeila, que aceitou me orientar quando já restava muito pouco tempo para a entrega desta monografia e acabou fazendo muito mais do que isso, e a todos que, de alguma forma, contrubuíram para que conseguisse concluir esta graduação.

“O amor, a aceitação da família, a construção de uma boa auto-estima, os estímulos, as oportunidades de uma vida o mais normal e integrada possível, ricas em vivências, faz hoje, em muitos casos, mais diferença do que ter material genético excessivo em maior ou menor quantidade.”

Rui do Amaral Pupo Filho, 1996.

RESUMO

O presente estudo pretende ser um roteiro para professores que estão trabalhando com crianças portadoras de Síndrome de Down pela primeira vez ou que pretendam vir a trabalhar com elas. Há uma apresentação das formas como a alteração genética que causa a trissomia do 21 pode se dar, das características do indivíduo portador da síndrome, de alguns aspectos médicos e de cuidados que se deve ter com a criança, além de discutir o desenvolvimento dessas pessoas e a necessidade de uma educação precoce. A inclusão, como tema deste trabalho, é tida como essencial para que os portadores de Síndrome de Down possam ser incondicionalmente inseridos de forma total na escola regular, visando seu aprendizado e desenvolvimento global. Para isso, é proposto uma reestruturação do sistema de ensino tal qual ele se apresenta atualmente.

SUMÁRIO

	Página
Introdução	11
1. Um Panorama sobre o Síndrome de Down	14
1.1 Três Possibilidades de Alteração Genética que Acarretam a Síndrome de Down	16
.....	21
1.2 Características da Síndrome de Down	23
1.3 Medicamentos Proibidos	
2. Desenvolvimento e Aprendizagem	24
2.1 Educação Precoce	24
2.2 Desenvolvimento de uma Criança portadora de Síndrome de Down	30
3. Inclusão Total e Incondicional	37
3.1 A Educação Especial em Pauta	37
3.2 O Conceito de Inclusão	39
3.3 Integração X Inclusão	39
3.4 Educação Inclusiva	42
4. Minha Visão sobre o Assunto	46
5. Bibliografia	48

Introdução

Atualmente o preconceito não é tão forte como antigamente, quando as crianças que apresentavam algum tipo de deficiência eram abandonadas sem cuidados nenhum até sua morte, mas ele ainda existe.

Antes sabia-se apenas que o indivíduo portador dessa síndrome tinha graves problemas, principalmente cardíacos e mentais, não se desenvolvia como os outros e, na maioria das vezes, morria antes da adolescência.

Hoje já sabemos que não é bem assim. Sabe-se que apesar dos problemas que as pessoas portadoras de Síndrome de Down possam vir a apresentar, elas têm capacidade de aprendizagem, respeitando-se as limitações de cada uma, podendo ter uma vida longa e de qualidade. Quanto à independência, sabemos que ela é uma consequência da adequada solicitação do meio para o desenvolvimento da criança com Síndrome de Down.

Os portadores de necessidades educacionais especiais têm vários direitos, assegurados em distintas leis como Constituição (1988), Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), Lei de Diretrizes e Bases (1996), entre outras, que não são cumpridos na prática devido aos vários tabus sócio-culturais.

Há alguns anos atrás, a nossa sociedade tentava esconder o número de crianças deficientes existentes. Elas não eram encontradas passeando na rua, em parques ou escolas regulares. Isso porque não se acreditava na capacidade delas desenvolverem-se e integrarem-se com as outras crianças ditas "normais". Num ato coletivo por parte da população, tratava-se de escondê-las em casa, hospitais e manicômios ou, quando muito, colocá-las em escolas especiais visando muito mais sua socialização que a oportunidade de aprendizado. Os pais e professores não

acreditavam que pessoas com algum tipo de deficiência pudessem ter um futuro promissor que visasse a independência.

Hoje, o nosso contexto sócio-cultural já sofreu algumas pequenas transformações, fala-se, até, em ensino inclusivo. Mas devemos, primeiro, definir o que esse termo abrange, sendo este o objetivo do trabalho em questão. Em linhas gerais, educação inclusiva tem como proposta incluir todas as pessoas excluídas, entre elas, negros, mulheres e os portadores de deficiência nas escolas regulares não apenas para sua socialização, como antes. Acredita-se na potencialidade para o aprendizado e desenvolvimento com apropriação de conhecimentos. Em relação às pessoas com deficiências, deve-se abolir as classes especiais, ou seja, as crianças com necessidades educacionais especiais devem estar em sala de aula junto com as outras crianças do ensino regular. Não deve haver distinção. Os professores precisam estar preparados para trabalhar com as mais diversas necessidades educacionais. A educação inclusiva propõe uma verdadeira reestruturação da escola, o que é motivo para muita polêmica. Com isso tenta-se assegurar o direito que essas crianças têm de participar plenamente de todo o processo educacional e social.

Para que essa proposta seja viável deve haver uma colaboração por parte de toda a sociedade. É preciso, então, que haja professores bem preparados, pais, amigos e sociedade atuantes. Com relação à preparação dos profissionais de educação, devemos saber que para conviver e ensinar essas crianças é necessário ter em mente a capacidade de desenvolvimento que elas apresentam e conhecer os diferentes tipos de deficiência e o que cada uma delas implica no aprendizado. Deve-se também preocupar-se com a educação precoce desses alunos, visto que o período de zero a três anos é muito importante para o desenvolvimento futuro do indivíduo. Esta estimulação deve ser orientada por profissionais especializados, para garantir a qualidade das interações e deve ter a participação de todos os adultos que têm contato direto com o bebê, para que a estimulação tenha uma continuidade no seu dia-a-dia. Deve-se, também, desenvolver todas as suas potencialidades, que são muitas, para que os próprios indivíduos possam escolher que caminho seguir. Todos devem ter as mesmas oportunidades para direcionar sua vida para onde lhes agrada.

O ensino deve ter uma boa qualidade e dispor de salas de apoio e diversos profissionais que as crianças com necessidades educacionais especiais podem precisar.

Tendo as mesmas chances que as crianças ditas "normais", as pessoas portadoras de necessidades educacionais especiais, ou seja, necessidade de alguma atenção diferenciada no âmbito escolar, poderão ter sucesso e independência na vida futura e, somente dessa maneira, podemos quebrar os tabus e preconceitos que ainda permanecem vivos na nossa consciência sócio-cultural, mostrando a capacidade de desenvolvimento dessas crianças.

1. Um Panorama sobre o Síndrome de Down

Para facilitar a compreensão sobre a Síndrome de Down, será apresentado um breve histórico sobre as deficiências de um modo mais amplo, a maneira como os indivíduos portadores eram tratados pela sociedade e sobre a “descoberta” da Síndrome de Down.¹

De acordo com Wernneck (1995), há evidências de pinturas rupestres demonstrando indivíduos com algum tipo de deficiência mental desde a Pré-História. Mas não há nenhum dado que possa trazer-nos certeza sobre a partir de que época nota-se a existência de seres comprometidos intelectualmente. Tem-se registro, ainda, de que, por exemplo, na Grécia Antiga, onde valorizava-se os dotes físicos e a força dos guerreiros, quando nascia uma criança com deficiência física eles a abandonavam para que acabasse morrendo por falta de cuidados. Nada nos garante que isso não acontecesse, não só na Grécia, mas em várias sociedades diferentes com portadores de deficiência mental.

Até o séc. XIX as publicações médicas tratavam apenas de problemas de desnutrição e infecções, parecendo não haver interesse na pesquisa da deficiência mental, já que as doenças de grande incidência estavam em evidência.

Foi em 1866 que um cientista inglês chamado John Langdon Down documentou pela primeira vez a síndrome que ainda não tinha esse nome, diferenciando-a das deficiências mentais de um modo geral, entendendo-se síndrome como “*um conjunto de sinais e de sintomas que caracterizam um determinado quadro clínico*”. (WERNECK, 1995, p. 28) Este cientista percebeu que várias crianças europeias, filhas de pais europeus, tinham traços que lembravam a população da mongólia. Eles tinham a face achatada e larga; cabelos lisos, finos e de cor amarronzada;

¹ Dados retirados do livro *Síndrome de Down: Muito prazer, eu existo* (1995) da escritora e jornalista Cláudia Wernneck

olhos oblíquos e amendoados e nariz pequeno. Por esse motivo, a síndrome foi conhecida como "mongolismo". Este cientista escreveu um significativo estudo clínico sobre essa deficiência e por isso foi dado seu nome à síndrome como forma de homenageá-lo.

Vários estudos foram realizados posteriormente, mas foi Jerome Lejeune, cientista francês, que em 1958, descobriu a verdadeira origem da Síndrome de Down. Ela se dá por uma alteração genética que provoca uma trissomia no par 21 dos cromossomos que possuímos em cada célula.

Todos nós temos, normalmente, 46 cromossomos agrupados dois a dois. O par de número um possui os maiores cromossomos e seu tamanho vai diminuindo à medida que a numeração aumenta. O par 23 contém os cromossomos chamados sexuais, que determinam o sexo dos indivíduos, podendo ser um par "XX" no caso do sexo feminino ou "XY" no caso do sexo masculino.

Se houver um acréscimo ou falta de cromossomos em qualquer par, isso acarretará em algum tipo de deficiência. Se ela acontecer no par número um, provavelmente o feto não chegará a nascer, pois o par traz cromossomos grandes e decisivos para a formação humana.

Na Síndrome de Down há a presença de um mínimo cromossomo a mais no par de número 21. Isso provoca algumas reações químicas diferentes do que nos indivíduos que não possuem essa trissomia. No cérebro, estas reações provocam uma limitação da função intelectual, contudo, essas reações e as diversas síndromes ainda não são plenamente conhecidas pelos cientistas.

Também vale lembrar que a Síndrome de Down e a Deficiência Mental² não são doenças. A deficiência mental é um sintoma de alguma anomalia cerebral.

² A deficiência mental não se limita apenas à Síndrome de Down, sendo apenas um sintoma, não só desta síndrome como de outras deficiências. Ela é mais ampla e abrangente e deve ser considerada um objeto de estudo distinto.

1.1 Três possibilidades de alteração genética que acarretam a Síndrome de Down

Há três prováveis origens para o desenvolvimento de um cromossomo extra no par 21 que caracterizam os tipos da síndrome. Para isso, é preciso esclarecer, antes de tudo, o que é um cariótipo. Ele é um "documento" que mostra a identidade genética do ser humano. Através de um exame chamado cariógrama é possível analisar o material cromossômico de qualquer núcleo celular. O exame consiste em colher esse material para cultivá-lo em laboratório. No momento da reprodução celular uma substância interrompe esse processo. A partir daí, os cromossomos são fotografados, recortados e organizados por tamanho, do maior para o menor e colocados lado a lado em seus pares. Dessa forma, é possível numerar os pares de cromossomos para saber, no caso de uma anomalia, em qual par ela se dá, a fim de identificar o tipo de síndrome.

Tratando-se das possibilidades de alteração genética que acarretam a Síndrome de Down, temos:

1. Trissomia Simples - Nela é possível visualizar facilmente em um cariótipo o par 21 com um cromossomo a mais (figura 1). Ele está separado dos demais tornando-se visível. A causa mais provável, descrita pelos cientistas, é um "acidente genético" que ocorre durante a formação do feto, mas as verdadeiras causas desse "acidente" ainda são discutíveis. De acordo com Werneck (1995), ainda persiste a crença de que uma das principais razões é a idade avançada da mãe. A incidência dos casos de Síndrome de Down em filhos gerados por mães com idade entre quinze e dezenove anos é de um a cada 2.400 bebês nascidos (tabela 1). Quando a mãe tem mais de quarenta anos, essa incidência aumenta brutalmente, sendo de um bebê a cada cem. Aos quarenta e cinco anos a possibilidade de nascer uma criança com Síndrome de Down é uma a cada quarenta nascimentos (gráfico 1).

Quanto à idade do pai, ainda de acordo com Werneck (1995), acreditava-se não haver nenhuma ligação já que os espermatozóides são renovados a cada 72

horas. Mas hoje, há cientistas que discordam dessa idéia e acreditam que a idade paterna influi também na trissomia do par 21, podendo ser a causa de até 20% dos casos.

Por esses motivos, a expressão “acidente genético”, para os cientistas, não descarta totalmente a possibilidade de alguma razão biológica para esse erro na divisão celular.

Figura 1 - Trissomia Simples

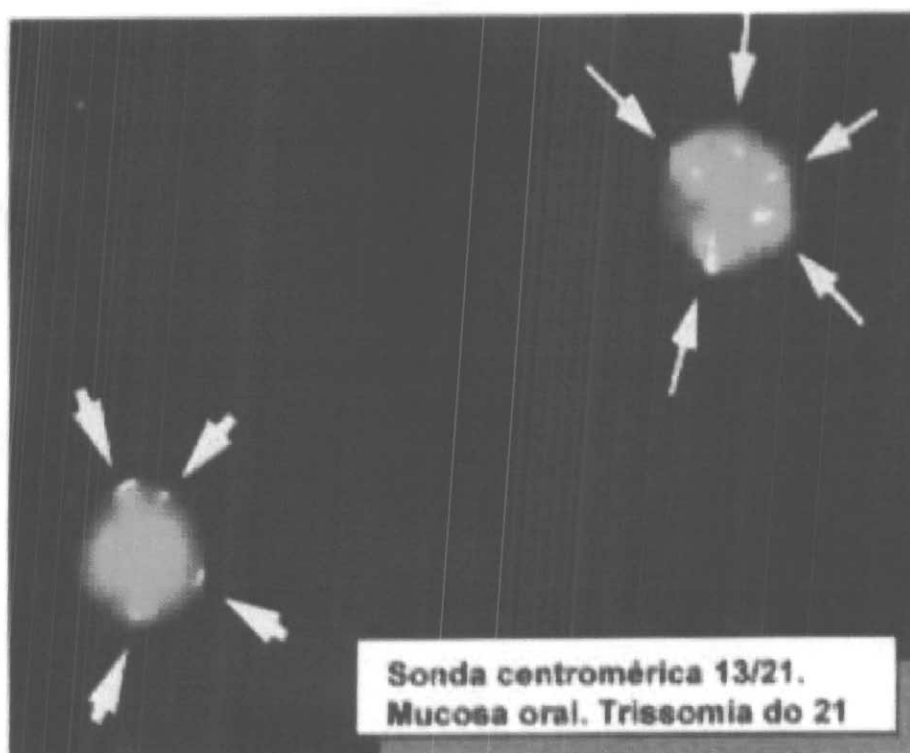


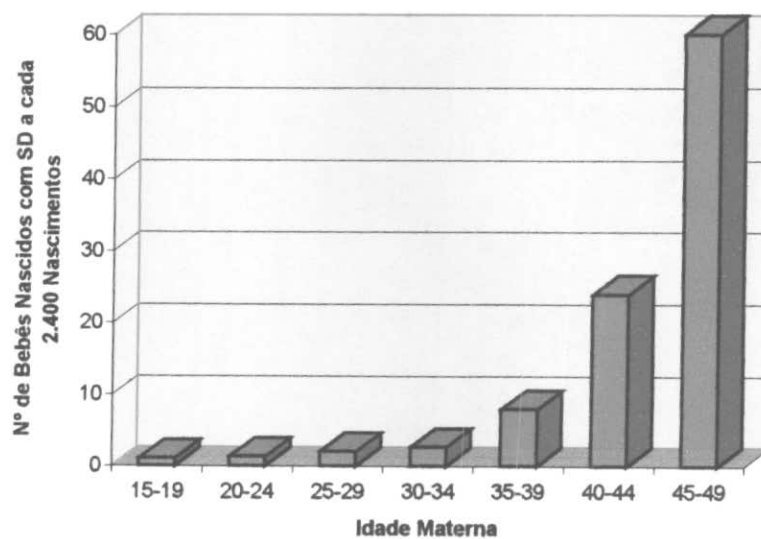
Foto tirada a partir de um microscópio mostrando uma célula trissômica simples. Os pontos amarelos, indicados por setas, são os cromossomos extras que estão agregados aos do par 21.

Tabela 1: Relação entre Idade Materna e Incidência de Bebês com Síndrome de Down

Idade da mãe (anos)	Incidência
15-19	1 : 2.400
20-24	1 : 1.500
25-29	1 : 1.200
30-34	1 : 900
35-39	1 : 300
40-44	1 : 100
45-49	1 : 40

(Fonte: Werneck, C. Síndrome de down: *muito prazer, eu existo*. 4. ed. Rio de Janeiro: WVA, 1995 p. 76)

Gráfico 1: Relação entre Idade Materna e Incidência de Bebês com Síndrome de Down



2. Trissomia por Translocação - Neste tipo de trissomia, o cromossomo extra que existe no par 21 fica ligado a um outro cromossomo do par. Ele é um "acidente genético" que ocorre durante a formação do feto em 50% dos casos, mas pode também ser herdado. Dessa forma, é preciso que os pais também façam um cariógrama para constatar ou não a geneticidade da síndrome. Quando é herdado de um dos pais, vê-se que este tem o par 21 sobreposto (ele não tem trissomia do par 21), ou seja, ao contar os cromossomos o resultado encontrado é 45 e não 46 cromossomos no total. Isto acontece porque o par 21 não encontra-se pareado e sim, apresenta um cromossomo sobre o outro.

3. Mosaicismo - Nos indivíduos que possuem este tipo de síndrome, não encontra-se a trissomia do par 21 em todas as células do organismo (figura 2). Algumas possuem um cromossomo a mais e outras não. Estas últimas são normais e possuem 46 cromossomos. Nas células que possuem a trissomia ocorre uma derivação da *trissomia simples* ou da *trissomia por translocação*. Isto torna o diagnóstico mais difícil por trazer incerteza, além de, pelo fato de algumas células não possuírem um cromossomo extra, não apresentarem todas as características da síndrome, sendo, às vezes, necessário repetir os exames para constatar com precisão sua existência.

Figura 2 - Trissomia do Tipo Mosaico

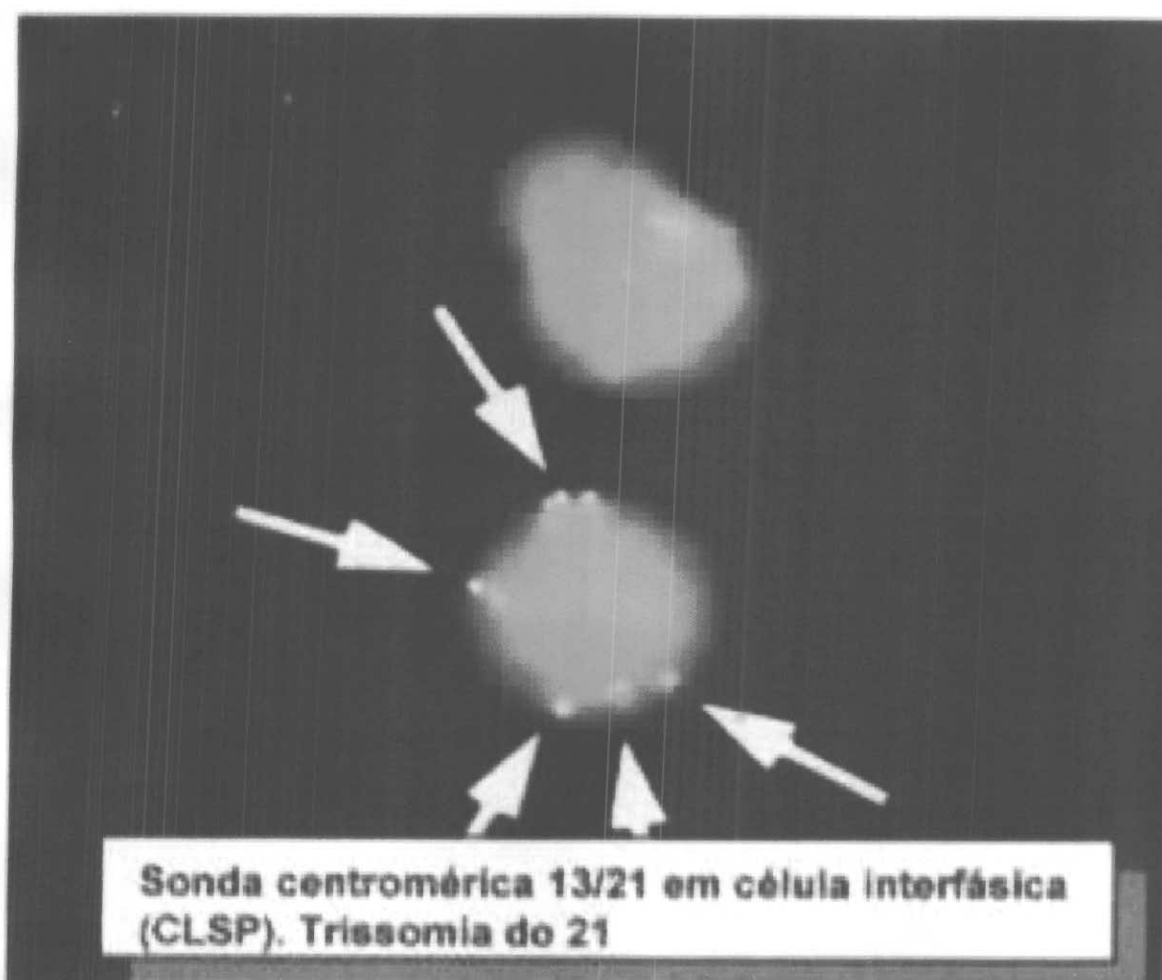


Foto tirada a partir de um microscópio mostrando uma célula com trissomia do par 21 do tipo mosaico. Nota-se que apenas uma das células que aparecem na fotografia tem a presença de cromossomo extra no par 21 (indicada por setas).

1.2 Características da Síndrome de Down

Há algumas características que são mais comuns em indivíduos portadores de Síndrome de Down. São elas:

1. Baixa estatura;
2. Frouxidão ligamentar - as pessoas portadoras dessa síndrome têm uma frouxidão nos ligamentos e, por isso, uma menor resistência a torções e/ou luxações nesta área. Para atenuar esta frouxidão deve-se fazer fisioterapia para fortalecer os músculos ao redor da região dos ligamentos para que estes possam servir de auxílio na sustentação do corpo;
3. Hipotonia muscular - Esses indivíduos possuem menor rigidez em sua musculatura. Este é o motivo para que muitas crianças com Síndrome de Down fiquem com a "língua para fora". Porém, não pode-se afirmar que sua língua seja maior que a dos outros indivíduos. A razão para que isso aconteça é flacidez da musculatura bucal, que faz com que a criança fique com a boca aberta o tempo todo e conseqüentemente com língua para fora;
4. Ocorrência de problemas cardíacos em diversos níveis - cerca de 40% a 50% das crianças que possuem a Síndrome de Down apresentam problemas cardíacos. Na maioria das vezes, esses problemas apresentados são passíveis de atenuação ou até correção através de cirurgias;
5. Problemas no Sistema Nervoso Central - cerca de 30% dos adultos portadores de Síndrome de Down apresentam, entre seus vinte e trinta anos, o desenvolvimento da Doença de Alzheimer. Esta doença consiste no comprometimento cerebral progressivo com perda das noções de tempo e espaço. Quanto à anatomia cerebral, percebe-se que este é cerca de três a cinco por cento menor do que o cérebro de um indivíduo que não possui a síndrome, devido ao menor tamanho que as regiões do cérebro (lobos cerebrais) apresentam. Além disso, há um número reduzido de neurônios (células do Sistema Nervoso Central).

Na prática e durante a convivência com estes indivíduos, percebe-se que possuem um aprendizado mais lento e dificuldade de compreender conceitos abstratos³;

6. Problemas visuais - cerca de 70% dos portadores desta síndrome apresentam o desenvolvimento de miopia e 50% o desenvolvimento de estrabismo;

7. Hipotireoidismo - deve-se monitorar o funcionamento da tireóide nos indivíduos com Down anualmente até a fase adulta a fim de averiguar o desenvolvimento deste problema, visto que os sintomas confundem-se com os da síndrome que são obesidade, hipotonia e lentidão. O hipotireoidismo é mais freqüente nas meninas do que nos garotos que possuem a síndrome;

8. Instabilidade atlanto-axial - acontece em cerca de 20% dos indivíduos com Síndrome de Down e consiste em um afastamento acima de cinco milímetros de duas vértebras da coluna cervical na altura do pescoço. A criança que possui este problema, detectável através de Raio-X, não pode realizar algumas atividades simples como virar cambalhota ou nadar no estilo "borboleta", sob o risco de comprimir a medula.

Também nota-se nas crianças portadoras da Síndrome de Down um retardo no desenvolvimento da fala devido à hipotonia muscular que apresentam. Este problema requer o acompanhamento de um fonoaudiólogo para que esta dificuldade seja atenuada. Além disso, outra característica que merece ser mencionada aqui, é a apresentação de doses excessivas de uma enzima que tem a capacidade de provocar um rápido envelhecimento precoce das células. Recomenda-se uma dieta rica em substâncias como as vitaminas E e C, o beta caroteno, o zinco e o cobre.

³ Mais adiante serão abordadas as questões da aprendizagem.

1.3 Medicamentos Proibidos

Alguns medicamentos são proibidos para portadores de Síndrome de Down sob o risco de trazer prejuízos para o desenvolvimento e funcionamento do sistema nervoso central, representando um grande risco para a saúde desses indivíduos. São eles:

1. Medicamentos a base de Trimetropin, pois provocam alterações no desenvolvimento mental. Alguns mais comuns são os antibióticos Bactrim, Infectrim, Uro-bactrim e Uro-infectrim⁴;

2. Antibióticos a base de sulfa. Como os portadores de Síndrome de Down não conseguem filtrar este composto do sangue e eliminá-los eficientemente, causam maior incidência de brotoejas e distúrbios do comportamento. (Newsletter Bridges, 1996).

Esta indisponibilidade para tais medicamentos, bem como os analgésicos e medicamentos de uso prolongado, se dá devido à difícil eliminação de tais substâncias pelo organismo dos portadores de Síndrome de Down, o que provoca uma potencialização de seus efeitos colaterais.

⁴ Fonte: ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. MCLEOD, K. *Medicamentos proibidos para indivíduos com síndrome de down*. [S.l.: s.n], 1996. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

2. Desenvolvimento e Aprendizagem

Para facilitar a compreensão das características do desenvolvimento das pessoas portadoras de Síndrome de Down, serão apresentados tanto aspectos médicos como de aprendizagem que, não só interferem neste processo, como fazem parte dele.

2.1 Educação Precoce

De acordo com Werneck (1995), há alguns anos atrás, bebês que apresentavam algum tipo de Deficiência Mental, inclusive Síndrome de Down, só chegavam aos consultórios médicos (de fisioterapeutas e fonoaudiólogos, entre outros), no mínimo com quatro ou cinco anos de idade para serem estimulados. Com isso, perdia-se um período importante da vida do bebê sem dar-lhe nenhum tipo de assistência. Levava-se ao consultório apenas quando a criança já apresentava algum tipo de atraso em relação às outras crianças, em seu desenvolvimento, na aquisição da fala, na compreensão de conceitos abstratos ou na alfabetização, por exemplo.

Hoje, pode-se ver que, cada vez mais, bebês em seu primeiro mês de vida já estão participando de programas de educação precoce, o que é imprescindível, principalmente, para crianças portadoras de Síndrome de Down, visto que pode significar uma melhoria no seu desenvolvimento global. Isso ainda não acontece na medida necessária, mas já pode ser considerado um grande avanço na mentalidade coletiva de várias sociedades.

Para podermos entender a importância da educação precoce é preciso primeiro compreender um fenômeno chamado *mielização*. Ele é o aparecimento de uma substância chamada *mielina* ao redor de cada neurônio, o que garantirá a comunicação e a transmissão de informações entre eles. Esta substância é uma espécie de condutor elétrico das informações do cérebro. Sua formação ocorre a partir da soma de fatores internos e externos. A constituição orgânica saudável do indivíduo é o fator interno necessário para a formação desta substância. De acordo com Werneck (1995), os estímulos que a criança recebe do ambiente onde vive, seja por meio de sons, cores, formas, imagens ou de estímulos táteis, bem como uma alimentação correta e recebimento de afeto, constituem os fatores externos necessários para o bom desenvolvimento neurológico. Neste ponto é que podemos perceber a grande necessidade da educação precoce, que adquire maior importância desde o momento em que a criança já nasce com sua estrutura interna diferenciada, como é o caso da Síndrome de Down.

E os estímulos internos não são necessários somente para a formação de *mielina* ao redor dos neurônios. Sua importância vai muito além deste aspecto.

"O desenvolvimento humano é um processo multidimensional e complexo, envolvendo, desde sempre, a interação entre a informação genética (mensagem intrassomática) e o ambiente humano/social (mensagem extrassomática). Mesmo o que é programado geneticamente só pode se concretizar num meio social e humano. O meio social pode ser modificador, transformando mesmo as dificuldades ou deficiências de origem genética (fenilcetonúria, Síndrome de Down e multideficiência, entre outros), estimulando os indivíduos com perturbações do desenvolvimento, ao ponto deles poderem assumir um desenvolvimento compatível com a vida independente. Mas o ambiente social pode também ser letal, embotando o potencial humano, com conseqüências patológicas." (OLIVEIRA, [199?], mimeo)

Os esforços devem iniciar-se no momento do nascimento do bebê. A avaliação da criança, quando feita nas primeiras horas de vida, é "o que vai diferenciá-la, em última instância, decidindo o seu potencial futuro" (Werneck, 1995, p. 128). Neste momento, torna-se necessário fazer um teste com a finalidade de diagnosticar a síndrome. Caso isso aconteça tardiamente, há o risco de agravamento dos comprometimentos que a Síndrome de Down acarreta aos indivíduos, visto que já terá se passado algum tempo quando iniciarem a estimulação e educação do bebê, além de não se detectar imediatamente, na maioria das vezes, os comprometimentos físicos

comuns, como, por exemplo, os problemas de coração, para que se possa agir na direção de uma correção ou tratamento, visando a manutenção da saúde da criança.

Ainda hoje é utilizado o índice de Apgar para determinar as condições de saúde da criança no momento de seu nascimento. Este índice foi desenvolvido na década de 60 por uma anestesista, Dra. Virgínia Apgar, já que há alguns anos atrás não havia a presença de um neonatologista na sala de parto, eram os anestesistas que davam a primeira assistência ao bebê. Para determinação deste índice é preciso se repetir os exames três vezes, em momentos diferentes. O primeiro teste deve ser realizado no primeiro minuto de vida do bebê, onde pode se extrair o diagnóstico de muitas doenças. O teste deve ser repetido no quinto minuto, que é decisivo para o prognóstico do desenvolvimento neurológico do bebê; e o último no décimo minuto, também para prognóstico. Para isso avaliava-se a aparência do bebê como se segue abaixo:

* Aparência (cor da pele):

nota 0 - se o bebê está totalmente arroxeadado

nota 1 - se apenas as extremidades estão arroxeadas

nota 2 - se o bebê está com cor normal

* Pulso com frequência cardíaca

nota 0 - o coração não bate

nota 1 - de 1 a 100 batidas por minuto

nota 2 - mais de 100 batidas por minuto

* Gemido

nota 0 - sem tônus (flacidez total)

nota 1 - hipotonia (flacidez muscular)

nota 2 - flexão completa

* Respiração

nota 0 - ausência de respiração

nota 1 - respiração com esforço

nota 2 - respiração sem esforço

Avaliação dos resultados:

nota acima de 7 - razoável, bom, ótimo

nota de 5 a 7 - risco regular

nota abaixo de 5 - grande risco de repercussão neurológica.⁵

Qualquer bebê que tenha sido detectado um baixo índice de Apgar precisa de atendimento adequado até seu quinto minuto de vida, sob o risco de comprometimento do seu desenvolvimento mental.

A partir daí, no caso da Síndrome de Down, se for detectada a existência de trissomia do par 21, é preciso haver uma série de cuidados com a criança, que quanto mais cedo se iniciarem, melhores resultados apresentarão. Como já foi visto anteriormente, este tempo ainda é muito desperdiçado pelos pais devido à falta de informação. Pode-se detectar, então, três tipos de atitudes tomadas por eles.

"A perspectiva da família diante da maternidade é sempre envolvida de sonhos e muitas fantasias." (CORRÊA, 1999, p.33) Como o momento onde a atenção diferenciada deve começar coincide com a descoberta da deficiência da criança, muitos pais se

⁵ Índice de Apgar. In: WERNECK, C. *Muito Prazer, Eu Existo*. 4. ed. Rio de Janeiro: WVA, 1995. p. 131.

encontram em uma situação de apatia e desânimo que caracteriza uma espécie de "luto" (Corrêa, 1999) no momento da descoberta e acabam por não levar o filho aos especialistas corretos, demorando, assim, a lhe proporcionar o tratamento adequado. Esta reação por parte dos pais é absolutamente normal e deve ser respeitada. Isto ocorre por haver uma desestruturação da realidade idealizada pela família com o nascimento de um bebê com deficiência, uma vez que os pais se desfazem das expectativas criadas durante a gestação.

A segunda atitude detectada é a de, ao tomar conhecimento dos benefícios que a educação precoce pode proporcionar à criança, a família cria a expectativa de que o tratamento é milagroso e que este não só equipará o desenvolvimento da criança ao de outras que não possuem a síndrome, como até (acreditam eles) consigam fazer com que venham a se desenvolver mais rápido. Isto é pura ilusão e pode prejudicar a criança da mesma forma que o não tratamento, pois estará se cobrando da criança mais do que ela realmente pode oferecer.

A terceira postura adotada pelos pais é a de, ao levar ao acompanhamento de um especialista, acreditar que sua obrigação e sua dedicação encerrou-se ali. Também muito prejudicial ao desenvolvimento da criança, não só portadora de Síndrome de Down, é esta postura que a priva da atenção e carinho dos pais e, em última instância, da família, o que também irá acarretar vários problemas e, inclusive, agravar os já existentes. Cabe, então, aos pais e familiares levar seu filho a especialistas e, além disso, cuidar dele dando uma continuidade ao tratamento iniciado pelos médicos. Este seria o início para uma educação precoce correta. Para isso, é preciso que haja um espaço de questionamento e reflexão, que acarretará, de acordo com Corrêa (1999), *"um estabelecimento de novos padrões de funcionamento familiar, valorizando as potencialidades da criança com deficiência (...)"* (p.35) Dessa forma, torna-se tão essencial quanto o atendimento à criança, haver um trabalho educacional no plano familiar.

A educação precoce tem, por sua vez, a função de colaborar para que o desenvolvimento não seja prejudicado por aspectos ambientais inadequados. Ela consiste em *"uma série de exercícios específicos usados para desenvolver a capacidade daquela criança de acordo com seu grau de comprometimento e com a fase de desenvolvimento em que se encontra"* (Werneck, 1995, p. 144). Para isso, é preciso, em primeiro lugar, fazer um

diagnóstico da condição da criança, de suas dificuldades de desenvolvimento e aprendizado e de suas limitações. Quanto ao grau de comprometimento, atualmente já não se define somente a partir do índice obtido no teste de QI. De acordo com a Associação Americana de Retardo Mental - AAMR⁶, é necessário levar em conta aspectos como *"diferenças culturais, sociais, lingüísticas, familiares e educacionais e considerar as alterações motoras, sensoriais e emocionais da pessoa avaliada"* (MEC/SEESP, 1997, p. 28). Ainda de acordo com a definição da AAMR (1992)⁷, é necessário que haja defasagem em, pelo menos, duas áreas de habilidades⁸ para que o indivíduo seja considerado deficiente. Como a estimulação é, portanto, muito particular e varia de criança para criança, cada uma deve ter seu próprio programa.

No caso da criança com Síndrome de Down, os estímulos devem se dar de forma intensiva, durante vários momentos do dia e feitas por todos que têm contato com ela (pais, avós, irmãos, etc).

"Através das atividades mais simples, ligadas ao cuidado da criança, estabelece-se entre ela e os adultos, afetivamente significantes, vínculos essenciais ao desenvolvimento afetivo e cognitivo saudável, que se prolonga até a vida adulta. Observa-se, assim, uma forte aproximação entre o desenvolvimento psicomotor e o desenvolvimento cognitivo (mental, do pensamento) e, como toda ação envolve motivação e desejo, também às bases afetivas da conduta humana."
(OLIVEIRA, [199?], mimeo)

Outro aspecto importante também merece ser mencionado. O excesso de atividades não acarretará o rápido desenvolvimento do indivíduo. O desenvolvimento sensório-motor e o desenvolvimento da fala, entre outros, são aspectos que dependem de uma maturidade da própria criança. Esta maturidade significa a maturação de certas funções cerebrais internas da criança que servirão de base para que uma nova função motora ou conhecimento sejam desenvolvidos (Piaget, 1986).

⁶ A definição de deficiência mental proposta pela AAMR em 1992 é, até hoje, aceita internacionalmente e adotada oficialmente pelo Brasil.

⁷ In: BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Educação Especial. Deficiência mental. Brasília: MEC/SEESP, 1997.

⁸ As habilidades em questão são: comunicação, auto-cuidado, vida familiar, vida social, autonomia, saúde e segurança, funcionalidade acadêmica, lazer e trabalho.

2.2 Desenvolvimento de uma criança portadora de Síndrome de Down

Será necessário compreender, primeiramente, o desenvolvimento das crianças de um modo geral, para que, posteriormente, se possa determinar as diferenciações entre este e o de uma criança portadora de Síndrome de Down. De acordo com Mantoan (1997), há uma diferença na velocidade do ritmo de construção das estruturas mentais do deficiente que acaba por acarretar um déficit no nível final de suas operações.

De acordo com Piaget (1986), a criança possui cinco etapas da construção do pensamento⁹. São elas:

1. Fase Sensório-Motora - (de 0 a 2 anos). Nesta fase a criança passa a perceber o mundo à sua volta. Ela não tem uma noção totalitária de espaço, apenas percebe campos separados de estímulos (campo auditivo, visual, oral e tátil). Também apresenta reações circulares, ou seja, repete reflexivamente situações que percebe à sua volta¹⁰. Esta fase é caracterizada por uma seqüência de esquemas de comportamento e não atinge a categoria de um instrumento de pensamento. Como dito anteriormente, ao ressaltar a importância da educação precoce, ela deve iniciar-se nesta fase de desenvolvimento, pois a criança estará iniciando suas interações com o meio e, assim, se torna necessário intensificar os estímulos para que ela possa evoluir da melhor forma possível.

2. Fase Simbólica ou Pré-Conceptual - Esta fase é caracterizada pelo desenvolvimento do pensamento simbólico ou pré-conceptual que se dá dos 02 aos 04 anos. Aqui, a criança já consegue interiorizar alguns estímulos e passa a ter a capacidade de imitação sem, necessariamente, ter a sua frente o objeto imitado. Ela o faz a partir da "lembrança" que construiu deste objeto. Também é nesta fase em que se inicia uma aquisição sistemática da linguagem. Em crianças portadoras de Síndrome de Down, como ressalta Werneck (1995), a aquisição da linguagem

⁹ Fases do Desenvolvimento Cognitivo da Criança de acordo com Piaget. In: PIAGET, J. *A linguagem e o pensamento da criança*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

¹⁰ Exemplo: se uma criança chora, ela também chora.

geralmente se concretiza ao final desta fase e/ou no início da seguinte. O que se pode perceber, de acordo com Mantoan (1997), é que

“os deficientes mentais configuram uma condição intelectual análoga a uma construção inacabada, mas até o nível em que conseguem evoluir intelectualmente, essa evolução se apresenta como sendo similar à das pessoas normais mais novas”. (p.101)

3. Fase Pré-Operacional - Nesta fase, que vai dos 04 aos 07/08 anos, há um desenvolvimento do pensamento intuitivo, ou seja, a criança já consegue finalizar uma ação a partir de sua intuição. *“A inteligência completa as operações inacabadas através de uma forma semi-simbólica do pensamento, que é o raciocínio intuitivo” (Piaget, 1986, p. 86).* O pensamento ainda não se dá através da lógica. Nesta fase, a criança não consegue compreender que dois copos de formas diferentes podem conter o mesmo volume de líquido, por exemplo. Ela acredita apenas no que pode ver, dois copos onde um está com o nível de líquido mais alto do que o outro. Enquanto as crianças, de um modo geral, estão iniciando o processo de alfabetização por volta de 03 a 04 anos, de acordo com Werneck (1995), o portador de Síndrome de Down inicia a aquisição da leitura e escrita por volta dos 07 anos.

4. Fase Operatória Concreta - Nesta fase, há o desenvolvimento do pensamento operatório concreto que acontece entre 08 e 11/12 anos. A criança agora já possui um sentimento de coerência. Ela consegue compreender que um todo é composto de várias partes e que estas partes se organizam para formar o todo, não estando desconexas. Esta é a noção de agrupamento (associatividade) que começa a se desenvolver. A criança também desenvolve a noção de conservação do todo (identidade), ou seja, ela já é capaz de reconhecer quando há a mesma quantidade de líquido mesmo que se apresentem em copos de tamanho e formato diferentes. Os conceitos de associatividade e identidade são, portanto, desenvolvidos pela criança que encontra-se nesta fase, de acordo com a visão de Piaget (1986). Mantoan (1997), ressalta que o deficiente mental apresenta dificuldade na abstração de conceitos e experiências. A autora diz que

“déficits na abstração das propriedades inerentes aos objetos trazem como consequência uma defasagem na capacidade de retirar informações do meio. Essas informações não são adquiridas pela leitura pura dos objetos; implicam, ao contrário, uma pesquisa ativa, que é orientada pelo diálogo entre o que é percebido e o que é interpretado pelos esquemas de assimilação do sujeito. Os

deficientes mentais, como se tem observado com frequência, fracassam ao colocarem em prática estratégias de obtenção e retenção de informações. Essas incompetências reduzem a capacidade de prosseguir na conquista da objetividade dos conhecimentos e na resolução de problemas” (p. 110-111).

5. Fase Operatória Abstrata - O desenvolvimento do pensamento operatório formal se dá nesta fase que vai dos 12 anos até o final da adolescência. *“O adolescente, ao contrário da criança, é um indivíduo que pensa e reflete fora do presente e elabora teorias sobre qualquer coisa” (PIAGET, 1986, p.89)* Ele desenvolve a capacidade de pensar hipotético-dedutivamente, ou seja, a partir de simples hipóteses sem relação necessária com a necessidade, tirando suas próprias conclusões sobre os fatos. Aqui, o pensamento trabalha através das razões da lógica, o que torna a criação matemática uma característica deste período. No caso da Síndrome de Down, os indivíduos apresentam dificuldade na solução de situações-problema. Isto significa, como sinaliza Mantoan (1997), uma dificuldade para colocar em prática seus instrumentos cognitivos, apesar de possuírem *“esquemas de assimilação equivalente aos normais mais jovens” (p. 102).*

Quando se trata de uma criança com Síndrome de Down, não se pode exigir que ela tenha um desenvolvimento semelhante ao das outras crianças. Ela tem suas próprias fases de desenvolvimento que, geralmente, se dão em idade posterior ao que acontece normalmente. Mantoan (1997), ressalta que

“(…) de um lado a deficiência mental apresenta similaridade com as condições intelectuais de pessoas normais mais novas - o que explica a identidade estrutural dos instrumentos cognitivos - e de outro lado, uma especificidade de funcionamento, ou melhor, um modo deficitário de utilização desses instrumentos, comparados ao desempenho dos normais da mesma idade mental” (p. 109).

O que se deve fazer é continuar sempre estimulando-a para que ela possa seguir o padrão de desenvolvimento esperado para as pessoas portadoras de Síndrome de Down.

De um modo geral, quando se fala no desenvolvimento de uma criança com Síndrome de Down pensa-se, em primeiro lugar, que ela terá uma deficiência mental grave, que não lhe permitirá desenvolver-se como as outras crianças e que, se for colocada em uma escola, e mais ainda, em uma escola de ensino regular, será apenas para sua socialização. Não irão cobrar, ou pior ainda, esperar nenhum

desenvolvimento mental mais significativo por parte da criança. Talvez, seus pais assumam a postura de superproteger o filho contra as dificuldades que encontrará pela frente, muitas vezes até executando as atividades e tarefas pela criança o que lhe tira as oportunidades de se desenvolver e avançar na execução de tais tarefas. Feuerstein [1999?] aponta que os pais que agem dessa forma são os aceitadores passivos, pois *"aceitam, com amor, suas crianças com necessidades especiais como elas são"* (FEURSTEIN, [1999?], *Resumo*).

Ainda de acordo com Feuerstein [1999?], os pais devem assumir uma postura de modificadores-ativos. Esses exploram as potencialidades da criança proporcionando-lhes todos os meios que necessitam para poder desenvolverem-se. Essa tarefa é realizada com o mesmo amor que os pais aceitadores-passivos alegam ter.

"A modificação ativa, por outro lado, é muito mais otimista com relação às potencialidades da criança e está disposta a desenvolver enormes esforços de forma a conseguir levar suas capacidades a limites imprevisíveis." (FEURSTEIN, [1999?], *Resumo*)

Para entendermos um pouco do desenvolvimento das pessoas portadoras da Síndrome de Down devemos ter em mente alguns conceitos, como aponta Feuerstein [1999?], que são:

1. Todos os seres humanos são modificados a partir de sua interação com o ambiente. Portanto, uma síndrome determinada geneticamente pode ter suas conseqüências no indivíduo atenuadas quando são feitas uma estimulação e uma interação correta com o ambiente, proporcionando-lhes diversas oportunidades para que se superem e evoluam, tanto física quanto mentalmente.

2. Desde o momento em que todos os indivíduos são modificáveis a partir de sua interação com o ambiente, é preciso que pais, professores e a sociedade de um modo geral tenham consciência de que as crianças portadoras de Síndrome de Down têm condições de transpor suas dificuldades e apresentar um bom desenvolvimento físico e mental. Dessa forma, não há justificativa para a inércia ou a superproteção do deficiente, negando o acesso, assim, às oportunidades que tem de evoluir.

3. Todos nós somos capazes de modificar um indivíduo. Mesmo que este não tenha nenhum tipo de deficiência, ele aprende e se modifica a partir da convivência que tem com a família, em primeiro lugar, e com os outros que estão à sua volta. Dessa forma, pais, irmãos, avós, amigos, vizinhos, professores e todos que, de alguma forma, estão envolvidos no cotidiano da criança com Síndrome de Down, têm importância e atuam diretamente no seu desenvolvimento. Em primeiro lugar estão os que têm maior convivência, durante mais horas no dia, e depois os que tem uma convivência mais esporádica. Mas todos têm seu percentual de influência.

4. Acima de tudo, é preciso ter a consciência de que não só a criança portadora de Síndrome de Down pode ser modificada por sua interação com o ambiente em que vive, como as pessoas que estão à sua volta também podem. Dessa forma, estas encontram-se em constante transformação que se dá a partir de tal convivência. Aprendemos com ela da mesma forma que ela também aprende conosco. E é esse aprendizado que nos faz entender melhor suas necessidades educacionais e nos dá subsídios para poder, assim, proporcionar todos os acompanhamentos e apoios de que necessita, dentro e fora de casa.

5. Tendo consciência de que tanto a criança como nós somos modificáveis, é necessário entender que a sociedade e a opinião pública também são, e mais do que isso, devem ser modificadas. O cromossomo, ou seja, a parte genética do indivíduo, nunca é o único determinante de como se dará seu desenvolvimento. É também imprescindível que todos tenham a consciência de que, por serem portadores de Síndrome de Down, esses indivíduos não apresentam nenhum tipo de "perigo" para os outros e que, além de disso, a inclusão não só é necessária como é um direito de todos os deficientes.

Além disso, como uma das características da Síndrome de Down é a deficiência mental, que pode ocorrer em diversos graus, os indivíduos que são portadores desta síndrome apresentam dificuldade em realizar atividades que envolvem uma generalização das aprendizagens e a abstração de conceitos. *"No entanto, desde que tenham sido bem estimulados pedagogicamente, apresentam desde generalizações simples até as mais complexas."* (FEURSTEIN, [1999?], *Resumo*)

Quanto à memorização, de um modo geral, os portadores de Síndrome de Down têm um bom desenvolvimento desta habilidade, sendo maior a memória visual que a auditiva (MANTOAN, [1999?]), na medida em que geralmente o acesso ao primeiro tipo de estímulo é mais comum. A memorização é uma habilidade intelectual que pode ser melhorada em qualquer indivíduo através do exercício correto, que não a trabalhe mecanicamente, inclusive em crianças portadoras de Síndrome de Down. Como ressalta Mantoan (1997), a *"aprendizagem das estruturas operatórias é perfeitamente viável, desde que se criem situações pedagógicas em que o sujeito não recebe, mas constrói conhecimentos"* (p. 106).

Mantoan [1999?] ainda discute o papel da escola como um meio de interação e aprendizado muito rico, mas que deve estar livre de imposições e de tensões sociais, afetivas e intelectuais, para que se possa proporcionar um bom desenvolvimento às crianças. Também importante para o desenvolvimento da criança portadora de Síndrome de Down, bem como para qualquer outra criança, é que o fim da atividade educativa seja de interesse dela.

A partir daí, podemos compreender que o grande determinante do que será a vida futura de um portador de Síndrome de Down depende também da relação estabelecida no ambiente familiar, do tipo de educação que ele recebe na escola e do tipo de tratamento que ele tem acesso quando se trata da questão da sua saúde (cardiologista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, entre outros). É um conjunto de atenções de qualidade que poderão lhe proporcionar um melhor desenvolvimento.

3. Inclusão Total e Incondicional

Antes de tratar da questão da inclusão total e incondicional, é necessário esclarecer alguns pontos sobre a Educação Especial e as diferenças entre integração e inclusão.

3.1 A Educação Especial em Pauta

Vivemos em uma sociedade que, até os dias de hoje, ainda discrimina as pessoas que apresentam algum tipo de deficiência. Quando se trata da Síndrome de Down, a situação muitas vezes agrava-se, já que ela é quase sempre atrelada a uma deficiência mental. Paula [199-], afirma que *"o medo da diferença, à qual é atribuída uma dimensão moral, propiciou a manipulação ideológica das categorias de desvio e anormalidade, entendidas a partir de padrões determinados pela sociedade como aceitáveis"* (p. 102). Por esse motivo, os indivíduos portadores de Síndrome de Down, assim como outras deficiências, até pouco tempo atrás, eram vistos como uma ameaça, permanecendo trancafiados em asilos e manicômios e escolas especiais.

A educação especial tem o objetivo de trazer para o sistema de ensino esses indivíduos que se encontravam abandonados pela sociedade e devolver-lhes sua integridade, contribuindo para transformá-los em cidadãos com os mesmos direitos que os outros. O primeiro passo, na direção da concretização deste objetivo é reconhecer que a deficiência não constitui a essência do indivíduo, mas apenas um aspecto de sua vida (PAULA, [199-]).

Se o portador de Síndrome de Down for excluído do sistema de ensino, também lhe estará sendo negada o acesso a uma série de bens culturais e intelectuais que fazem com que sua marginalização da sociedade seja agravada.

A educação especial, como a conhecemos hoje em dia, constitui uma espécie de rede de ensino paralela à rede regular, servindo para atender às crianças que apresentam algum tipo de deficiência que, na visão da nossa sociedade, a impedem ou as tornam incapacitadas de compor uma sala de aula com outras crianças que não tenham também algum tipo de comprometimento físico ou intelectual. Para amenizar esta situação, é comum escutarmos das pessoas que encontram-se envolvidas diretamente com o indivíduo portador de Síndrome de Down que

"a segregação ao deficiente reside na crença de ser esta a melhor opção para o seu bem estar, confirmada por profissionais da área médica e educacional, que indicam o ambiente segregado, para o 'próprio benefício' do desviante que assim deve conviver com os seus iguais, protegido do mundo dos 'normais' ". (PAULA, [199-], p. 103)

A sociedade busca sempre legitimar suas ações alegando razões que são, na maioria das vezes, pautadas em uma espécie de paternalismo, acreditando-se estar fazendo um bem para o deficiente, excluindo-o e, assim, forjando o ocultamento da estigmatização e da segregação em que se encontram.

É preciso que haja uma conscientização de que os portadores de Síndrome de Down são, em primeiro lugar, cidadãos que possuem os mesmos direitos que todos os outros indivíduos dentro da sociedade e, conseqüentemente, dentro do sistema educacional. Todos são indivíduos únicos e diferentes uns dos outros e, por esse motivo, devem ter sua singularidade respeitada. Esse é justamente o fundamento da cidadania, de acordo com Paula[199-], que diz que todos têm *"o direito de viverem à luz de suas próprias especificidades"* (p. 104).

Na educação isto quer dizer que todos devem ter as mesmas oportunidades de ensino para que possam desenvolver todas as suas potencialidades. Esta é a premissa de um ensino inclusivo.

3.2 O conceito de Inclusão ↵

A inclusão é uma idéia que veio a ser difundida a partir da Declaração de Salamanca em 1994 que, apesar de utilizar o termo integração, recomenda que as escolas se ajustem às necessidades especiais de seus alunos e não os alunos se ajustem à escola. Esta Declaração diz que todos os tipos de alunos devem ser atendidos no âmbito da escola, sejam eles deficientes (de qualquer tipo), segregados socialmente, minorias étnicas, culturais e sociais e os nômades. Nela há a utilização de várias idéias relacionadas à inclusão como políticas educacionais inclusivas e sociedade inclusiva, por exemplo. Torna-se, então, necessário discutir e definir o que este termo abrange.

3.3 Integração X Inclusão

Tem-se uma tendência de confundir e misturar o termo inclusão com integração, que na realidade é bem diferente do primeiro. *"A integração e a inclusão são dois sistemas organizacionais de ensino que têm origem no princípio de normalização"* (WERNECK, 1997, p. 51). Normalização é o

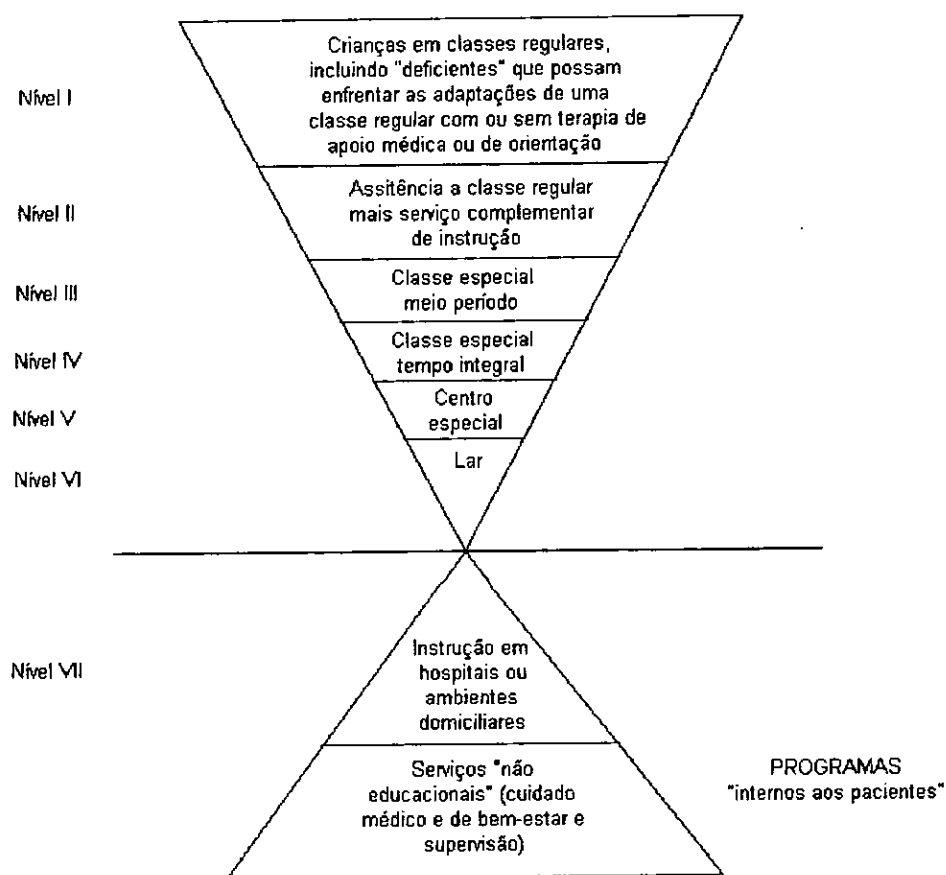
"princípio que representa a base ideológica da integração. Não se trata de normalizar as pessoas, mas sim o contexto em que se desenvolvem, ou seja, oferecer, aos portadores de necessidades especiais, modos e condições de vida diária o mais semelhantes possível às formas e condições de vida do resto de sociedade" (MEC/SEESP, 1994, P. 22).

Para isso, é necessário aceitar o indivíduo com suas diferenças, sejam elas quais forem, dando-lhe o direito de ter suas necessidades especiais reconhecidas e atendidas pela sociedade. Quando se trata do campo da educação, normalizar é oferecer aos indivíduos portadores de necessidades especiais todos os recursos, profissionais e instrucionais, que lhe sejam necessários para seu pleno desenvolvimento, como estudante, pessoa e, principalmente, cidadão no âmbito escolar.

Quanto às diferenças entre os dois termos, podemos começar discutindo o que a integração representa. Este sistema é organizado com base num conceito de cascatas, isto é, uma educação que possui vários níveis, dos mais aos menos segregadores, onde o aluno pode tanto subir quanto descer.

No sistema de integração, a escola representa um canal educativo geral onde os alunos podem se inserir desde o momento em que conseguem se adaptar à ela. A escola não sofre mutações para se adaptar ao aluno, ou, pelo menos, trazê-lo ao seu âmbito, dando acompanhamento especializado em separado àqueles que apresentam algum tipo de dificuldade de aprendizado. Este sistema de cascatas tem vários níveis que vão desde a inserção do estudante em classe regular até a possibilidade de ensino à domicílio quando se trata de casos mais graves (figura 3).

Figura 3 - Níveis do processo de Integração



Fonte: COLL, C. PALACIOS, J. MERCHESI, A. (Orgs.) *Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. v. 9, 381 p.

A integração, portanto, não dá a devida importância ao aspecto social que, quando se trata de um portador de necessidades educacionais especiais, se torna de extrema importância para seu desenvolvimento. Quando inserido dentro da escola, este indivíduo tem a oportunidade de interagir com as outras crianças e aprender com esta interação. Isto é uma experiência indispensável para o aprendizado de qualquer indivíduo.

O princípio da inclusão educacional contesta este sistema de cascatas, que é a base da integração, por ele permitir uma gama de fragmentações quando se trata de oportunidades dentro da escola. Se uma criança não consegue acompanhar a turma, por qualquer problema que seja, a escola fica livre da obrigação de se adaptar às necessidades de seus alunos para melhorar seu aprendizado, pois a culpa é dela própria. Ela recebe apenas quem consegue se adaptar à ela. Isso faz com que os que não conseguem acompanhar a turma sejam segregados dos demais e recebam um tratamento diferente, o que acaba gerando discriminação.

"Na inclusão o vocabulário integração é abandonado, uma vez que o objetivo é incluir um aluno ou um grupo de alunos que já foram anteriormente excluídos. A meta primordial da inclusão é não deixar ninguém no exterior do ensino regular, desde o começo."¹¹

A inclusão é baseada no sistema caleidoscópico de educação. Faz-se esta metáfora pois

"o caleidoscópico precisa de todos os pedaços que o compõem. Quando se retira pedaços dele, o desenho se torna menos complexo, menos rico. As crianças se desenvolvem, aprendem e evoluem melhor num ambiente rico e variado"¹²

Este paradigma não aceita formas diferentes de atendimento aos alunos dentro da escola regular, onde todos os tipos de crianças devem estar inseridas. Esta, por sua vez, tem a obrigação de se adaptar ao aluno que se encontra em seu interior e buscar respostas educacionais para as necessidades específicas de cada um. A educação inclusiva faz com que o ensino se especialize para todos, e não apenas para um grupo que apresenta algum tipo de deficiência.

¹¹ Professora Maria Teresa Eglér Mantoan In: WERNECK, C. *Ninguém mais vai ser bonzinho na sociedade inclusiva*. Rio de Janeiro: WVA, 1997. p. 52

¹² FOREST, M. In: MANTOAN, M. T. E. *Ser ou estar: eis a questão: explicando o déficit intelectual*. Rio de Janeiro: WVA, 1997. 176 p.

A diferença, portanto, entre ao dois conceitos discutidos aqui é que a integração é uma inserção parcial do aluno no sistema escolar e a inclusão é uma inserção total e incondicional deste mesmo aluno no sistema regular de ensino. Isto porque só existe uma educação, onde todos devem estar inseridos.

A inclusão contesta as escolas especiais e regulares da maneira em que se apresentam hoje. Uma, a escola regular, só aceita e só preza pelo aprendizado da maioria, trabalhando com base na homogeneidade da turma. Os que se diferenciam são deixados de lado, pois perturbam o andamento das aulas e desenvolvimento da matéria a ser dada. A outra, a escola especial, trabalha apenas com as crianças que se diferenciam e, assim, são excluídas do ensino regular. Enquanto houver uma, haverá sempre a outra. O que se propõe na educação inclusiva, na visão de Mantoan (1997), é que ambas se condensem em uma e que passem a atender às necessidades de TODOS os alunos dentro de sala de aula, dando o devido apoio necessário a cada um e fazendo com que a escola se especialize em todo e qualquer aluno. É necessário que TODOS possam conviver JUNTOS, aprendendo a partir dessa interação conjunta, pois o aprendizado se dá coletivamente. Dessa forma, tanto o aluno deficiente quanto a criança "normal" estarão se beneficiando a partir do contato com a diversidade.

Essas oportunidades dentro do ensino regular não podem ser vistas como concessões feitas às crianças deficientes. Eles precisam ter direitos iguais aos das outras crianças simplesmente pelo fato de serem seres humanos iguais a todos os outros. Diferenças, todos nós temos.

3.4 Educação Inclusiva

Mrech [199-] aponta que a Educação Inclusiva teve início nos Estados Unidos em 1975 e se expandiu por vários países do mundo. No Brasil, ainda há várias discussões sobre a abrangência deste termo. Ainda de acordo com a autora, Educação Inclusiva é entendida como *"o processo de inclusão dos portadores de necessidades especiais ou de distúrbios de aprendizagem na rede comum de ensino em todos os*

seus graus" (on line), e, para sua implantação, é preciso que a escola assuma várias características transformadoras. O processo educativo faz parte, aqui, do processo social e, dessa forma, a escola deve ter um direcionamento para a comunidade. Além disso, é necessário que os ambientes educativos sejam flexíveis, uma vez que, as crianças apresentam objetivos e processos de aprendizagem diferentes.

É necessário, ainda, ressaltar, como mostra Mazzotta (1998), que há duas vertentes que explicam a educação de alunos com necessidades especiais, sendo elas:

1. Visão estática ou por dicotomia - onde os alunos são divididos em dois tipos, comuns e especiais, e assim são tratados dentro do sistema de ensino, que possui escolas regulares e especiais para o atendimento de tais alunos separadamente.

2. Visão dinâmica ou por unidade - onde a escola é vista como um todo e deve receber todos os tipos de alunos, sem que haja uma classificação ou separação destes. A educação dos alunos especiais é feita de forma conjunta com os outros e apresenta os mesmos objetivos da educação de qualquer cidadão. É dessa escola, verdadeiramente inclusiva, que será tratada aqui.

Uma escola que visa incluir todos os alunos em seu seio, pensando e trabalhando a educação de forma que proporcione meios para a aprendizagem de todos os que se encontram inseridos nela, deve ser uma escola transformadora, pois não é possível "remendar" o ensino que encontramos atualmente, de modo que ele possa se adaptar à idéia de Educação Inclusiva. Há muitos aspectos que devem ser pensados e modificados em seu interior (MANTOAN, 2000). Repensando seu papel, torna-se necessário, da mesma forma, repensar sua prática pedagógica. Essa proposta

"implica na passagem de um ensino transmissivo para uma pedagogia ativa, dialógica, interativa, conexional, que se contrapõe a toda e qualquer visão unidirecional, de transferência unitária, individualizada, hierárquica do saber" (MANTOAN, 2000, mimeo).

No âmbito escolar, isto significa que devemos, primeiramente, romper com a fronteira que existe entre as disciplinas curriculares. O currículo deve ser

pensado, ainda de acordo com Mantoan (2000), como *"redes de conhecimento e de significações"* onde devem haver várias formas de compreender a realidade e uma multiplicidade de saberes. Os conteúdos devem ser estimulantes para os alunos no desenvolvimento de suas potencialidades. Para isso, devem sempre partir de temas reais e atuais, que tenham identidade social e cultural com os educandos, uma vez que estes devem ser os sujeitos da aprendizagem. As propostas de trabalho também não podem ser descontextualizadas, não fazendo sentido para os alunos ou não apresentando nenhum atrativo para a conquista e construção do conhecimento por parte deles. Os conhecimentos e saberes escolares devem ser construídos em conjunto com a turma e por eles conquistados. De forma alguma, o professor deve exigir que seus alunos apresentem um *"consumo passivo de informações e de conhecimentos sem sentido"* (MANTOAN, 2000, mimeo).

Não se pode deixar de mencionar, como ainda ressalta Mantoan (2000), que a avaliação deve sempre seguir o modelo pedagógico. Nesse caso, ela deve ter o objetivo de diagnosticar como está se dando o processo de ensino-aprendizagem, seu desempenho frente ao tratamento das informações e sua participação na vida social com o intuito de propor mudanças para o que não estiver tendo sucesso.

A responsabilidade de adaptação, mudança e progresso não é unicamente do aluno, a escola deve transformar-se para que possa proporcionar mais oportunidades para o desenvolvimento aos educandos. Dessa forma, o trabalho do professor também será incluído nessa avaliação. O pouco aproveitamento de uma das crianças da turma, tendo ela necessidades educacionais especiais ou não, explicita a responsabilidade do professor de identificar quais ações e providências poderiam ser tomadas por ele, no âmbito de suas aulas, para ampliar as oportunidades de aprendizado dos educandos.

Dessa forma, fica evidente, como ainda ressalta Mantoan (1997), que os benefícios de uma Educação Inclusiva não são apenas para aqueles alunos que possuem algum tipo de necessidade educacional especial. Todos os alunos inseridos em seu âmbito terão reais benefícios. Uma das razões para isso é o fato de que será exigido das instituições de ensino

"novos posicionamentos e procedimentos de ensino baseados em concepções e práticas pedagógicas mais evoluídas, além de mudanças na atitude dos professores, modos de avaliação e promoção dos alunos para séries e níveis de ensino mais avançados" (MANTOAN, 1997, p. 151).

A Educação Inclusiva como uma forma de inserção total e incondicional do aluno com necessidades especiais, e aqui no caso mais específico da Síndrome de Down, no sistema regular de ensino, sendo este um sistema único, exige, portanto, que a escola se modernize, *"atendendo às exigências de uma sociedade que não admite preconceitos, discriminação, barreiras sociais, culturais ou pessoais" (MANTOAN, 1997, p. 152).*

4. Minha Visão sobre o Assunto

A Educação Inclusiva é uma proposta transformadora, porém necessária para que seja possível garantir um ensino de qualidade para TODOS. Ela tem como condição básica para sua implantação uma reestruturação das bases ideológicas e práticas que sustentam o atual sistema de ensino.

É verdadeira e imprescindível a idéia de que, para sua implantação, será necessário fundir a escola regular e a especial. Uma escola que seja inclusiva e tenha qualidade de ensino deve tratar da mesma forma todos os alunos que nela estiverem inseridos, proporcionando-lhes um ambiente livre de pré-conceitos e desafiador de suas potencialidades.

Não se pode, como salienta Mantoan (2000), prever a capacidade de um aluno ou o nível de desenvolvimento e aprendizado que ele poderá atingir. É necessário que se trabalhe na direção desse objetivo de forma que se possa oferecer-lhe todo tipo de ajuda, respeitando, principalmente, seus interesses, objetivos e possibilidades de ampliar e aprofundar conhecimentos.

Fica claro a veracidade do pensamento e das considerações de Mantoan (2000) quando ela afirma que

"o sucesso das propostas de inclusão decorre da adequação do processo escolar à diversidade dos alunos e quando a escola assume que as dificuldades experimentadas por alguns alunos são resultantes, entre outros, do modo como o ensino é ministrado, a aprendizagem é concebida e avaliada" (mimeo).

Nós, educadores, não devemos, portanto, ter medo do novo e sim, aprender com ele de modo que possamos aprimorar nossas ações e nossa prática pedagógica para, cada vez mais, respeitar as diferenças e atuar de forma a desenvolver todas as potencialidades possíveis, tanto nossas quanto dos alunos,

com necessidades educacionais especiais ou não. Essa é a verdadeira proposta de uma inclusão total e incondicional.

Tratando-se da Síndrome de Down, quando, aqui, ela representa o novo ao qual se teme, é necessário o conhecimento das características da síndrome e das potencialidades desses indivíduos. Respeitando-se, mais uma vez, a individualidade de cada um, como seres singulares que são, eles e todos nós, podemos garantir um ambiente propício para seu aprendizado e desenvolvimento de um modo geral.

8. Bibliografia

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. *Deficiência mental*. Brasília: MEC/SEESP, 1997.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. *Política nacional de educação especial*. Livro 1. Brasília: MEC/SEESP, 1994. 66 p.

CAZIANI, M. de L. *A cidadania e o portador da Síndrome de Down*. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN, 2., [1999?], Curitiba. Resumos... Curitiba: [S.n.], [1999?].

CÉLULA TRISSÔMICA 1.JPG. Altura: 1050 pixels. Largura: 1300 pixels. 8kb.
Formato JPEG. Descompactado. Disponível em:
<C:\MeusDocumentos\Rachel\CÉLULATRISSÔMICA1.JPG> . 2001. Acesso em: 17 jun. 2001.

CÉLULA TRISSÔMICA 2.JPG. Altura: 1350 pixels. Largura: 1650 pixels. 8kb.
Formato JPEG. Descompactado. Disponível em:
<C:\MeusDocumentos\Rachel\CÉLULATRISSÔMICA2.JPG> . 2001. Acesso em: 17 jun. 2001.

COLL, C. PALACIOS, J. MERCHESI, A. (Orgs.) *Desenvolvimento psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. v. 9, 381 p.: il., figura.

CORRÊA, V. L. A. dos S. *Em direção a uma vida familiar diferente: uma experiência com grupo operativo na educação*. Rio de Janeiro, 1999. 75 p. Tese (Mestrado em Educação) - Escola de Educação, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

CUNHA, N. H. S. *O desenvolvimento do pensamento lógico*. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN, 2., [1999?], Curitiba. Resumos... Curitiba: [S.n.], [1999?].

ESPAÇO XXI - BRASIL. BENAYCH, P. Resumo da entrevista concedida ao Evaristo Eduardo de Miranda. Paris: [S.n.], 1997. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. ALONSO, M. R. *Ensino barra portadores de síndrome de down*. [S.l.]: Jornal Correio Popular, 05 out. 1997. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. BAPTISTELLA, R. L. *Escola pública integra crianças com deficiência*. [S.l.: s.n.], [199-]. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. CAMARGO, C. *Quando a propaganda cutuca com vara curta*. [S.l.]: Revista de Criação, jan. 1998. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. *Deficiente de Capixaba vai coletar lixo reciclável*. Jornal do Estado de S. Paulo, 06 jun. 1997. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. *Deficientes mentais têm escola gratuita*. Rio de Janeiro: Jornal do Comercio, 14 mar. 1997. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. FERRER, P. P. *Entrevista com um down universitário*. [S.l.: s.n.], [199-]. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. *FUNDAÇÃO ajuda portadores da síndrome de down*. Jornal do Estado de S. Paulo, 1997. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. GARCIA, M. L. G. *Computador na educação especial: instrumento de aprendizagem ou jogo de espelhos?* [S.l.: s.n.], [1998?]. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. JOHN, L. *Especialista francês discute inclusão escolar no Brasil*. Jornal O Estado de S. Paulo, 1998. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. *JOVEM ganhou auto-suficiência e maior segurança: garota de 17 anos que teve paralisia cerebral frequênta sala regular da 4ª série*. [S.l.: s.n.], [199-]. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. LUCAS, M. S. *Mais atenção para os deficientes*. [S.l.: s.n.], [199-]. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. MATEOS, S. B. *Educar para não discriminar*. [S.l.: s.n.], [199-]. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. MCLEOD, K. *Medicamentos proibidos para indivíduos com síndrome de down*. [S.l.: s.n.], 1996. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. MIRANDA, E. E. e JOHN, L. *Avós podem muito*. [S.l.: s.n.], [199-]. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. *NOVA abordagem da educação de downs*. [S.l.: s.n], [199-]. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. OLIVEIRA, T. *Juntos sem preconceito*. [S.l.: s.n], [199-]. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. *ORIENTAÇÃO para pais*. [S.l.: s.n], [199-]. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. *PREFEITURA investe para valorizar os deficientes*. Campinas: [S.n.], [199-]. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. PUPO FILHO, R. A. Entrevista concedida ao Jornal Zero Hora. [São Paulo]: Jornal Zero Hora, 01 mar. 1997. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. *REDE estadual tem 164 salas de recursos*. [S.l.: s.n], [199-]. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. ROVERI, A. *Psicoballet surge como nova terapia*. [S.l.]: Jornal A Tribuna, 07 set. 1997. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. *SÍNDROME de down: esperança renasce para quem tem vida pela frente*. [S.l.: s.n], [199-]. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. *SISTEMA causa problemas e insegurança*. [S.l.: s.n], [199-]. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. *TEORIA propõe educação regular a aluno deficiente*. [S.l.: s.n], [199-]. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

ESPAÇO XXI. Grupo de Pais de Crianças Down Abrindo Espaço no Século XXI. WEBER, D. *Escolas acolhem alunos com síndrome de down*. [S.l.: s.n], [199-]. Disponível em <<http://www.ecof.org.br/projetos/downs/>>. Acesso em: 05 mar. 2001.

FERNANDES, E. M. *Uma proposta de educação inclusiva para portadores de retardo mental no sistema público de ensino de Duque de Caxias: um paradigma multidisciplinar*. Duque de Caxias: [S. n.], [199-].

FEUERSTEIN, R. *Não deixem que os cromossomos dêem a última palavra*. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN, 2., [1999?], Curitiba. Resumos... Curitiba: [S.n.], [1999?].

GHIURO, L. L. S. *Aspectos odontológicos e fonoaudiológicos na Síndrome de Down*. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN, 2., [1999?], Curitiba. Resumos... Curitiba: [S.n.], [1999?].

GROSSI, E. P. *Todos podem aprender*. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN, 2., [1999?], Curitiba. Resumos... Curitiba: [S.n.], [1999?].

GUERRA JÚNIOR, G. *Desenvolvimento da pessoa com Síndrome de Down: etapa por etapa*. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN, 2., [1999?], Curitiba. Resumos... Curitiba: [S.n.], [1999?].

JORNADA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL DA UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2., 1998, Rio de Janeiro.

JORNADA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL DA UNIVERSIDADE DO RIO DE JANEIRO, 3., 1999, Rio de Janeiro.

LIEF, J. e DELAY, J. *Psicologia e educação: a criança*. Edição brasileira. [S.l.]: Biblioteca Pedagógica Freitas Bastos, 1965.

MANTOAN, M. T. E. *Desenvolvimento da inteligência e deficiência mental*. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN, 2., [1999?], Curitiba. Resumos... Curitiba: [S.n.], [1999?].

MANTOAN, M. T. E. *Caminhos pedagógicos da inclusão: barreiras e desvios*. São Paulo: Unicamp, 2000. Mimeo.

MANTOAN, M. T. E. *Compreendendo a deficiência mental: novos caminhos educacionais*. Série Pensamento e Ação no Magistério. Rio de Janeiro: Scipione, [19—]. 167 p.

MANTOAN, M. T. E. *Ensinando a turma toda: diferenças na escola*. São Paulo: Unicamp, 2000. Mimeo.

MANTOAN, M. T. E. *Integração x inclusão: escola (de qualidade) para todos*. São Paulo: Unicamp, 2000. Mimeo.

MANTOAN, M. T. E. *Não há mal que sempre dure...* São Paulo: Unicamp, 2000. Mimeo.

MANTOAN, M. T. E. *O verde não é o azul listado de amarelo: considerações sobre o uso da tecnologia na educação/reabilitação de pessoas com deficiência*. São Paulo: Unicamp, 2000. Mimeo.

MANTOAN, M. T. E. *Por uma escola para todos*. São Paulo: Unicamp, 2000. Mimeo.

MANTOAN, M. T. E. *Ser ou estar, eis a questão: explicando o déficit intelectual*. Rio de Janeiro: WVA, 1997. 176 p.

MAZZOTTA, M. J. da S. *Inclusão e integração ou chaves da vida humana*. In: CONGRESSO IBERO AMERICANO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL, 3., 1998, Foz do Iguaçu. Resumos... Foz do Iguaçu: [S.n.], 1998.

MENDONÇA, M. M. N. *Integração x inclusão: escola para todos*. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN, 2., [1999?], Curitiba. Resumos... Curitiba: [S.n.], [1999?].

MENDONÇA, M. M. N. *Movimento associativo na área da Síndrome de Down: perspectivas para o séc. XXI*. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN, 2., [1999?], Curitiba. Resumos... Curitiba: [S.n.], [1999?].

MRECH, L. M. *O que é educação inclusiva?* Universidade de São Paulo, [199-]. Disponível em: <<http://www.regra.com.br/educacao/Oqueeh.htm>>. Acesso em: 11 jun. 2001.

MUSTACCHI, Z. *Aspectos clínicos da Síndrome de Down: uma revisão*. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN, 2., [1999?], Curitiba. Resumos... Curitiba: [S.n.], [1999?].

OLIVEIRA, M. C. S. L. *Desenvolvimento psicomotor da criança pequena*. [S.l.: s.n.], [199?]. Mimeo.

PAULA, L. A. L. de. *Ética, cidadania e educação especial*. [S. l.]: Revista Brasileira de Educação Especial, [199-]. p. 91-109.

PIAGET, J. *A linguagem e o pensamento da criança*. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

PUPO FILHO, R. A. *Síndrome de Down: o momento da notícia*. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN, 2., [1999?], Curitiba. Resumos... Curitiba: [S.n.], [1999?].

PUPO FILHO, R. do A. *Síndrome de Down: e agora, doutor?* 1. ed. Rio de Janeiro: WVA, 1996. 109 p.

RIO DE JANEIRO (Município). Prefeitura Municipal. *Multieducação: núcleo curricular básico*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Educação, 1996. p. 190-216.

SANTAROSA, M. L. C. *"Escola virtual" para pessoas com Síndrome de Down: ambientes de aprendizagem telemáticos como alternativa do desenvolvimento*. In:

CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN, 2., [1999?], Curitiba. Resumos... Curitiba: [S.n.], [1999?].

SANTOS, L. *A legislação e a Síndrome de Down*. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN, 2., [1999?], Curitiba. Resumos... Curitiba: [S.n.], [1999?].

SANTOS, M. P. *A inclusão da criança com necessidades educacionais especiais*. {S.l.: s.n.}, [199-]. Disponível em: <<http://www.regra.com.br/educacao/AinclusãodaCriança.html>>. Acesso em: 11 jun. 2001.

SCHIMIDT, A. P. *Independência e sexualidade*. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN, 2., [1999?], Curitiba. Resumos... Curitiba: [S.n.], [1999?].

SCHWARTZMAN, J. S. *Aspectos neurológicos da Síndrome de Down*. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN, 2., [1999?], Curitiba. Resumos... Curitiba: [S.n.], [1999?].

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Grupo de Pesquisa e Consultoria Escolar. *Contextualizando a estimulação da fala: uma proposta de atividade*. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN, 2., [1999?], Curitiba. Resumos... Curitiba: [S.n.], [1999?].

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. Grupo de Pesquisa e Consultoria Escolar. *A Síndrome de Down e o desenvolvimento lógico-matemático*. In: CONGRESSO BRASILEIRO SOBRE SÍNDROME DE DOWN, 2., [1999?], Curitiba. Resumos... Curitiba: [S.n.], [1999?].

WERNECK, C. *Muito prazer, eu existo*. 4. ed. Rio de Janeiro: WVA, 1995. 280 p.

WERNECK, C. *Ninguém mais vai ser bonzinho na sociedade inclusiva*. Rio de Janeiro: WVA, 1997. 314 p.