

EDUCAÇÃO ESPECIAL DE ALUNOS COM SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL



EDUARDO AMANCIO DA SILVA SANTOS

Graduação em Matemática pela Universidade de Guarulhos (2009); Graduação em Pedagogia pela Universidade Nove de Julho (2017); Professor de Matemática na EMEF Raul de Leoni.

RESUMO

A educação especial busca de diversas formas debruçar-se sobre novas perspectivas, nesse sentido não podemos fechar os olhos perante a um fato tão importante, uma criança acometida pela SAF precisa de apoio e suporte a vida toda. Assim como já citamos nesse trabalho, outros órgãos devem ser acionados para melhorar a qualidade de vida dessa criança como assistentes sociais, psicólogas, fisioterapeutas, médicos etc., mas nós professores também temos nossa parcela nesse processo. Devemos ser facilitadores e buscar estratégias para favorecer a criança com SAF através de currículos adaptado e planejamento só assim a escola irá garantir avanços na vida educacional e social do aluno com SAF.

PALAVRAS-CHAVE: Matemática; Educação; Escola; Sociedade.

INTRODUÇÃO

O trabalho do professor em sala de aula, caracterizado didaticamente pela tríade aluno-professor-conhecimento, tem constituído um dos pilares sobre o qual se explicam as interações dentro da sala; No entanto, as investigações mostram a existência de práticas que só podem ser compreendidas a partir das orientações e concepções que as orientam, bem como como o ambiente em que se desenvolvem.

A dimensão afetiva da matemática sugere que não apenas o componente de conhecimento da disciplina desempenha um papel fundamental no sucesso dos alunos na disciplina, mas também que há uma série de fatores (concepções, emoções, crenças, atitudes e valores em desenvolvimento) que podem explicar essa relação. Desde o impulso alcançado nos anos oitenta, o constructo foi

desenvolvido e estudado, é assim que linhas de pesquisa dentro da educação matemática – como a dimensão afetiva da matemática ou as contribuições educacionais do pensamento do professor e da abordagem de teorias implícitas ou subjetivas – as consideraram em suas pesquisas.

As concepções são uma estrutura mental geral que inclui crenças, significados, conceitos, imagens mentais, preferências e gostos; enquanto as define como "crenças conscientes". Por sua vez, no caso do professor, as concepções consistem na estrutura que cada professor dá ao seu conhecimento para depois ensiná-lo ou transmiti-lo aos seus alunos. Em sua relação com a natureza da disciplina, consideram que as concepções podem ser identificadas com a percepção ou visão que se tem sobre elas.

Considerando suas ações e caracterização, afirmam que, no caso de professores e alunos, as concepções sobre o valor dos conteúdos e os processos da sala de aula levam à interpretação, decisão e ao agir; assim, esses elementos seriam verificados na tomada de decisão de textos, estratégias de ensino e avaliação. A partir do corpus, apresentam alguns elementos que caracterizam essas concepções: 1) fazem parte do conhecimento, 2) são produto de modos de entendimento, 3) atuam como filtros diante das decisões e 4) influenciam o raciocínio.

Como definição, pode-se dizer que a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) ou Efeito Alcoólico Fetal é a: “manifestação de defeitos neonatais específicos de crescimento, mentais e físicos associados ao alto consumo de álcool pela mãe durante a gestação” (TANGO, 2000).

Apesar da associação de álcool com gravidez ser assunto de literatura médica há mais de 250 anos, foi somente em 1973 que Jones e Smith denominaram a Síndrome Alcoólica Fetal, descrevendo oito casos de crianças nascidas de mães alcoólicas. A partir desta descrição foi possível se constatar um padrão específico de atraso no crescimento (desenvolvimento pré e pós-natal) e malformações em recém-nascidos de mães com consumo pesado de álcool durante a gravidez. Outras características da SAF também foram descritas como: “hirsutismo, anormalidades cardíacas (defeitos do septo ventricular), anomalias articulares (luxação congênita do quadril, limitação dos movimentos do cotovelo), alteração da prega palmar, anomalias de genitália externa (vagina biseptada, hipoplasia de grandes lábios), hemangioma capilar, disfunção respiratória, disfunção metabólica (hipoglicemia, hiperbilirrubinemia), disfunção motora fina (tremores, sucção fraca)”.

Pode-se, então, a partir destes critérios, fazer o diagnóstico, observando-se também as características físicas apresentadas acima. Mas, nem sempre isto é possível, visto que, muitas vezes, a criança não apresenta nenhum defeito físico. Mais difícil ainda é detectar a SAF em crianças recém-nascidas, quando não há sinais físicos, já que, nesse momento, ainda não é possível detectar a deficiência mental. Assim sendo, muitos casos são diagnosticados somente por volta dos três ou quatro anos de idade. Ainda sobre a dificuldade de se diagnosticar a SAF, COSTA (2012) fala que:

Nestes casos, para se chegar ao diagnóstico, sem que se apresentem os sinais físicos, devem ser observados alguns fatores indicativos na criança, desde o seu nascimento, como baixo peso, irritabilidade e dificuldade de sucção. Deve-se sempre levar em conta que a SAF tem causa ambiental, ou seja, é ocasionada e está diretamente ligada ao comportamento dos pais. Diante deste fato, o acompanhamento da gestante que faz uso abusivo de álcool deve servir de parâmetro

para oferecer o suporte necessário ao bebê, pois como já se sabe o consumo de álcool por gestantes pode produzir danos físicos e mentais irreversíveis.

Não há uma criança que reúna todas as características da SAF, ou seja, cada criança sofre de um determinado conjunto de efeitos. Além disto, existem também casos em que os sinais citados acima são pouco visíveis e, nestes casos, para se fazer o diagnóstico da síndrome, deve-se usar o termo Efeito Alcoólico Fetal. Esta síndrome também tem como causa, o consumo de bebida alcoólica durante a gravidez, porém em menor proporção e está diretamente relacionada a crianças ou adolescentes com dificuldade de aprendizagem escolar, delinquência juvenil, drogadicção, etilismo e alta taxa de desajuste social (SERRAT, 2001).

Para complementar estes dados pode-se buscar informações nas pesquisas de Passini e Amaral (1995), que descrevem que o efeito do álcool na gravidez está relacionado à idade gestacional, a concentração sanguínea do produto e a cronicidade do uso. O álcool ingerido atravessa a placenta e os níveis no feto são semelhantes aos do sangue materno, ou seja, faz com que o bebê receba as mesmas concentrações de álcool que a mãe, sendo o mais sério efeito disto, a disfunção do sistema nervoso central (SNC) com retardo no desenvolvimento mental e psicomotor, após o período pós-natal (LITTLE et al., 1989). Além disto, o álcool age, inicialmente, no desenvolvimento cerebral do feto que tem como consequência os déficits cognitivos e os problemas comportamentais.

SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL O ESTÁGIO DE AMAMENTAÇÃO

Na amamentação o álcool também é transferido para a criança através do leite materno, causando efeitos negativos como: relaxamento e possível estimulação do sono, perturbações no sono, no desenvolvimento neuromotor e na aprendizagem (COSTA, 2012).

A quantidade de álcool permitida para consumo por uma gestante, não está definida na literatura, no entanto: “evidências recentes sugerem que mesmo uma dose por semana está associada à possibilidade de dificuldades mentais” (GRINFELD, 2005). Por isso, o Ministério da Saúde recomenda a abstinência total, desde a concepção e durante todo o período de gravidez e amamentação.

Em relação à maioria dos casos das crianças com a SAF, suas mães são dependentes crônicas do álcool e beberam pesado durante a gravidez. Estudos realizados constataram que no caso de uma segunda gravidez, em que a primeira gestação foi afetada pelos efeitos nocivos do etanol, existe risco de 75% de surgir a SAF na segunda gravidez, com quadros mais graves do que no primeiro filho (GRINFELD, 2005). Infelizmente muitas mulheres, que consumiram álcool na primeira gravidez, continuam fazendo o uso da bebida nas próximas gestações, muitas delas desconhecem até que o primogênito tenha a SAF. Essa condição é comum, já que estas mães não se atentam aos filhos, em função da dependência do álcool e, assim, muitos sinais acabam passando despercebidos, o que se repete com futuros filhos.

É importante ressaltar que a SAF não se apresenta da mesma forma em todos os indivíduos, ela apresenta diferentes níveis de comprometimento que variam de acordo com a quantidade de

álcool ingerido e a idade gestacional na qual o bebê foi exposto. Ao falarmos de efeitos distintos em irmãos com SAF, podemos citar o trabalho desenvolvido por uma fonoaudióloga, que avaliou cada um deles e constatou que apesar dos dois irmãos possuírem a mesma síndrome e partilharem do mesmo contexto familiar, o perfil fonoaudiólogo deles era diferente. Estes estudos mostram que dificuldades mais graves na capacidade comunicativa podem estar associadas a períodos mais elevados de exposição ao álcool durante as fases mais críticas de desenvolvimento fetal. (GARCIA,ROSSI e GIACHETI, 2007). Sendo assim, pode-se afirmar que os efeitos do álcool se apresentam em diferentes graus de comprometimento de acordo com a idade gestacional. Sobre isto, Costa nos fala que:

No primeiro trimestre da gravidez, o feto corre o risco de sofrer malformações e dimorfismo facial, uma vez que se trata de uma fase crucial da organogênese. No segundo trimestre, aumenta a incidência de abortos espontâneos. No terceiro trimestre, outros tecidos do sistema nervoso são afetados, como o cerebelo, o hipocampo, o córtex pré-frontal; assim como se verifica um atraso no crescimento intrauterino e há comprometimento do parto, aumentando a probabilidade de infecções, descolamento da placenta antes do tempo, parto prematuro e sofrimento do feto devido à presença de mecônio no líquido amniótico. (Costa 2012, p.35)

Como descreve a autora acima o feto fica exposto aos efeitos nocivos do álcool desde quando é concebido, correndo o risco de sofrer uma série de comprometimentos. É importante ressaltar que o consumo do álcool na gravidez é prejudicial à criança, não somente quando ela está sendo gerada, mas por toda vida, uma vez que a SAF é uma condição que a acompanhará por toda a sua existência.

Devido a essa condição permanente, deve-se pensar na criança com a síndrome como todo, ou seja, como ser social, indivíduo este que com apoio e suporte tem totais condições de se relacionar com o mundo ao seu redor, mesmo com suas limitações. A escola tem papel fundamental nesse processo, pois é nela que os alunos com Necessidades Especiais interagem com o outros, mostram seus potenciais e se desenvolvem. Carneiro cita que:

...os portadores de deficiência precisam ser considerados, a partir de suas potencialidades de aprendizagem. Sobre esse aspecto é facilmente compreensível que a escola não tenha de consertar o defeito, valorizado as habilidades que o deficiente não possui, mas ao contrário, trabalhar sua potencialidade, com vistas em seu desenvolvimento. CARNEIRO (1997, p.33)

Por esse motivo a escola deve estar preparada para receber o aluno com necessidades especiais, ter consciência da sua importância na vida deles. Este é um ponto chave que deve ser trabalho com os profissionais de educação, para que se possa atender as necessidades de todos os alunos, respeitando suas particularidades e garantindo assim a permanência dos educandos na Rede Regular de Ensino.

ESCOLA COMO ESPAÇO DE INCLUSÃO

Atualmente os alunos com deficiência estão matriculados em escolas regulares e isso é um avanço em relação ao passado, onde a maioria das pessoas com necessidades especiais eram marginalizadas e excluídas socialmente. A educação, no contexto segregacional, foi substituída pelo contexto inclusivo, sendo que:

A educação, que era parte fundamental neste processo, teve que sofrer uma radical transformação. Em todo o mundo, até aquele momento, as pessoas com deficiência haviam sido colocadas à margem da educação: o aluno com deficiência, particularmente, era atendido apenas em separado ou simplesmente excluído do processo educativo que tinha por premissa que os alunos deveriam obedecer a padrões de normalidade. (BRASIL, 2000, p. 83).

A Educação Inclusiva fundamenta-se na Constituição Federal de 1988, artigo 5, que garante a todos o direito à igualdade, e artigo 205 que fala da educação como um direito de todos, visando o “pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (BRASIL, 2004). Pode-se, a partir daí, promover a inclusão educacional de pessoas com deficiência mental. Vários documentos vigentes amparam os alunos com Necessidades Educacionais Especializadas (NEE), priorizando a sua inserção na Rede Regular de Ensino. A Constituição Federal de 1988 prevê em seu artigo 208, inciso III, que “é dever do Estado, com a educação, garantir o atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino” (CF, 1988). Neste sentido, entende-se que, com a inclusão escolar, todos, sem discriminação, têm o mesmo direito, independente de suas condições físicas e mentais, visando formar uma sociedade justa e igualitária. Conforme Glat & Oliveira (2003):

No modelo de inclusão propriamente dita, esses alunos independente do tipo ou grau de comprometimento, devem ser matriculados diretamente no ensino regular, cabendo à escola se adaptar para atender às suas necessidades na classe regular. (GLAT & OLIVEIRA, 2003, p. 12)

O conceito de inclusão é um desafio para educação, uma vez que define que o direito à educação é para todos, entre eles o aluno com NEE. De acordo com a Declaração de Salamanca (BRASIL, 1994):

As escolas devem acolher todas as crianças, independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras. Devem acolher crianças com deficiência e crianças bem dotadas; crianças que vivem nas ruas e que trabalham; crianças de populações distantes ou nômades; crianças de minorias linguísticas, étnicas ou culturais e crianças de outros grupos ou zonas desfavorecidas ou marginalizadas. (SALAMANCA, 1994).

Sabe-se que a escola deve estar preparada para receber e atender os alunos com NEE, mas também que este é um grande desafio, pois depende de uma reorganização do contexto escolar. Quando se fala em inserção escolar do aluno com SAF, criança esta que dentre os vários comprometimentos possui o atraso mental, deve-se considerar a necessidade de uma reestruturação na escola e nas práticas pedagógicas. "Acreditamos, que ao incluir o aluno com deficiência mental na escola regular, estamos exigindo desta instituição novos posicionamentos diante dos processos de ensino e de aprendizagem, à luz de concepções e práticas pedagógicas mais evoluídas" (MANTOAN, 1997, p.120).

É através de reflexão e planejamento que a escola regular consegue incluir e adaptar os alunos com NEE, garantindo a permanência deles. Quando Mantoan (1997) fala de práticas pedagógicas evoluídas ela se refere ao professor flexível, facilitador de aprendizagem, que tem a sensibilidade de evidenciar em cada criança o seu potencial, considerando o aluno um ser único e respeitando a heterogeneidade de crianças em sala de aula.

DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE ALUNOS COM SAF

Levando em consideração que o processo de aprendizagem não depende somente do educador, mas também do aluno que possui seu próprio tempo para aprender, o professor deve ter sensibilidade e organizar um ambiente propício para o avanço do aluno, respeitando suas limitações e evitando qualquer atitude discriminatória.

O professor que recebe uma criança com SAF deve compreender que ela pode aprender e que a escola é fundamental e útil para sua vida. Muitos professores apresentam dificuldades em aceitar alunos que não progridam a um ritmo tido como normal, mostrando-se resistente a estes alunos com SAF, por estes apresentarem dificuldades. De acordo com Costa:

Um aluno com SAF apresenta deficiência em suas funções executivas, logo tem dificuldade em manter comportamentos dirigidos para metas, utilizando informações armazenadas na memória de trabalho. O professor pode adotar estratégias baseadas na orientação visual externa para gerir seu comportamento (COSTA, 2012, p.56).

A adaptação do currículo se faz necessária para que se obtenha êxito no processo de aprendizagem do aluno com SAF e essa necessidade não se dá somente para respeitar a heterogeneidade da sala, mas sim a particularidade de cada um. É impossível falar de inclusão escolar sem levar em conta a singularidade de cada aluno, já que essa diferenciação é imprescindível. “Não é possível continuar a pensar a educação escolar como um projeto a ser desenvolvido através de intervenções dissociadas dos contextos e das pessoas que nele se encontram envolvidas” (COSME, TRINDADE, 2002, p.71). Não podemos pensar em educação inclusiva sem levar em conta o aluno dentro de sua totalidade, suas vivências e realidade. Conhecer o aluno, seu contexto social, bem como a sua realidade são pontos primordiais para se desenvolver um plano de ensino onde os objetivos e os conteúdos se entrelacem.

O professor consegue mediar o aprendizado do aluno com necessidades educacionais especiais quando ele se dá conta do seu papel no processo de inclusão, pois a partir dessa conscientização o educador começa a traçar metas para o educando, sendo flexível, fazendo adaptações e intervenções pedagógicas necessárias para que esse aluno avance e se desenvolve de fato.

INTERVENÇÕES PEDAGÓGICAS E AS INSTÂNCIAS NO APRENDIZADO

O professor deve conhecer as características e as dificuldades do aluno com SAF para que dessa forma faça a intervenção pedagógica adequada. Deve ser observador e estar atento às potencialidades dos seus alunos, bem como, às suas individualidades. O papel do professor é de suma importância, assim como relata Fernandes:

A educação, e o professor como agente da mesma, deverá ter em conta dimensões como: a necessidade de ter em consideração todas as potencialidades dos educandos e não apenas a sua inteligência ou memória; o desenvolvimento e fomento de equilíbrio afetivo, familiar e pessoal; a preparação dos educandos para o futuro, tornando-os independentes e conscientes das suas responsabilidades; a criação de hábitos de trabalho e o desenvolvimento da iniciativa e da criatividade dos alunos, da autonomia e corresponsabilidade. (FERNANDES, 1997, p.52)

E, para que o desenvolvimento e preparação do futuro das crianças com SAF seja possível, a intervenção precoce se torna imprescindível, pois, quanto mais tarde intervimos no desenvolvimento deste aluno, mais graves poderão se tornar as suas dificuldades. Muitos desses danos podem ser suavizados pela intervenção precoce e sobre isto Paineira (2005) esclarece:

Acredita-se ainda que a estimulação precoce possa focalizar a melhoria do desenvolvimento sensorio-motor e social do bebê. Além disto, ela também influencia processos mais complexos de aprendizagem. Através de métodos, técnicas e materiais específicos, procura explorar o potencial de cada paciente, objetivando o controle de atividade tônica, trocas posturais, aquisição e manutenção de posturas, estimulando o desenvolvimento neuropercepto motor. (PAINEIRA, 2005. p.58)

Apesar de a estimulação precoce atender crianças de até seis anos de idade ela tem como prioridade intervir com as crianças de zero a três que apresentam deficiência ou risco de atraso grave no desenvolvimento. O programa de estimulação precoce conta com uma equipe multidisciplinar, que de acordo com a necessidade das crianças atendidas, vão incorporando profissionais das mais diversas áreas. Sobre a equipe multidisciplinar para estimulação precoce de crianças com SAF, Paineira fala que:

É bastante comum que durante o acompanhamento de crianças com SAF, neste programa especificamente, sejam demandadas a ação de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e pedagogos(PAINEIRA, 2005. p.65).

Além do atendimento com esses diversos profissionais, a criança com SAF precisa de um acompanhamento na escola e muitas vezes o professor não sabe como inclui-la no grupo com os colegas e nas atividades. Em relação ao planejamento pedagógico, Costa ressalta que:

No que diz respeito à sala de aula ou das atividades, o ambiente de aprendizagem deve possuir uma atmosfera calma, silenciosa e com poucas distrações. As atividades devem obedecer a uma estrutura básica, começando com exercícios sensoriais que permitam ao aluno a reação de informação que, por si só, ele não seria capaz de procurar. (COSTA, 2012, p.56)

O professor deve ser um orientador e facilitador da aprendizagem, sistematizando as atividades desenvolvidas, definindo os objetivos imediatos e estimulando a criança com SAF a cooperar no processo de aquisição do conhecimento. Levando em conta o comprometimento do aluno, o educador deve, sempre que necessário, designar-lhe um tempo maior para a realização das atividades, estabelecendo um ritmo adequado para ele. É importante também que o profissional de educação seja flexível e que desenvolva estratégias que favoreçam o processo de ensino aprendizagem, considerando as limitações ou dificuldades do aluno com SAF.

Em relação a algumas estratégias que podem ser utilizadas em sala de aula com estes alunos, Costa descreve:

Por exemplo, para fazer face ao problema de concentração o aluno poderá sentar-se continuamente nos lugares da frente da sala; relativamente à informação a registrar, o ideal será facultar uma cópia em papel ao aluno para evitar que se distraia enquanto copia manualmente e para fazer face à geral deficiência da ortografia. Nesta última situação seria pertinente o acesso a um computador na sala de aula.

A melhor atitude a adotar pelo professor como forma de lidar com os alunos com SAF em situações mais agressivas direcionadas aos colegas é a de retirá-los da atividade em que se encontram e calmamente integrá-los noutra, em detrimento da aplicação de castigos, pois dificilmente entenderiam a razão dos mesmos.

O professor deve ter em consideração o reforço positivo como estratégia para motivar os alunos na continuidade das tarefas. Se por alguma razão o aluno não mostra qualquer resultado há que partir noutras direções e tentar algo diferente, com base no pressuposto que o

aluno aprende sempre, mesmo que em ritmos diferentes (COSTA, 2012, p.57)

Estas são estratégias que fazem toda a diferença para o aluno com NEE, portanto, elas devem ser repensadas e adequadas de acordo com a necessidade de cada um. Essas adaptações são possíveis quando desenvolvidas por professores flexíveis, que buscam meios de motivar o aluno mesmo quando ele parece não demonstrar interesse ou até mesmo quando o resultado apresentado não é o desejado. Nesse contexto, o professor atua como mediador e facilitador, não só do aluno especial, mas de todos os educandos. E, tal atitude favorecerá a inclusão e levará em conta as particularidades, gerando assim um ambiente favorável ao aprendizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O vício alcoólico é um problema de saúde pública e mesmo com as diversas campanhas realizadas, inclusive sobre o consumo da substância na gravidez, estas não foram suficientes para mudar os dados estáticos atuais. A importância desse tema vai muito além do que uma simples aquisição de conhecimento.

Falar da SAF e expor sobre ela é indispensável, já que a mesma pode ser prevenida, uma vez que esta síndrome tem causa ambiental provocada pela genitora. A maternidade deve ser um momento mágico na vida de qualquer mulher em que ela se prepara da melhor maneira possível, para receber o filho saudável, em um ambiente aconchegante, com uma família presente e com valores éticos. Mas neste caso, infelizmente, não é isso que ocorre e a preocupação com as crianças com a SAF perpassam os muros de suas casas e acabam chegando às escolas.

Fica, neste caso, a pergunta: Como os profissionais da educação vão favorecer essa criança no processo de ensino e aprendizagem, se muitos deles não possuem informações suficientes sobre esse quadro clínico e social? Deve-se, então, esclarecer suas causas e características, para que possa contribuir de forma efetiva nas práticas escolares e junto aos demais profissionais envolvidos.

Em se tratando da escola, ela deve ter mudanças significativas, não cabendo somente ao professor a responsabilidade do sucesso escolar dessa criança. O ponto fundamental é a relação com a família dessas crianças acometidas pela SAF, que apesar da ausência devem ser acolhidas e entendidas dentro de seu contexto biopsicossocial.

Muitas vezes nós professores nos esquecemos do papel que temos perante a sociedade, nos esquivando de nossas responsabilidades, achando que isso não é um problema meu. "É através da escola que a sociedade adquire, fundamenta e modifica conceitos de participação, colaboração e adaptação. Embora outras instituições como família ou igreja tenha papel muito importante, é da escola a maior parcela". MANTOAN (1997, p.13).

REFERÊNCIAS

Aragão, M. J., & Sacadura, R. (2002). **Guia Geral das Drogas: explicar o seu mecanismo e as suas consequências**. Lisboa: Terramar.

BARBOSA, A. J. G.; ROSINI, D. C. e PEREIRA, A. A. (2007). **Atitudes parentais em relação à educação inclusiva**. Rev. bras. educ. espec., vol.13, n.3, p. 447-458.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. **Declaração de Salamanca e Linhas de Ação sobre Necessidades Educativas Especiais**. Brasília: CORDE, 1994.

BRASIL/MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. FUNDAÇÃO Procurador Pedro Jorge de Melo e Silva organizadores. **O acesso de alunos com deficiência às escolas e classes comuns da rede regular**. Brasília: Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, 2004.

CARNEIRO, Rogéria. **Sobre a Integração de Alunos Portadores de Deficiência no Ensino Regular**. Revista Integração. Secretaria de Educação Especial do MEC, 1997.

Cosme, A., & Trindade, R. (2002: 71). **Manual de Sobrevivência para Professores**. Porto: Edições ASA.

Costa, Neuza Maria Jesus da. **"Atitudes dos professores do ensino público face à síndrome alcoólica fetal, em função da idade e do tempo de serviço em educação especial."** (2012).

Fernandes, E. V. (1997). **Psicologia da Educação Escolar Moderna**. Aveiro: Universidade de Aveiro.

FERRAZ, C. R. A.; ARAÚJO, M. V. e CARREIRO L. R. R. (2010). **Inclusão de crianças com Síndrome de Down e paralisia cerebral no ensino fundamental I: comparação dos relatos de mães e professores**. Rev. bras. educ. espec., vol.16, n.3, p.397-414.

FREITAS, Soraia Napoleão et.al. **Tendências Contemporâneas de Inclusão**. 2008: UFSM. p. 42

GANERI, A. (2002). **Drogas: do êxtase à agonia**. Mem Martins: Publicações Europa América.

GARCIA, Roberta; ROSSI, Natalia Freitas; GIACHETI, Célia Maria. **Perfil de habilidades de comunicação de dois irmãos com a Síndrome Alcoólica Fetal**. Rev. CEFAC, São Paulo, v. 9, n. 4, dez. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462007000400005&lng=pt&nrm=iso. Acesso 05 out. 2023. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462007000400005>.

GASPARELLO A. M., CARVALHO C.M. C. **Metodologia do trabalho científico**. Rio de Janeiro: UFF/CEP, 2006.

GLAT, Rosana & OLIVEIRA M. **Políticas Educacionais e a formação de professores para a educação Inclusiva no Brasil**. In: Revista Integração, v. 24, ano 14; Brasília: MEC/SEESP, p. 22-27, 2003.

Grinfeld, H. (2005). **Consumo Nocivo de Álcool Durante a Gravidez**. <http://www.cisa.org.br/User-Files/File/alcoolesuasconsequencias-pt-cap9.pdf>. <http://www.cisaorg.br/artigo/4429/relatorio-global-sobre-alcool-saude-2014.php> Acesso 12 out. 2023.

MANTOAN, Maria Tereza Eglér. **O desafio das diferenças nas escolas**. Petropolis, RJ: Vozes, 2009.

MANTOAN, Maria Teresa Egler. **Inclusão Escolar: o que é? por quê? como fazer?** 2. ed. São Paulo: Moderna, 2006.

MANTOAN, Maria Teresa Eglér. **A Integração de pessoas com deficiência: contribuições para uma reflexão sobre o tema.** São Paulo: Memnon. Editora SENAC, 1997.

Ministério da Saúde (BR). **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição.** Brasília (DF); 2004.

Paineiras, Laisa Liane. **"Narrativas sobre a Estimulação Precoce evidenciando as particularidades de crianças portadoras da Síndrome Alcoólica Fetal."** Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz (2005).

Pinho, P. J., Pinto, A. L., & Monteiro, V. (2006). Obtido em 12 de 12 de 2014, de **Psicologia, Saúde & Doenças**: www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n2/v7n2a09.pdf Acesso 10 out. 2023.

RATLIFFE. Katherine T., 2000. **Fisioterapia Clínica Pediátrica- guia para a equipe de fisioterapeutas.** Editora Santos. p. 330-331.

RAMINELLI, R. **Da etiqueta canibal: comer antes de beber** In VENÂNCIO, R.P.; CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na história do Brasil.** Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2005. pg. 29-46

Schaefer GB, Bodensteiner JB. **Evaluation of the child with idiopathic mental retardation.** Ped-Clin North Am. 1992; 39(4):929-43.

Tango, D. (2000). **Síndrome Alcoólica Fetal.** Enciclopédia Ilustrada de Saúde: <http://adam.sertao-ggi.com.br/encyclopedia/ency/article/000911.htm> Acesso 07 nov. 2023.

World Health Organization – WHO. **Global status report on alcohol**. Genebra: WHO, 2004.

ZENTGRAF, M. C. **Técnicas de estudo e pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: UFRJ/CEP, 2001.