

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Morgana Christmann

**CONCEPÇÕES DOCENTES SOBRE SAÚDE E DEFICIÊNCIA SOB O
PRISMA DA TEORIA BIOECOLÓGICA DE DESENVOLVIMENTO
HUMANO**

**Santa Maria, RS
2019**

MORGANA CHRISTMANN

**CONCEPÇÕES DOCENTES SOBRE SAÚDE E DEFICIÊNCIA SOB O PRISMA DA
TEORIA BIOECOLÓGICA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO**

Tese de Doutorado apresentado ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação, Linha de Pesquisa em Educação Especial, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Educação**.

Orientadora: Sílvia Maria de Oliveira Pavão

Santa Maria, RS
2019

Christmann, Morgana
Concepções docentes sobre saúde e deficiência sob o prisma da Teoria bioecológica de desenvolvimento humano / Morgana Christmann.- 2019. 253 p.; 30 cm

Orientadora: Sílvia Maria Oliveira Pavão
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, RS, 2019.

1. Saúde 2. Educação 3. Pessoas com deficiência 4. Inclusão 5. Educação Superior I. Oliveira Pavão, Sílvia Maria II. Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

© 2019.

Todos os direitos autorais reservados a Morgana Christmann. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: fisiomorganac@gmail.com

Morgana Christmann

**CONCEPÇÕES DOCENTES SOBRE SAÚDE E DEFICIÊNCIA SOB O PRISMA DA
TEORIA BIOECOLÓGICA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO**

Tese de Doutorado apresentado ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação, Linha de Pesquisa 3, Educação Especial, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Educação**.

Aprovado em 19 de março de 2019.

Sílvia Maria de Oliveira Pavão Dr^a. (Presidente/Orientadora)

Márcia Denise Pletsch, Dr^a. (UFRRJ)

Maristela Borin Busnello, Dr^a. (Unijuí)

Hedionéia Maria Foletto Pivetta, Dr^a. (UFSM)

Fabiane Adela Tonetto Costas, Dra (UFSM)

Leandra Costa da Costa, Dr^a. (Suplente-UFSM)

Vaneza Cauduro Peranzoni, Dr^a. (Suplente-Unicruz)

Santa Maria, RS
2019

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo, Fabio, meu microsistema, pelo apoio, pelo companheirismo, pela paciência, pelo amor, pelo respeito e pela dedicação em todos os anos de convivência e especialmente para a conclusão de mais essa etapa de formação. Obrigada por me tornar uma pessoa melhor!

Aos meus pais, Anamaris e Seno, e à minha irmã Mirela (mesossistema), pelo carinho, pelo amor e pela compreensão, especialmente nestes últimos tempos de angústia para encerrar esta etapa. Ao meu Anjo Marina, que guia e cuida dos meus passos de onde estiver.

Aos meus sogros, Nelsi e Gladis, pela compreensão, pela preocupação e pelo apoio de sempre. Aos meus pequenos, Maria Anita, Murilo e Pedro, por possibilitarem os momentos de descontração e carinho, necessários para dar estímulo durante as difíceis etapas do processo formativo (mesossistema).

À Prof^ª. Sílvia (mesossistema), que me acolheu na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), orientando, incentivando e ensinando para além dos aspectos que envolvem o fazer docente. Obrigada pelo companheirismo, pela cumplicidade, pela compreensão, pela amizade e pela dedicação ao longo destes anos de convivência.

Às amigas Carmen Segatto e Lucielem Chequim (mesossistema), que iniciaram essa jornada comigo, apoiando, incentivando, dividindo cafés, angústias e cumplicidade. Sem o seu apoio e a sua amizade esta jornada seria infeliz. Vocês possibilitaram mais leveza, distração e animação para esta etapa.

Às professoras componentes da banca, Prof^ª. Hedionéia, Prof^ª. Maristela, Prof^ª. Fabiane, Prof^ª. Márcia, Prof^ª. Vaneza e Prof^ª. Leandra, por aceitarem o convite e por contribuírem substancialmente para a qualificação desta tese.

Aos professores participantes, que disponibilizaram seu tempo, frente às demandas que a docência universitária implica, para colaborar para a pesquisa e refletir comigo sobre suas experiências particulares.

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) por se organizar sempre para qualificar o processo formativo, especialmente os professores da Linha de Pesquisa Educação Especial, com os quais tive o prazer de conviver desde o mestrado. Aos colegas do PPGE, que construíram e colaboraram para novas aprendizagens (mesossistema). À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pelo apoio financeiro na execução da pesquisa (macrossistema).

Aos amigos Cristina Fraga, Aline Seeger, Bruna Fiorin, Luise Queiroz e Rodrigo Fioravanti Pereira, pelo apoio e incentivo.

À Universidade Franciscana, que me acolheu. Aos colegas do Curso de Graduação em Fisioterapia pelo incentivo na última fase do doutorado.

Por fim, considero que as pessoas só são felizes e realizadas quando há um sistema bioecológico forte e bem estruturado que possibilita o apoio, o incentivo, a crítica, o diálogo e a reflexão. Meu sistema bioecológico possibilitou que esta etapa da vida se encerrassem, para que novos sonhos e possibilidades sejam criados.

RESUMO

CONCEPÇÕES DOCENTES SOBRE SAÚDE E DEFICIÊNCIA SOB O PRISMA DA TEORIA BIOECOLÓGICA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

AUTORA: Morgana Christmann

ORIENTADORA: Sílvia Maria de Oliveira Pavão

As políticas de educação no Brasil, nos diferentes níveis de ensino, desenvolvem-se numa perspectiva inclusiva, que exige conhecimento e respeito à diversidade. Para que tais políticas se efetivem e contribuam para a educação de todos e, em especial, do público-alvo da Educação Especial na universidade, as concepções que permeiam as estratégias de ação necessitam ser repensadas constantemente, principalmente em meio às transformações sociais. Entre essas concepções, estão os conceitos de saúde e deficiência, que repercutem nos serviços na área da Educação Especial. A universidade, como espaço de conhecimento e formação profissional, compartilha dos objetivos dos processos de inclusão, motivo pelo qual repensar concepções para promover a mudança de paradigmas é emergente. As concepções sobre saúde e deficiência vigentes nos contextos sociais impactam o comportamento humano e são, a depender das suas características, decorrentes de influências sistêmicas expressas por processos históricos e políticos. Desse modo, o problema que se introduziu ao desenvolvimento do estudo decorreu do seguinte questionamento: quais são as concepções de deficiência e saúde para os docentes universitários que atuam com pessoas com deficiência na atualidade e como elas operam na prática pedagógica? O objetivo geral foi compreender as concepções de saúde e deficiência expressas pelos docentes da Educação Superior e sua influência na prática pedagógica para o processo de inclusão de pessoas com deficiência sob o prisma da Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano (TBDH). O método foi pautado pela pesquisa mista do tipo estudo de caso, com docentes da Educação Superior de uma instituição pública de Ensino Superior. Foram realizadas entrevistas com docentes que tiveram experiência com estudantes com deficiência em sala de aula (microsistêmica), com amostra por conveniência, e foi enviado, concomitantemente, aos docentes dos três centros com maior registro de matrícula de pessoas com deficiência, um questionário *online* (macrossistêmica). A análise dos dados quantitativos foi feita por meio da estatística descritiva e dos dados qualitativos pela Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). A sistematização dos dados coletados evidenciou que os professores têm concepções sobre saúde e deficiência em processo de transformação, em virtude, especialmente do paradigma inclusivo e da organização da Instituição de Ensino Superior (IES). Uma vez que os sistemas bioecológicos dos professores são semelhantes, observou-se que as influências sobre essas concepções decorrem do fato de terem experiência com pessoas com deficiência, além do apoio prestado pela IES. Observou-se também a necessidade de transformações na formação do professor universitário para uma prática pedagógica inclusiva, além da importância da ampliação do apoio prestado pelos diferentes setores da IES. Em conclusão, as concepções sobre saúde e deficiência têm passado por mudanças comportamentais, cujo entendimento demonstra uma progressiva desvinculação da doença em relação à deficiência. Tais mudanças são favorecidas pelo paradigma da inclusão e pelas características da IES em estudo, que colaboram para a configuração das práticas pedagógicas dos docentes universitários. Por fim, espera-se que a pesquisa produza novas reflexões acerca das concepções que permeiam a educação de pessoas com deficiência na universidade e que, dessa maneira, possa fazer ressoar novos olhares à inclusão na sociedade.

Palavras-chave: Saúde. Deficiência. Educação Especial. Inclusão.

ABSTRACT

TEACHING CONCEPTIONS ON HEALTH AND DISABILITY UNDER THE PRISMA OF THE BIOECOLOGICAL THEORY OF HUMAN DEVELOPMENT

AUTHOR: Morgana Christmann

ADVISER: Sílvia Maria de Oliveira Pavão

Education policies in Brazil at different levels of education are developed in an inclusive perspective, which requires knowledge and respect for diversity. For such policies to be effective and contribute to the education of all, especially to the target audience of special education at university, the conceptions that permeate the strategies of action need to be constantly rethought, mainly in the midst of social transformations. Among these conceptions are the concepts of health and disability, which reverberate on services in the area of Special Education. The university, as a space of knowledge and professional training, shares the objectives of inclusion processes. Therefore, rethinking conceptions to promote paradigm change is necessary. The conceptions about health and disability, in the social contexts, impact human behavior and derive, depending on their characteristics, from systemic influences expressed by historical and political processes. Thus, the problem that was posed in the development of this study, stemmed from the following question: what are the conceptions of disability and health for university professors who work with people with disabilities today and how do they operate in pedagogical practice? The general objective was to understand the conceptions of health and disability expressed by higher education professors and their influence on the pedagogical practice for the process of inclusion of people with disabilities under the prism of the Bioecological Theory of Human Development. The method was based on a mixed research of the case study type, with professors from a public institution of higher education. Interviews were conducted with professors who were experienced with students with disabilities in the classroom (microsystemic), with a sample for convenience. Concomitantly, an online (macrosystemic) questionnaire, was sent to professors of the three centers with the highest registration of people with disabilities. The analysis of the quantitative data was done through descriptive statistics and the qualitative data was treated by content analysis (Bardin, 2011). The data collected showed that professors have conceptions about health and disability in the process of transformation, due in particular to the inclusive paradigm and the organization of HEI. The bioecological systems of professors are similar, so we observed that the influences on these conceptions result from having experience with people with disabilities, in addition to the support provided by HEI. We also observed the need for changes in the training of university professors for an inclusive pedagogical practice, as well as the importance of increasing the support provided by the different sectors of HEI. In conclusion, conceptions about health and disability have especially undergone behavioral changes, whose understanding shows a progressive dissociation of the disease, in relation to disability. These are favored by the inclusion paradigm and the characteristics of the HEI under study, which collaborate for the pedagogical practices of university professors. Finally, we hope that the research will produce new reflections about the conceptions that permeate the education of people with disabilities in the university and, therefore, can make resound new looks to the inclusion in the society.

Keywords: Health. Disability. Special Education. Inclusion.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização da pesquisa de métodos mistos.....	37
Quadro 2 – Os saberes dos professores.....	111
Quadro 3 – Fases do ciclo vital.....	120
Quadro 4 – Características dos entrevistados (E).	137
Quadro 5 – Codificação das perguntas sobre saúde, deficiência e influências gerais para análise.....	156
Quadro 6 – Experiências e concepções de saúde e deficiência.....	168
Quadro 7 – Concepção de deficiência além da doença e centros pesquisados.	175
Quadro 8 – Microssistema e concepções sobre deficiência.....	177
Quadro 9 – Exemplos para as associações entre a convivência e as variáveis sobre as concepções sobre deficiência.	178
Quadro 10 – Conceito de deficiência prevalente entre os participantes.	183
Quadro 11 – Codificação das perguntas sobre inclusão.	190
Quadro 12 – Microssistema e dificuldade de ministrar aulas para estudantes com deficiência.	206
Quadro 13 – Segurança para ministrar aulas para o público-alvo da Educação Especial.	208
Quadro 14 – Segurança e dificuldade de adaptar material.....	209

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Relação de Centros de Ensino com número de matrículas até 2017.....	41
Tabela 2 – Características da amostra.....	134
Tabela 3 – Concepções sobre saúde, deficiência e influências gerais.	158
Tabela 4 – Centros de Ensino e influências gerais.....	160
Tabela 5 – Diferenças sexuais nas concepções de saúde e influências gerais.	163
Tabela 6 – Associação entre a percepção de saúde e as variáveis de concepção de saúde em estudo.	165
Tabela 7 – Sexo dos respondentes e concepções sobre deficiência.	173
Tabela 8 – Centros de ensino e concepção de deficiência.	176
Tabela 9 – Concepções sobre deficiência e convivência dos participantes.	183
Tabela 10 – Experiência e concepções sobre inclusão.	203

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Caracterização da constituição dos sistemas ecológicos.	33
Figura 2 – Percurso da pesquisa.	40
Figura 3 – Organização dos sistemas do modelo bioecológico de desenvolvimento humano.	125
Figura 4 – Organização categórica.	133
Figura 5 – Sistemas bioecológicos dos professores entrevistados.	138
Figura 6 – Sistema bioecológicos dos professores participantes.	147
Figura 7 – Modelo PPCT dos professores.	149
Figura 8 – Efeitos moderadores e efeitos modeladores.	153
Figura 9 – Influências nas concepções a partir dos sistemas e a prática pedagógica.	219
Figura 10 – Sistematização das interinfluências bioecológicas.	221

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

AEE	Atendimento Educacional Especializado
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AEE	Atendimento Educacional Especializado
ANIP	Associação Nacional de Intervenção Precoce
Apaes	Associações de Pais e Amigos do Excepcionais
BCTR	<i>Bronfenbrenner Center for Translational Research</i>
Caed	Coordenadoria de Ações Educacionais
CCS	Centro de Ciência da Saúde
CCSH	Centro de Ciências Sociais e Humanas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CID 10	Classificação Internacional de Doenças 10
Cidid	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIF-CJ	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde- Crianças e Jovens
CNE/CEB	Conselho Nacional de Educação/ Câmara de Educação Básica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPD	Centro de Processamento de Dados
CT	Centro de Tecnologia
DC	Diagnóstico Clínico
d.C	Depois de Cristo
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
Derca	Departamento de Registro Acadêmico
Enem	Exame Nacional do Ensino Médio
Fies	Financiamento Estudantil (Fies)
H1...H5	Hipótese 1...Hipótese 5
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	<i>International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps</i>
IES	Instituições de Ensino Superior
Ifes	Instituições Federais de Ensino Superior
Inep	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IST/HIV/AIDS	Infecções Sexualmente Transmissíveis/ <i>Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
Libras	Língua Brasileira de Sinais
NEEs	Necessidades Educacionais Especiais
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PDI	Plano de Desenvolvimento Institucional
Peies	Programa de Ingresso ao Ensino Superior
PNE	Plano Nacional de Educação
PPCT	Pessoa-processo-contexto-tempo

PPGE	Programa de Pós-Graduação em Educação
PPP	Projeto Político-pedagógico
Progep	Pró-reitora de Gestão de Pessoas
Prograd	Pró-Reitoria de Graduação
Prouni	Programa Universidade para Todos
Reuni	Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
TA	tecnologia assistiva
TBDH	Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TGDs	Transtornos Globais do Desenvolvimento
TICs	Tecnologias de Informação e Comunicação
TDIC	Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação
Sisu	Sistema de Seleção Unificada
UDF	Universidade do Distrito Federal
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UnB	Universidade de Brasília
Unesco	<i>United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization</i>
Unijuí	Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	22
1 INTRODUÇÃO	23
2 CAMINHOS PERCORRIDOS PARA A CONSTRUÇÃO DO DIFERENTE.....	30
2.1 PESQUISA: UM MOVIMENTO PARA BUSCAR RESPOSTAS	30
2.2 TIPO DE ESTUDO.....	32
2.3 LOCAL, PARTICIPANTES E PERÍODO	40
2.4 TÉCNICA DE COLETA DE INFORMAÇÕES	44
2.4.1 Procedimentos e instrumento de coleta de informações	44
2.5 MÉTODO DE ANÁLISE	48
2.5.1 Análise das informações nos métodos mistos: análise quantitativa e análise qualitativa	48
2.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	51
3 REFERENCIAL TEÓRICO	53
3.1 A CONSTITUIÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE E AS CONCEPÇÕES SOBRE DEFICIÊNCIA.....	54
3.1.1 A origem do modelo de saúde	54
3.1.2 Processo saúde e doença no Brasil	59
3.1.3 Constituição do campo da Saúde Coletiva no Brasil	66
3.1.4 O conceito contemporâneo de saúde: modelo biopsicossocial	73
3.1.5 O conceito contemporâneo de deficiência	84
3.2 EDUCAÇÃO ESPECIAL E EDUCAÇÃO INCLUSIVA NA EDUCAÇÃO SUPERIOR	89
3.2.1 Contextualização histórica da Educação Superior no Brasil	90
3.2.2 A Educação Superior no século XXI: enfoque na educação da pessoa com deficiência	95
3.2.3 A Instituição de Ensino Superior em estudo	102
3.2.4 A docência na Educação Superior e o estudante com deficiência na sociedade contemporânea	108
3.3 URIE BRONFENBRENNER: TEORIA BIOECOLÓGICA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO.....	117
3.3.1 A Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano (TBDH)	118
3.3.2 Modelo processo-pessoa-contexto-tempo	129
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	132
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SISTEMAS BIOECOLÓGICOS DOS PROFESSORES E INFLUÊNCIAS NAS CONCEPÇÕES	134
4.1.1 Modelo pessoa-processo-contexto e tempo (PPCT)	148
4.2 CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE E DEFICIÊNCIA	155
4.3 INCLUSÃO NA EDUCAÇÃO SUPERIOR	190
4.3.1 Prática pedagógica inclusiva na Educação Superior	201
<i>4.3.1.1 A tese: das hipóteses às afirmações</i>	218
5 POSSÍVEIS CONCLUSÕES.....	222
REFERÊNCIAS.....	227
APÊNDICES.....	242
APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO: CARATERIZAÇÃO DO SISTEMA BIOECOLÓGICO DE DESENVOLVIMENTO E CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE E DEFICIÊNCIA	243
APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA E ROTEIRO DE ANÁLISE	249

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	250
ANEXOS	252
ANEXO A- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	253

APRESENTAÇÃO

Escrever uma tese é um ato de profunda reflexão, de raciocinar sobre determinado fenômeno e buscar as respostas para as perguntas que mais causam desconforto ou, pelo menos, demonstrar os caminhos que podem ser seguidos. Neste enredo, unir conhecimentos que se estruturam em duas grandes áreas, Educação e Saúde, fundamentais para a evolução de uma sociedade, numa ordem que não representa prioridade, é um permanente desafio, que demanda estar aberto para transformações, que são por excelência uma constante da vida humana.

Nessa união de áreas, encontra-se uma pesquisadora, graduada em Fisioterapia e apaixonada pelos desafios que a Educação, que permeia todas as áreas do conhecimento, impõe à atual sociedade, a qual prima pelo “mais”. Esta pesquisadora se desafia, na medida em que busca as respostas para suas inquietudes, que são parte de sua constituição como sujeito, de sua história de vida, balizada pela presença da educação, entendida como fundamental para o crescimento biopsicossocial do ser humano, e pela saúde, como parte da vida, indissociável, mesmo num contexto de doença. Assim, a partir de sua formação de base, mas com desejo de ofertar respostas aos aspectos que tratam das concepções que perpassam a saúde e a deficiência e como elas surgem na sociedade e transitam na Educação Superior ou, pelo menos, ofertar reflexões sobre os processos formativos que se estruturam na prática do ensino, surge uma tese.

Desse modo, os caminhos que se busca percorrer nesta tese são originários das diversas leituras e reflexões produzidas ao longo do processo de formação, que se iniciou ainda na graduação, quando a inquietação pela busca do conhecimento para além da técnica, o objetivo de vida traçado, a docência resultou na participação como bolsista de pesquisa e no Grupo de Estudos em Saúde Coletiva, ainda na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí). A mudança de instituição de ensino para a Universidade Feevale, devido a problemas de saúde na família, resultou em um afastamento dos estudos sobre a Saúde Coletiva; entretanto, o objetivo da docência, permanecia com enfoque.

Posteriormente, com a opção pelo desafio de cursar mestrado na Educação, na presença de profissionais da área durante a coleta de informações para a dissertação, foi possível verificar como muitos deles têm suas práticas baseadas no diagnóstico clínico dos estudantes com deficiência, apresentado por profissionais da área da Saúde. Além disso, a compreensão da deficiência na sociedade e na academia (em muitos espaços) ainda parece estar atrelada à doença, pelo menos ao nível do discurso, limitando sua interpretação a partir das especificidades de cada estudante, que estão além da deficiência.

1 INTRODUÇÃO

As políticas de Educação, desenvolvidas principalmente nas três últimas décadas, têm buscado garantir a educação de pessoas com deficiência como direito constitucional. Para isso, novas concepções sobre a deficiência e a inclusão têm motivado as pesquisas nas diversas áreas do conhecimento que se preocupam com essa população, sobretudo na Educação Especial, como forma de proporcionar melhores condições de entendimento da deficiência e, por conseguinte, de atendimento destes estudantes nas Instituições de Ensino Superior (IES). Assim, diferentes aspectos vêm sendo considerados, como a acessibilidade atitudinal e estrutural, o acesso igualitário nos diferentes serviços e setores sociais, particularmente a Educação e Saúde.

A formação profissional para atuar com a diversidade de estudantes e situações, que envolvem não apenas as pessoas com deficiência¹, mas também os aspectos relacionados à raça, ao gênero, à religião, à cultura e à cor, numa perspectiva inclusiva², têm sido rediscutidos, em especial, nas áreas de Educação e Saúde. Assim, a formação do docente vem sendo repensada, para que eles se apropriem de condições adequadas de condução de uma prática pedagógica que ofereça condições reais para a aprendizagem desses estudantes que sofrem com as refrações da questão social³.

A discussão sobre a formação docente para atuar com estudantes com deficiência é ampla, principalmente na Educação Básica e especialmente desde 2008, com a promulgação da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008), que deflagrou mudanças significativas no sistema de ensino. Essa política prevê, entre outras deliberações, a continuidade da escolarização desde a Educação Básica até a Educação Superior, de maneira transversal com a Educação Especial, ofertando as condições adequadas para o acesso dos estudantes aos diferentes níveis de ensino e para a conclusão de seus estudos. Contudo, sabe-se que, desde o ano de 1988, há sinalização para a matrícula de pessoas com deficiência, bem como a oferta de Atendimento Educacional Especializado (AEE)

¹ Entende-se como deficiências, neste estudo, aquelas consideradas pela Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008) e pelo Artigo 4º da Resolução CNE/CEB nº 04/2009, que institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado (AEE) na Educação Básica, como o público-alvo da Educação Especial, alunos com deficiências (física, auditiva, visual, intelectual, múltipla), transtornos globais do desenvolvimento (TGD), atualmente denominada como autismo e altas habilidades\superdotação (BRASIL, 2008; 2009).

² A perspectiva inclusiva refere-se aos direitos de todas as pessoas ao acesso igualitário a todos os setores da sociedade, independentemente de suas características ou condições sociais. Na área da Educação, a perspectiva inclusiva é regida pela Declaração de Jomtiem, celebrada em 1990, que será apresentada nas seções posteriores.

³ Segundo Imamoto (2012, p. 27), a questão social é compreendida como “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura [...]”.

preferencialmente na rede regular de ensino, além de apontar para a oferta da modalidade de Educação Especial em estabelecimentos públicos de ensino (BRASIL, 1989). Entretanto, o ano de 2008 é que ficou marcado historicamente pela Política de Educação Especial, pois marcou a orientação da educação de pessoas com deficiência na rede de ensino. Na Educação Superior, somente em 2016 foi promulgada a Lei nº 13.409 (BRASIL, 2016), que prevê a reserva de vagas no Ensino Superior. Essa realidade vem exigido do professor aperfeiçoamento para trabalhar com a diversidade de estudantes que se encontram em sala de aula, além da criação de estratégias conjuntas com os diferentes setores da sociedade, para a garantia do direito à educação com igualdade de oportunidades.

Tais estratégias fazem-se necessárias na medida em que as pessoas com deficiência têm uma história marcada pela exclusão social e por diferentes preconceitos. Estes processos são descritos por Januzzi (2004) e Lobo (2015), que evidenciaram a história dessa população, marcada pela segregação que, em parte e em diferentes moldes, reproduz-se até os dias atuais. Nesse sentido, vale pontuar alguns aspectos históricos que oferecem sentido para a discussão realizada, traçando um caminho que percorre a Educação e a Saúde⁴ como temáticas de base para essa discussão.

A deficiência era uma preocupação inicial da caridade, perpetuada pela prática religiosa e pela contribuição financeira das famílias da elite burguesa, as quais eram receosas pelo perigo social que a pessoa com deficiência representava no século XV. Nesse período, passou a ser de interesse da área médica, inicialmente para prevenir que a “doença da deficiência” fosse transmitida para a população. Mais tarde, por volta do século XVI, num período em que o “castigo dos deuses” já não era justificativa viável para a compreensão das variadas deficiências encontradas, a Medicina buscou, por meio de experimentos, a sua cura (CANGUILHEM, 2000; LOBO, 2015).

Além dos cuidados voltados para os aspectos envolvidos com a saúde mental principalmente, que, em muitos períodos, estava voltada aos tratamentos de choque e lobotomias, por exemplo, a Medicina passou a investir em uma recuperação por meio da

⁴ No que tange ao conceito de saúde, nesta tese, ele é entendido como um problema simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático (ALMEIDA FILHO, 2011), uma vez que as concepções sobre saúde são individuais e que diferentes aspectos históricos e socioeconômicos estão relacionados com a sua compreensão. Direta ou indiretamente, autores como Canguilhem (2009), Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013) e Almeida Filho (2011), entre outros, têm se preocupado em definir saúde. No entanto, tais pesquisadores são unânimes em afirmar que o conceito, ou a concepção, de saúde transforma-se ao longo dos tempos e diferentes aspectos da vida, pois diz respeito ao nível biológico e social, intervindo na saúde, sendo, portanto, um conceito/concepção de difícil definição na academia.

Educação. Os médicos pedagogos⁵ criaram estratégias voltadas, sobretudo, para os cuidados com o corpo e para as atividades manuais, nos hospitais e manicômios (JANUZZI, 2004; LOBO, 2015). Tais estratégias de educação e saúde se intensificaram, contribuindo para a reformulação do cuidado para essa população, mas desencadearam também as concepções sobre deficiência que são reproduzidas até hoje em muitas áreas do conhecimento e em diferentes sociedades e fortalecidas, pela compreensão da deficiência como uma doença que deveria ser tratada.

A compreensão da deficiência, portanto, que se estruturou e se transformou ao longo dos anos, por influência das práticas exercidas pela caridade e posteriormente pelos médicos e educadores, enreda-se por uma concepção⁶ de saúde condicionada à ausência de doença e que se estrutura na área da saúde e, por conseguinte, por sua influência na educação, por pressupostos de normalidade. A pessoa com deficiência passou a ser vista com o olhar dos profissionais da área da saúde, que têm, por essência, o objetivo de curar, pautado em pressupostos da relação saúde/doença, denominado modelo biomédico de saúde, que vigorou na sociedade até praticamente o final do século XX. O modelo biomédico, que compreende a saúde apenas como a ausência de doença e se estrutura numa perspectiva de funcionamento normal e anormal, foi a base da constituição das práticas de saúde em todo o globo. Por isso, a deficiência, que era reconhecida como anormalidade de funcionamento de algum órgão antes do nascimento, passou a ser interpretada e tratada como doença. Esse estigma se reproduz em muitos discursos ainda nos dias atuais (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013; ALMEIDA FILHO, 2011).

Esses movimentos⁷ são resultados também dos avanços das pesquisas nas diversas áreas sobre reabilitação do corpo humano, a partir das capacidades dos indivíduos. O marco para essa mudança é a publicação, em 2001, da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2004), que passa a considerar a deficiência a partir de uma

⁵ Os médicos pedagogos eram profissionais da Medicina que desempenhavam seus tratamentos e suas práticas com uma finalidade educacional, com base em pressupostos pedagógicos.

⁶ Observa-se por fim que, optou-se por utilizar o termo “concepção” e não “conceito”, uma vez que o substantivo “conceito” aponta um caráter estático, que foi formulado em determinada época e traz consigo sua história, que em alguns aspectos destoa da sociedade atual. Por isso, opta-se pelo uso do termo “concepção”, que traz uma atitude mais dinâmica para as palavras e o significado que elas têm na sociedade atual. Além disso, traz consigo a percepção de cada pessoa sobre a palavra, que não é fixa e que tem elementos de sua história particular, além de possibilitar a transformação humana.

⁷ O direito à educação de pessoas com deficiência, foi pauta de diferentes movimentos sociais deflagrados pelas pessoas com deficiência, formada por um conjunto de atores envolvidos com a educação deste público, tais como as próprias pessoas com deficiência, os pais, os profissionais da educação e saúde e legisladores, refletindo sobre seus direitos e desenvolvendo políticas, tanto no âmbito da saúde quanto da educação.

perspectiva biopsicossocial, em que a interação com o ambiente e a sociedade como um todo pode ser a produtora de deficiência, e não o corpo humano por si só. Contudo, apesar dessas mudanças teórico-conceituais, o discurso ainda permanece restrito em muitas áreas do conhecimento.

Embora as políticas públicas atuais estejam voltadas para uma concepção de saúde que vai além da doença, mas que considera diferentes fatores intervenientes nas condições de saúde e na percepção individual sobre ela, pautados sobre um modelo biopsicossocial, essa aparente superação não se reproduz nos discursos. Esse aspecto já era apontado por Battistella (2007, p. 51), o qual observa que “a visão da saúde, entendida como ausência de doença é largamente difundida no senso comum, mas não está restrita a esta dimensão do conhecimento”, sendo reproduzida nos espaços que trabalham com as políticas de saúde. Esse argumento é reforçado pelo estudo de Damiance et al. (2016), que observaram, na prática de docentes da área da saúde, uma tendência a reproduzir as técnicas biomédicas nas práticas de ensino, com desarticulação entre teoria e prática. Esse aspecto demonstra a necessidade de pesquisas que possam contribuir para uma mudança de concepções sobre a saúde humana e sobre a deficiência, numa desvinculação progressiva.

A Educação Especial, por sua vez, linha de pesquisa que baliza as reflexões desta tese, surge a partir da área da Saúde e da Pedagogia, com o desenvolvimento de estratégia para a educação de pessoas com deficiência. No Brasil, as práticas iniciais da Educação Especial eram voltadas aos trabalhos manuais para subsistência, desenvolvidos principalmente em asilos e hospitais psiquiátricos. Com o passar dos anos e os diferentes movimentos nacionais e internacionais, novas estratégias para a educação de pessoas com deficiência foram criadas, como as reformulações da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996), a partir das orientações da Declaração de Jomtiem (Educação para Todos) (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA, 1990), a Declaração de Salamanca (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA, 1994), a primeira Política Nacional de Educação Especial (1994) e a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008), que trata de regulamentar a educação de pessoas com deficiência nos diferentes níveis de ensino no País.

Essas políticas (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA, 1990, 1994; BRASIL, 2008) vêm instigando a mudança de concepção sobre a deficiência, principalmente nos últimos 30 anos, de modo que se ampliaram as concepções para além das alterações fisiológicas da deficiência. Recentemente, a Lei Brasileira

de Inclusão (BRASIL, 2015), em seu Artigo 2º, trata da deficiência tanto como um impedimento de ordem biológica, quanto como decorrente da interação da pessoa com o ambiente, o qual não favorece a funcionalidade. Conforme fragmento do Artigo 2º, a deficiência é compreendida como:

[...] aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas

Pelo fato de as políticas instigarem mudanças de concepções, além de seu propósito de ofertar base para as ações, realizar pesquisas que se voltam à inclusão e à educação das pessoas com deficiência na Educação Superior, perpassando as concepções adotadas, tem relevância no meio acadêmico, uma vez que a tendência é um aumento de ingresso, com ressalvas à situação de financiamento da educação, na atual conjuntura⁸ político-econômica do País. Destarte, a universidade, enquanto lugar de conhecimento, necessita criar estratégias para a atenção e formação qualificada deste segmento populacional. A criação de estratégias para a educação de pessoas com deficiência permeia o aprofundamento de pesquisas que atentem para uma práxis transformadora, que oferte condições para a igualdade de oportunidades, mesmo frente ao desmantelamento das políticas de educação e os retrocessos dos direitos até então conquistados.

A inclusão de estudantes com deficiência nos diferentes níveis de ensino, especialmente na Educação Superior, predispõe à compreensão da deficiência não como limitação ou incapacidade. Contudo, para compreender a deficiência a partir de suas especificidades, é necessário compreender quais as concepções que permeiam a deficiência na atualidade, principalmente no espaço formador da universidade, considerando o estigma vinculado à deficiência como um problema de saúde ainda perpetuado nos discursos produzidos na sociedade. Pergunta-se, então: quais são as concepções de deficiência e saúde para os docentes universitários que atuam com pessoas com deficiência na atualidade e como elas operam na prática pedagógica?

Essas discussões e questionamentos se organizam num contexto social, em que as transformações socioeconômicas e ambientais constituem importantes influenciadores das concepções humanas sobre os fenômenos e, principalmente, sobre as políticas públicas. Desse modo, o homem, em processo de desenvolvimento constante ao longo do ciclo vital, está

⁸ A atual conjuntura a que se refere trata do congelamento de investimentos em Educação e Saúde no Brasil, a partir da no novo regime fiscal instituído pela Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016 (BRASIL, 2016b).

vulnerável à influência dos diferentes espaços e das relações interpessoais que estabelece para sua sobrevivência. Sobre esse aspecto, a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (TBDH), de Urie Bronfenbrenner, que compreende o desenvolvimento humano numa organização de sistemas encaixados⁹, os quais influenciam a constituição biopsicológica das pessoas a partir das interações com o ambiente e com as relações interpessoais, diretas e indiretas (POLETO; KOLLER, 2008¹⁰; BRONFENBRENNER, 2011), pode contribuir para compreender como as relações e o ambiente influenciam as concepções estabelecidas na sociedade, tanto sobre a deficiência como sobre a saúde que a margeia e, por conseguinte, a educação das pessoas com deficiência, dentro de um paradigma¹¹ de inclusão.

Nesse percurso de escrita, envolvem-se diferentes aspectos e autores, que problematizam os temas em estudo. Dessa forma, uma premissa para a compreensão do tema em estudo é o conhecimento dos conceitos em essência, que, segundo Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013, p. 30), “são contingentes e não expressam uma verdade absoluta, mas são constituídos historicamente”. Essa trajetória de construção dos conceitos deve abranger os diferentes aspectos que consideramos hoje como uma verdade, o que não inclui “apenas o discurso vigente, mas as formas de problematização que o acompanham e o diagrama de poder que sustenta a hierarquia das proposições aceitas como mais ou menos legítimas” (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p. 30).

Importa sinalizar que os conceitos adquirem características sociais da época em que foram criados. Muitos deles permanecem em sua forma original, mas outros sofrem transformações de acordo com o desenvolvimento da sociedade, por isso o termo “concepção” talvez seja o mais adequado para designar como cada pessoa entende cada palavra, indo além de explicações teóricas, imprimindo sua compreensão de mundo.

Tendo sido apresentados tais aspectos que envolvem a educação das pessoas com deficiência, é preciso compreender de onde se fala. Por isso, as concepções de saúde e deficiência são elementos que se articulam e precisam ser conhecidos e reconhecidos pelos formadores, buscando contribuir para a compreensão de “como e por quê” as concepções tradicionais de saúde e deficiência continuam se reproduzindo nas diversas áreas de

⁹ Originalmente proposto como o sistema de bonecas russas.

¹⁰ Sílvia Helena Koller é uma das pesquisadoras brasileira que se dedica a estudar a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, o que justifica a utilização de suas produções, mesmo considerando o ano de publicação.

¹¹ Segundo Thomas Kuhn (2006, p. 13), paradigma se refere às “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência”.

conhecimento e na sociedade como um todo. A mudança desse paradigma é, portanto, emergente.

O objetivo geral deste estudo é compreender as concepções de saúde e deficiência expressas pelos docentes da Educação Superior e sua influência na prática pedagógica para o processo de inclusão de pessoas com deficiência sob o prisma da TBDH. Para tanto, optou-se por realizar uma pesquisa do tipo estudo de caso, com abordagem mista.

A tese foi desenvolvida a partir de indagações construídas ao longo do processo de formação pessoal, profissional e acadêmica, sendo dividida em cinco seções. A primeira trata da introdução, apresentando os pressupostos que ofertam a base de construção das reflexões produzidas na tese.

A segunda seção apresenta a estruturação da pesquisa, ou seja, os caminhos percorridos para a realização da pesquisa a partir da elaboração de perguntas, objetivos e hipóteses, entrelaçando as teorias que sustentam as reflexões propostas, bem como o método de análise das informações.

A terceira seção, por sua vez, apresenta o referencial teórico, que parte da constituição histórica dos conceitos e dos processos envolvidos com a educação de pessoas com deficiência. Para tanto, é dividido em três subseções: A Constituição do Campo da Saúde e as Concepções sobre Deficiência (3.1), Educação Especial e Educação Inclusiva na Educação Superior (3.2) e Urie Bronfenbrenner: Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano (3.3).

A quarta seção apresenta os resultados e a discussão da pesquisa, sendo estruturado em categorias teórico-metodológicas, conforme previsto nos métodos deste estudo. A quinta e última seção apresenta a tese e suas conclusões.

2 CAMINHOS PERCORRIDOS PARA A CONSTRUÇÃO DO DIFERENTE

Nesta seção, são apresentados os caminhos metodológicos que possibilitaram chegar às conclusões do estudo. Portanto, subdivide-se em seis subtítulos que versam sobre essa organização, iniciando pela compreensão sobre pesquisa e método científico (2.1), a caracterização do tipo de estudo empregado (2.2), o local, a população e o período de coleta de informações (2.3), a técnica de coleta de informações (2.4), o método de análise dos dados quantitativos e qualitativos (pesquisa mista) (2.5) e, por fim, os aspectos éticos que perpassam a pesquisa com seres humanos (2.6).

2.1 PESQUISA: UM MOVIMENTO PARA BUSCAR RESPOSTAS

Pesquisar é o ato de buscar respostas para questionamentos que tencionam o conhecimento humano. Essa aquisição do conhecimento ocorre tanto por meio da educação informal, quanto da educação formal, ambas num contexto de sociedade (que se organiza sob a égide do modelo que preconiza e que reflete, por conseguinte, no processo de transformação humana). Demo (2010, p. 20) corrobora essa concepção quando refere que a pesquisa é compreendida “[...] tanto como procedimento de fabricação do conhecimento, quanto como procedimento de aprendizagem (princípio científico e educativo), sendo parte integrante de todo processo reconstrutivo de conhecimento”.

Num sentido mais amplo, como este atribuído por Pedro Demo, a pesquisa é a busca por conhecimento, e não um ato restrito aos pesquisadores que têm como profissão ou atribuição esta atividade. Poderia se dizer que todos os seres humanos, em alguma medida, realizam pesquisa, para que possam adquirir diferentes conhecimentos para a manutenção de sua própria sobrevivência. Contudo, do ponto de vista científico, ou seja, quando se trata de pesquisa científica, essa segue regras estabelecidas pelo método de escolha do pesquisador, que tem por finalidade responder ao objetivo de um estudo, que surge a partir dos questionamentos acerca dos fenômenos. Nesse sentido, Gil (2010, p. 26) refere que a pesquisa tem um caráter pragmático, é um “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico”.

O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas, mediante o emprego de procedimentos científicos. Esses procedimentos são cuidadosos, detalhados e seguem uma certa rigorosidade, que varia de acordo com a abordagem teórica de cada pesquisador. Por isso, apesar da rigorosidade existente na pesquisa, essa não segue uma regra estática, já que as pesquisas são realizadas por pessoas diferentes, com formações ideológicas

distintas. O método que envolve a pesquisa deverá, pois, ser tão rigoroso quanto o nível de complexidade do fenômeno estudado exigir, sendo, portanto, relativo e individual.

Na pesquisa científica, de acordo com Gil (2010), Lakatos e Marconi (2009, p. 157), ela pode ser considerada “um procedimento formal com método de pensamento reflexivo que requer um tratamento científico e se constitui no caminho para se conhecer a realidade ou para descobrir verdades parciais”. Dessa forma, exige que o pesquisador conheça de maneira aprofundada os métodos de que dispõe a ciência para desenvolver seus estudos.

A pesquisa, de uma maneira geral, sempre surge de um questionamento, de uma pergunta que o pesquisador procura responder, por que ela o afeta de alguma maneira. Desse modo, a realidade na qual ele está inserido social, cultural e economicamente certamente determinará os rumos que o estudo poderá/deverá tomar. A pesquisa é uma forma de transformar a realidade, o que justifica a importância da relação estreita do pesquisador com seu objeto de pesquisa. Nesse aspecto, Minayo (2004, p. 17) alude que a pesquisa é uma “[...] atividade básica da Ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação”. Não estará o pesquisador dissociado do contexto em que vive e das ações que coordenam sua existência.

Prodanov e Freitas (2013) e Gamboa (2012) concordam que o método é um caminho a ser seguido para responder ao objetivo da ciência, que é o conhecimento. Desse modo, conhecer os procedimentos científicos e suas bases epistemológicas é fundamental para alcançar o objetivo de produzir novos conhecimentos. Gamboa (2012) refere, com base em Thiollent (1981), que toda investigação deve combinar três elementos: as teorias educacionais, as técnicas de investigação e as epistemologias sobre os métodos. Com base nessas conceituações, a pergunta de pesquisa tratou das concepções de deficiência e saúde para os docentes universitários que atuam com pessoas com deficiência na atualidade e como elas operam na prática pedagógica.

Para responder aos questionamentos, o objetivo geral do estudo foi compreender as concepções de saúde e deficiência expressas pelos docentes da Educação Superior e sua influência na prática pedagógica para o processo de inclusão de pessoas com deficiência sob o prisma da Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano (TBDH).

Para responder a esse objetivo, descortinaram-se os objetivos específicos: a) delinear o perfil sociodemográfico dos docentes, com vistas a caracterizar a amostra em estudo; b) identificar o modelo de saúde e deficiência compreendido pelos docentes que atuam com acadêmicos com deficiência na Educação Superior, advindas da experiência na prática

pedagógica; e c) caracterizar as influências ambientais com base na organização dos sistemas ecológicos, na constituição das concepções de saúde e de deficiência dos docentes da Educação Superior.

Para guiar a interpretação dos resultados, lançou-se mão da constituição de hipóteses que surgem a partir das aprendizagens ao longo do processo formativo. As hipóteses são consideradas suposições feitas para responder ao problema e aos objetivos traçados na pesquisa, com o intuito de esclarecer aquilo que não é conhecido. Elas são provisórias e podem ser confirmadas ou refutadas. Além disso, podem exigir a formulação de novas hipóteses, estas mais profundas que poderão ser pesquisadas posteriormente (PRODANOV; FREITAS, 2013). A seguir, as hipóteses (reconhecidas pela letra H) que nortearam esta pesquisa.

- H1 – A concepção que os docentes das diferentes áreas do conhecimento têm sobre a saúde humana e sobre a deficiência, ainda perpassam o modelo biomédico, que as compreendia a partir de uma relação direta com a doença, trazendo uma concepção de incapacidade e de assistencialismo;
- H2 – O ambiente e as relações interpessoais estabelecidas direta e indiretamente nele e por ele, que, segundo a TBDH, caracterizam-se como microsistema, mesossistema, exossistema, macrossistema e cronossistema, podem caracterizar as influências nas concepções docentes sobre saúde e deficiência.
- H3 – A experiência com pessoas com deficiência voltada para a uma prática pedagógica diversificada é fator preponderante para a prática pedagógica com estudantes, numa perspectiva inclusiva;
- H4 – A TBDH pode contribuir para compreender como se estruturam as influências ambientais e relacionais nas concepções de saúde e deficiência.

A partir dessas delimitações, são apresentados os delineamentos da pesquisa desenvolvida, assim como as bases teóricas que compuseram a investigação.

2.2 TIPO DE ESTUDO

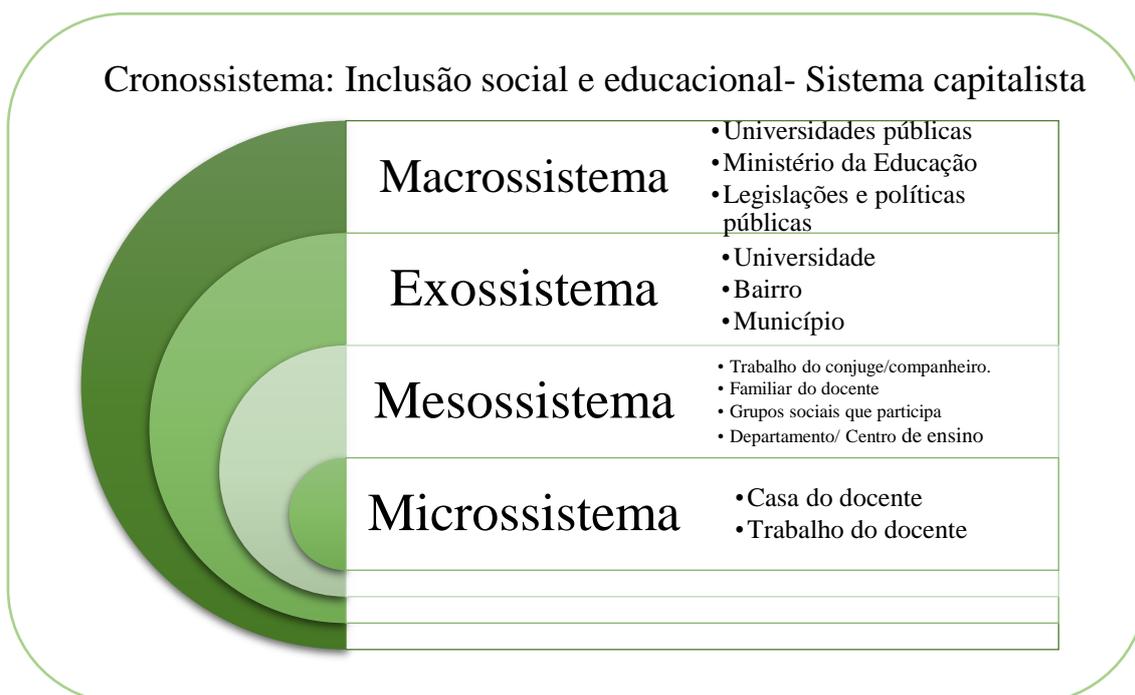
Historicamente, a área da Educação tem utilizado como método preferencial em seus estudos a pesquisa qualitativa. Nesse sentido, Gatti (2004) refere a importância de se utilizar também da pesquisa quantitativa como método de análise de dados produzidos na área da educação. Contudo, a autora afirma que, na área da Educação, em geral, os profissionais pouco

entendem sobre a pesquisa quantitativa e, por isso, preferem utilizar a pesquisa qualitativa, o que fragiliza, de certo modo, suas interpretações sobre fenômenos de grande escala.

Nessa perspectiva, o estudo teve como abordagem o método misto, do tipo estudo de caso exploratória. Yin (2014, p. 69) refere que o uso de métodos mistos para uma pesquisa cujos fenômenos exijam diferentes olhares permite que os pesquisadores “abordem questões de pesquisa mais complicadas e colem uma série mais rica e mais forte de evidências do que poderiam obter com qualquer método único isolado”. Enfatiza-se, assim, a importância de, no presente estudo, utilizar dois métodos (quantitativo e qualitativo) para responder às questões de pesquisa, com base nos sistemas a que se referem a TBDH. A utilização da TBDH tem como objetivo identificar os sistemas em que cada docente está inserido, a fim de caracterizar as influências nas concepções de saúde e deficiência.

A opção por desenvolver uma pesquisa de métodos mistos ocorreu porque a TBDH analisa desde o contexto micro ao macrosistema em que os indivíduos estão inseridos. Assim, a pesquisa qualitativa possibilita caracterizar, de maneira individual, o micro e mesossistema em que os docentes estão inseridos e como eles podem influenciar as suas concepções. Já a pesquisa quantitativa possibilitou analisar o exo e macrosistema em que esses docentes estão inseridos. Os dados quantitativos permitiram verificar as concepções dos docentes sobre as temáticas em questão reconhecendo, na amostra, como elas são interpretadas (Figura 1).

Figura 1 – Caracterização da constituição dos sistemas ecológicos.



Descrição da imagem: Quadro formado por globos encaixados. Na parte externa aos globos, encontra-se a indicação “Cronossistema: Inclusão social e educacional; Sistema capitalista”. No sentido do maior para o menor, consta a indicação “Macrossistema: Universidades públicas; Ministério da Educação; Legislações e políticas públicas”, “Exossistema: Universidade, Município, Bairro”, “Mesossistema: Trabalho do cônjuge/companheiro; Familiar do docente; Grupos sociais de que participa; Departamento/Centro de ensino;”, “Microssistema: Residência do docente; Trabalho do docente”.

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Segundo Minayo (2004), a pesquisa qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e das relações humanas, aspectos que não podem ser perceptíveis nas medidas e nas técnicas estatísticas. Pode-se afirmar, então, que a abordagem qualitativa busca desvendar os significados dos fenômenos e dos processos vivenciados pelos sujeitos. Esse tipo de pesquisa considera uma relação indissociável entre o mundo objetivo e subjetivo, que é impossível de ser traduzida em números. O ambiente é a fonte direta dos dados, e o pesquisador está diretamente envolvido com a pesquisa, buscando compreender as nuances do fenômeno em estudo (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Gatti (2004) aponta também a necessidade de os profissionais da área da Educação serem desafiados a adentrar nas pesquisas quantitativas de modo a qualificar ainda mais seus estudos, propondo metodologias estruturadas que garantam o rigor necessário para a pesquisa de alto impacto. Por esse fato, reitera-se a importância de desenvolver pesquisas quantiquantitativas, a fim de que uma seja suporte para a outra e os fenômenos sejam melhor compreendidos. Nesse sentido, Gatti (2012, p. 29) afirma que:

Há momentos em que precisamos de grandezas numéricas para discutir a questão em foco (por exemplo, para discutir analfabetismo populacional como um problema político), há outros em que se precisa de aprofundamentos de natureza mais psicossocial, antropológica, clínica ou outras, como é o caso da compreensão das relações nos grupos de aprendizagem face a face, ou da dinâmica sócio-pedagógica de uma escola.

Assim, unir a pesquisa qualitativa com a quantitativa possibilita uma compreensão mais ampla do fenômeno em estudo; nesse caso, a concepção dos professores universitários. Para Imbernón (2010), o professor necessita refletir sobre sua prática no lugar onde está inserido por meio da investigação, ou seja, da pesquisa, passando de um reproduzidor de conhecimentos já estabelecidos, para um criador reflexivo e crítico, que tem na prática o acento para a busca de aperfeiçoamento profissional¹².

¹² Imbernón (2010) contrapõe-se às observações feitas por Gatti (2004, 2012), referindo que a pesquisa qualitativa deve se sobrepor à pesquisa quantitativa na área da Educação.

O objetivo geral da pesquisa, qual seja compreender as concepções de saúde e deficiência expressas pelos docentes da Educação Superior e sua influência na prática pedagógica para o processo de inclusão de pessoas com deficiência sob o prisma da Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano, necessitou estar claro para que o pesquisador pudesse desenvolver o método adequadamente. Tendo como base a população, ou fenômeno em estudo, optou-se pela abordagem mista para responder ao questionamento inicial da pesquisa. Do ponto de vista da estruturação da pesquisa, o método empregado seguiu critérios previamente estabelecidos, de modo que fosse possível considerar como uma pesquisa científica. Desse modo, preocupou-se também com o sistema de análise utilizado para a interpretação dos dados encontrados.

Quanto à abordagem do problema, a pesquisa constituiu-se como mista e quanto aos objetivos do tipo exploratória. A pesquisa qualitativa é “aquela que considera que há uma dinâmica entre o mundo real e o sujeito”, onde o ambiente natural de ocorrência dos fenômenos é o local ideal para a pesquisa (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 70). Já a pesquisa quantitativa é aquela que considera todos os fenômenos que podem ser quantificados, utilizando-se de recursos e técnicas de estatística como meio de análise dos dados (PRODANOV; FREITAS, 2013).

Dado o exposto e frente à complexidade que envolve conhecer as concepções dos professores, optou-se por utilizar-se a pesquisa de métodos mistos. Esse tipo de pesquisa teve origem em 1959, para estudar a validade de traços psicológicos, realizada por Campbell e Fick. A partir deste estudo, outros foram se desenvolvendo, caracterizando a triangulação das fontes de dados como forma de convergência das informações coletadas (CRESWELL, 2010).

Creswell (2010) e Creswell e Clark (2013) tratam da pesquisa quantiquantitativa como método misto, cujo desenho metodológico é classificado como concomitante. Esse tipo de pesquisa incorpora elementos de ambas as abordagens, qualitativa e quantitativa, principalmente na análise de dados. Na pesquisa mista, há diferentes estratégias que podem ser adotadas, conforme sugere Creswell (2010): a estratégia explanatória sequencial, em que a pesquisa é dividida em fases; a estratégia exploratória sequencial, em que a primeira fase serve de base para a elaboração das fases subsequentes; a estratégia transformativa sequencial, na qual há um projeto de duas fases com uma lente teórica servindo de fundo e guiando as fases; a estratégia de triangulação concomitante, em que a busca dos dados se dá de maneira concomitante e os “dados quantitativos e qualitativos são coletados concomitantemente e depois comparados com o objetivo de determinar convergências, diferenças e combinações” (SANTOS et al., 2017, p. 04); a estratégia de incorporação concomitante, em que, de maneira

semelhante à triangulação concomitante, há um método principal que guia a análise (quantitativo) e um método secundário (qualitativo que é incorporado aos dados e a estratégia transformativa concomitante, em que a coleta de dados é concomitante e guiada por uma teoria de base (CRESWELL, 2010).

Nos procedimentos de métodos mistos concomitantes, é possível incorporar uma forma menor de dados (neste caso, os qualitativos) com outra coleta de dados maior (neste caso, os quantitativos) para analisar diferentes tipos de questões (CRESWELL, 2010; CRESWELL; CLARK, 2011). Nesta pesquisa, a estratégia adotada foi a transformativa concomitante, pois a pesquisa foi realizada de maneira concomitante tendo a TBDH como teoria de fundo, que se estrutura para buscar respostas aos objetivos e está distribuída nos instrumentos de pesquisa elaborados.

A razão pela qual se optou pela estratégia sustenta-se no fato de que a TBDH sugere que as informações sejam coletadas da maneira mais profunda possível, buscando elementos que nem sempre estão explícitos nas respostas a métodos quantitativos. Entretanto, por tratar-se de um estudo de caso, com uma população específica, que tem características semelhantes entre si, há a possibilidade de reconhecer os sistemas bioecológicos dos professores que responderam aos dados quantitativos, contribuindo para estruturar esses sistemas e possibilitar uma análise mais ampla das influências ambientais nas concepções dos docentes da Instituição de Ensino Superior (IES).

De acordo com Santos et al. (2017), a pesquisa de métodos mistos deve compreender três aspectos importantes para a estruturação. O primeiro é a distribuição de tempo, a qual avalia em que momento os dados quantitativos e qualitativos serão coletados, ou seja, sequencial ou concomitantemente. O segundo aspecto é a atribuição de peso, no qual se elegem quais dados serão os principais para responder aos questionamentos do estudo. Neste estudo, os dados quantitativos oferecem as principais informações, e os dados qualitativos servem como complementares às informações do grande grupo (os docentes da IES). Já o terceiro aspecto é a combinação, que organiza como estes dados foram analisados, separadamente ou de maneira combinada. Nesta pesquisa, os dados qualitativos e quantitativos foram coletados concomitantemente e combinados na apresentação, com atribuição de peso igual, e a teorização, ou seja, a teoria que oferta base para a análise da pesquisa, trata da TBDH (Quadro 1).

Vale fazer uma breve conceituação sobre os modelos visuais utilizados nas pesquisas de métodos mistos, muito embora esses modelos não esgotem todas as possibilidades de estratégias para as pesquisas com essa abordagem. A utilização desses modelos viabiliza a divulgação das informações das pesquisas de maneira mais objetiva e de fácil compreensão.

Assim, o símbolo “+”, “indica uma forma simultânea ou concomitante de coleta de dados”; a seta (→) “indica uma forma sequencial de coleta de dados”; “as letras maiúsculas são indicativas de peso ou prioridade dos dados, da análise e interpretação”; e os termos “‘Quan’ e ‘Qual’ representam o *quantitativo* e o *qualitativo*” (CRESWELL, 2010, p . 245, grifo do autor).

Quadro 1 – Caracterização da pesquisa de métodos mistos.

Distribuição de tempo	Atribuição de peso	Combinação	Teorização
Concomitantemente	Quan + Qual	Transformativa concomitante	Explícita

Fonte: Elaborado pela autora (2019), com base em Creswell (2010).

A pesquisa quali e a quantitativa foram realizadas concomitantemente, ou seja, os dados qualitativos e quantitativos foram coletados ao mesmo tempo. Sobre a atribuição de peso, que significa que os dados qualitativos se sobressaem sobre os quantitativos, ou vice-versa, nesta pesquisa os dados têm igual equivalência, uma vez que as amostras são constituídas pelos professores da mesma instituição, tendo, portanto, características semelhantes. A combinação dos dados foi considerada transformativa concomitante, uma vez que a estruturação da pesquisa tem uma base teórica que oferta subsídios para a elaboração dos instrumentos e guia toda a pesquisa. Assim, a teorização é classificada como explícita.

Para possibilitar a interpretação do fenômeno como um todo, optou-se, nesta pesquisa, pela utilização de métodos mistos, que oferecem visões objetivas e subjetivas que se complementam para a interpretação dos fenômenos. A intenção de realizar uma pesquisa que contemple a visão geral do tema em estudo justifica a escolha do método exploratório, além de combinar com o procedimento de coleta de informações, a pesquisa de estudo de caso. Esses procedimentos são comumente associados nos estudos que envolvem fatores objetivos e subjetivos, passíveis de estudo pela pesquisa qualitativa (YIN, 2014).

Segundo Yin (2014, p. 31), o estudo de caso é a estratégia de pesquisa escolhida quando o pesquisador coloca como questão “como” e “por quê”, em estudos nos quais o pesquisador tem pouco “controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real”. O estudo de caso contribui para a compreensão dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos. Além disso, por se tratar de uma pesquisa mista, a pergunta que oferta a base de questionamento do estudo

contempla o estudo qualitativo utilizando-se o termo “como” e o estudo quantitativo utilizando-se o pronome interrogativo “qual”.

O estudo de caso é utilizado para investigar fenômenos contemporâneos em profundidade, em especial quando “os limites entre o fenômeno e o contexto puderem não ser claramente evidentes”, englobando condições contextuais (YIN, 2014, p. 17). Gil (2010) refere que o estudo de caso é caracterizado por um estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, o qual permite o aprofundamento do conhecimento sobre o(s) objeto(s) estudado(s) de maneira ampla e detalhada. Segundo o mesmo autor, o estudo de caso vem sendo utilizado em diversas pesquisas, mas, em especial, na exploração de situações de vida real em que os limites do fenômeno em estudo ultrapassam a possibilidade de quantificação, na descrição do contexto em que a investigação se desenvolve e na explicação de todas as variáveis envolvidas com o fenômeno, principalmente em situações complexas nas quais há necessidade de uma análise ampla e profunda.

Yin (2014) pondera, contudo, que, independentemente do tipo de estudo de caso (exploratório, descritivo), o pesquisador necessita ter cuidado “ao projetar e realizar estudos de casos a fim de superar as tradicionais críticas que se faz ao método”. Para isso, o pesquisador necessita seguir certa rigorosidade na elaboração do método de pesquisa, prevendo com o máximo de exatidão possível os fenômenos que poderão interferir na sua análise após a coleta de informação e que buscam responder ao seu objetivo.

Na realização da pesquisa de estudo de caso, Yin (2014, p. 77) sugere cinco itens a serem considerados para a qualidade do estudo:

- “*Formular boas questões – e interpretar as questões de forma razoável*” (YIN, 2014, p. 77, grifo do autor). Essa habilidade exige que o pesquisador seja capaz de formular previamente boas questões, mas também que seja maleável para a condução de novas questões que possam esclarecer as dúvidas iniciais de pesquisa. Na presente pesquisa, questões iniciais foram formuladas; contudo, para alcançar os objetivos propostos a pesquisadora, única a realizar as entrevistas, precisou lançar mãos de novos questionamentos.
- “*Ser um bom ‘ouvinte’ e não ficar preso às suas próprias ideologias ou aos seus preconceitos*” (YIN, 2014, p. 77, grifo do autor). Isso inclui ouvir, observar e sentir, sendo capaz de assimilar grandes quantidades de informações. Nas entrevistas, a pesquisadora colocou-se à disposição para ouvir, sem tomar um posicionamento favorável ou não à inclusão e aos conceitos tratados pelos docentes, observando suas

expressões faciais e corporais, sua tonalidade de voz, suas atitudes e o local onde foi realizada a entrevista.

- “*Permanecer adaptável* para que as situações novas possam ser vistas como oportunidades, não como ameaças” (YIN, 2014, p. 77, grifo do autor), ampliando o conhecimento sobre o caso ou os possíveis novos casos, além das características até então imprevistas. Na pesquisa que aqui se apresenta, a pesquisadora buscou ampliar as possibilidades e reflexões dos entrevistados, buscando informações que contemplassem a caracterização dos sistemas ecológicos e suas influências nas concepções adotadas.
- “*Ter noção clara dos assuntos em estudo [...]*” (YIN, 2014, p. 77, grifo do autor) que envolvem a teoria em estudo, registrando e interpretando na medida em que as informações são coletadas a partir do roteiro já elaborado. Para tanto, a pesquisadora realizou leituras diversas sobre o assunto em questão, principalmente no que se refere ao conceito de saúde e deficiência dentro de um contexto histórico. A noção de mundo como uma organização socioeconômica favorece esse olhar, com base nos pressupostos da dialética, conforme sugere José Paulo Netto (2011).
- “*Ser imparcial*, sendo sensível a evidências contrárias e sabendo como conduzir a pesquisa de forma ética” (YIN, 2014, p. 77, grifo do autor). Nesta pesquisa, buscou-se respeitar os preceitos éticos da pesquisa desde sua fase de elaboração do projeto de pesquisa até a publicização dos materiais encontrados. Entretanto, apesar da estruturação da pesquisa seguir uma base organizacional delineada, a imparcialidade na condução talvez seja impossível de ser alcançada, uma vez que, em cada pesquisa, fazem-se presentes, mesmo que de maneira velada, a concepção e a tendência ideológica do pesquisador.

Para melhor apresentar a organização da pesquisa, a Figura 2 explica o percurso do estudo, para responder aos objetivos delineados.

Figura 2 – Percurso da pesquisa.



Descrição da imagem: Organograma na cor verde, com escrita na cor branca, contendo, da esquerda para a direita, um quadro vertical com a escrita “Pesquisa mista do tipo estudo de caso”. Na sequência, um quadro ligado por uma barra na posição horizontal com a escrita “População: docentes, Local: universidade pública, Validação dos instrumentos: julho de 2018, Período de coleta de dados: de agosto a dezembro de 2018. A partir desse quadro, há mais três ligados por barras, com as escritas em cada um deles separadamente, “Estudo quantitativo: 778 docentes da Educação Superior; Instrumento de coleta de dados: questionário (*online*); Critério de inclusão: docente da Educação Superior do campus-sede”, “Estudo qualitativo: 06 docentes da Educação Superior; Instrumento de coleta de informações: entrevista semiestruturada gravada”, “Análise das informações: Análise transformativa incorporada dos métodos mistos”.

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

2.3 LOCAL, PARTICIPANTES E PERÍODO

Na rede pública, há, no Brasil, um total de 169.385,454 docentes universitários, segundo dados do Censo da Educação Superior de 2016 (BRASIL, 2016c). A universidade pública caso em estudo está localizada no interior do Estado do Rio Grande do Sul e foi fundada no ano de 1960. Conta atualmente com um quadro docente de 2.028 professores ativos¹³, nas diferentes unidades e níveis de ensino. Esses docentes estão distribuídos em 15 unidades universitárias, das quais duas são de nível técnico e uma unidade de Educação Infantil. Além disso, há quatro campus da Instituição localizados em outros municípios do Estado. No que tange aos

¹³ Consulta realizada em 31 de março de 2019.

estudantes, a IES tem um total de 28.613 estudantes¹⁴, distribuídos desde o ensino básico até o nível de pós-doutorado.

A IES é protagonista de diferentes ações voltadas à inclusão de pessoas com deficiência, fato que instiga a realização de pesquisas, considerando as diferentes ações desenvolvidas e o histórico de ingresso dos estudantes, informações que podem ser visualizadas na seção 3.2.3 do referencial teórico. Além disso, a IED oferta um dos poucos cursos de graduação do País em Educação Especial, além da linha de pesquisa na mesma área junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE), fato que, direta ou indiretamente, influencia as ações desenvolvidas pela instituição, haja vista as pesquisas desenvolvidas.

Portanto, para realizar a pesquisa quantitativa com os docentes participantes, foi realizado um cálculo amostral, com nível de confiança de 95% e margem de erro de 11%, que resultou em uma amostra mínima de 73 participantes. Desse modo, a pesquisa restringe-se às unidades do campus-sede com cursos de nível superior, pelo critério de facilidade de acesso aos docentes. Entre essas unidades, três delas apresentaram um maior número de matrículas de estudantes com deficiência (entre o ano de 2008 e 2017), a saber o Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH), e Centro de Ciências da Saúde (CCS), Centro de Tecnologia (CT) (Tabela 1).

Tabela 1 – Relação de centros de ensino com número de matrículas até 2017.

CENTRO	NÚMERO DE ESTUDANTES
Centro de Ciências Sociais e Humanas	110
Centro de Ciências da Saúde	89
Centro de Tecnologia	67
Centro de Ciências Rurais	46
Centro de Ciências Naturais e Exatas	37
Centro de Educação	35
Centro de Artes e Letras	21
Centro de Educação Física e Desportos	15
TOTAL	420

Fonte: Dados coletados pela autora, junto ao Relatório do Núcleo de Acessibilidade-UFSM. (UFSM, 2018).

¹⁴ Consulta realizada em 31 de março de 2019.

Os docentes dessa IES são o público de interesse, considerando o histórico da instituição em práticas voltadas para a inclusão. Além disso, entende-se que os professores são influenciadores na formação de opinião, além de terem como responsabilidade a condução da aprendizagem dos estudantes, com atribuições das mais diversas. Essa condução não condiciona o professor como detentor do saber, mas como aprendiz que considera as representações que os estudantes têm como ponto de partida de sua prática docente (PERRENOUD, 2000). Além disso, muitos estudantes têm como objetivo de vida profissional a docência, não somente os que cursam as licenciaturas, mas também os demais cursos de graduação, fator este que implica uma formação acadêmica profissional crítica e reflexiva.

Frente às considerações, a pesquisa foi desenvolvida com docentes de uma universidade pública, localizada no Estado do Rio Grande do Sul. Para tanto, foram empregadas duas estratégias concomitantes: a primeira teve como finalidade conhecer a compreensão dos docentes sobre as concepções de saúde e deficiência, de acordo com o contexto em que estão inseridos, conforme sugere a TBDH. O uso dessa teoria buscou reconhecer a tendência organizacional dos sistemas ecológicos dos quais esses docentes fazem parte e como esses sistemas podem influenciar as concepções docentes. Para isso, foi enviado aos docentes das três unidades de ensino (ver Tabela 1 e Apêndice A) que receberam maior número de estudantes com deficiência desde o ano de 2008 um questionário *online* (ver seção 2.5.1 sobre os instrumentos de coleta de informações).

O questionário *online* teve como objetivo conhecer a concepção dos docentes sobre saúde e deficiência, a partir de uma amostra considerada grande, dentro do contexto em que eles estão inseridos, ou seja, a IES pesquisada. Essa concepção foi utilizada como base para a análise das concepções a partir das entrevistas posteriores com os docentes selecionados. A primeira etapa concomitante da pesquisa foi realizada com uma amostra de 780¹⁵ docentes das três unidades de Ensino Superior do campus-sede, que tiveram maior número de matrícula de estudantes com deficiência. Para realizar essa etapa, foi feita uma visita aos diretores dos respectivos centros¹⁶, apresentando a pesquisa e solicitando os e-mails dos docentes. O questionário foi enviado para todos os docentes dos três centros com maior número de matrículas de estudantes com deficiência, por meio do sistema de questionários do Centro de Processamento de Dados da IES (CCSH, CCS, CT) (Tabela 1).

¹⁵ O número 778 foi fornecido pelo Centro de Processamento de Dados, referente ao número de docentes dos três centros com e-mails cadastrados no sistema e ativos.

¹⁶ A visita para a autorização da pesquisa por parte dos diretores de centro e a coleta dos e-mails dos docentes foi realizada no mês de maio de 2018.

A segunda estratégia concomitante consistiu em uma entrevista prolongada gravada, com a utilização de gravador de voz digital da marca Sony®. A gravação foi armazenada em um *pen drive*. A entrevista foi realizada de maneira individual, com seis docentes da Educação Superior (dois de cada centro), dos três centros selecionados (Tabela 1). A entrevista ocorreu no campus-sede, em local escolhido pelo participante, ou seja, em ambiente no qual ele esteja familiarizado, evitando a interferência do ambiente estrutural sobre a pesquisa, conforme sugere Bronfenbrenner (1996). Essa fase teve como objetivo caracterizar os sistemas nos quais os docentes estão inseridos, para identificar quais são os fatores que influenciam suas concepções sobre saúde e deficiência.

A seleção dos docentes tem como critério principal ter tido experiência com estudante com deficiência no percurso docente. A busca dos docentes deu-se a partir do levantamento das matrículas dos estudantes com deficiência¹⁷, consultada no registro do Núcleo de Acessibilidade da Instituição (Tabela 1). Com as matrículas reconhecidas, foram selecionados dois estudantes de cada centro pesquisado, que apresentavam deficiências diferentes, estando de acordo com a orientação da Política de Educação Especial (BRASIL, 2008). A partir daí, buscou-se os docentes que ministraram disciplinas para esses estudantes. Para tanto, foram consultadas as secretarias dos cursos de graduação para obter os contatos (e-mails) dos docentes.

Essa organização é coerente com a orientação de Yin (2014) para a pesquisa de estudo de caso, o qual trata de uma situação diferenciada das demais, que contenha aspectos especiais. Para contemplar essa premissa, foram selecionados os estudantes com diferentes deficiências, de maneira aleatória, não havendo seleção de pessoas com autismo, nem mesmo altas habilidades/superdotação, tendo em vista que o reconhecimento dessas condições ainda é restrito nas IES em geral, embora venha ganhando espaço em pesquisas realizadas na IES em estudo, por meio de pesquisadores como a Dr^a. Soraia Napoleão Freitas e D^{ra}. Tatiane Negrini, que pesquisam as altas habilidades/superdotação e o Dr. Carlo Schmidt, que realiza estudos sobre o autismo.

Vale ainda mencionar que os estudantes com deficiência são aqueles ingressantes por cotas para pessoas com deficiência (L13- corresponde a Lei nº 12.711/2012). A universidade

¹⁷ Entende-se aqueles com deficiência física, visual, auditiva, múltipla e intelectual, autismo e altas habilidades/superdotação, conforme a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008).

na qual os docentes estão alocados tem como particularidade a reserva de cotas de vagas de ingresso para pessoas com deficiência desde o ano de 2008¹⁸.

2.4 TÉCNICA DE COLETA DE INFORMAÇÕES

2.4.1 Procedimentos e instrumento de coleta de informações

Para a realização de estudos de caso, Yin (2014) sugere a utilização de múltiplas fontes de evidências, que têm por objetivo ofertar melhores respostas aos objetivos propostos, observando o fenômeno ou objeto de estudo por diferentes ângulos, qualificando a compreensão do todo. Assim, a pesquisa de métodos mistos que foi desenvolvida utilizou-se de entrevistas prolongadas, questionário quantitativo e observação informal. Desse modo, o procedimento de seleção até a coleta de informações foi realizado em três etapas, sendo que a coleta efetivamente ocorreu de maneira concomitante, que são: a) a validação dos instrumentos de pesquisa; b) seleção dos participantes da entrevista, c) coleta de informações pelo questionário online e entrevistas com participantes.

A validação do questionário e do roteiro de entrevista ocorreram a partir da validação do conteúdo. Na validação de conteúdo de instrumentos de pesquisa, é realizada uma avaliação dos instrumentos de pesquisa por profissionais especialistas sobre a temática do estudo. A validação dos instrumentos deste estudo foi realizada com cinco docentes do Ensino Superior, sendo duas com formação na área da Saúde (Fisioterapia) e três com formação na área da Educação (Letras, Educação Especial e Educação Física). Para tanto, foram enviados aos docentes os instrumentos de pesquisa, juntamente com os objetivos e método do projeto, para serem analisados e retornados a partir de um formulário a ser preenchido por eles como guia de análise dos materiais. A análise dos especialistas resultou apenas em considerações quanto à gramática, sem alterações de conteúdo dos instrumentos de pesquisa. Foi considerado que os instrumentos são de fácil compreensão e interpretação e que as perguntas são claras e objetivas e correspondem aos objetivos da pesquisa, não havendo a necessidade de adaptação ou alteração dos materiais.

Tanto o questionário (Apêndice A), quanto o roteiro de entrevista (Apêndice B) foram elaborados pela pesquisadora com base nos estudos de Bronfenbrenner (2011) e Krebs (1995), a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990), as obras de Almeida Filho (2011)

¹⁸ O primeiro ingresso por cotas foi no ano de 2008, mas a política de reserva da universidade data de 2007 (UFMS, Resolução nº 011/2007).

e Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013), os quais tratam tanto do conceito de saúde e doença, como dos determinantes sociais de saúde; a obra de Lobo (2015), que versa sobre a história das pessoas com deficiência; a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008); e a Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015).

De maneira concomitante, foi realizado o envio do questionário para os docentes dos três centros de ensino, com a finalidade de caracterizar o sistema ecológico (microsistema, mesossistema, exossistema e mesossistema) dos docentes em estudo (Figura 2), bem como de conhecer quais as concepções dos docentes sobre saúde e deficiência e como essas concepções podem influenciar a prática pedagógica (Apêndice A). Para isso, foram enviados aos docentes dos três centros de ensino que receberam maior número de matrícula de estudantes com deficiência um questionário elaborado pela pesquisadora por meio do Centro de Processamento de Dados da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), disponibilizados no Portal do Professor, bem como por notificação via sistema de notificações do CPD/UFSM. Em anexo, também foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), aprovado previamente pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta Universidade¹⁹. O aceite de participação estava condicionado à marcação do item aceite junto ao questionário e à procedência das respostas. De acordo com Lakatos e Marconi (2009, p. 201), o questionário é definido como “um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador”.

O questionário (*online*) contém 70 questões e foi dividido em quatro partes, que contêm perguntas abertas e fechadas. As variáveis de interesse pesquisadas são, resumidamente:

- **Parte I, dados sociodemográficos** – idade, gênero, etnia, religião, estado de saúde, organização familiar, experiências com pessoas com deficiência, profissão dos pais, convívio com pais, familiares, amigos, vizinhos e colegas de trabalho, atividades de lazer e participações na sociedade;
- **Parte II, características profissionais** – área de formação (graduação); nível de formação e área; unidade universitária de origem; cursos de graduação nos quais o docente atua; tempo de docência no Ensino Superior e na universidade; experiência ou não com estudante com deficiência, tanto no Ensino Superior como nos últimos dois anos na universidade, conhecimento sobre a deficiência e as necessidades de adaptação de material pedagógico;

¹⁹ Importa referir que a proposta de pesquisa aqui apresentada seguiu os preceitos Éticos da Pesquisa com Seres humanos, regida pela Resolução nº 466/2012, garantindo o sigilo das informações fornecidas pelos pesquisados (BRASIL, 2012a).

- **Parte III, influências sociais** – quais os meios pelos quais busca adquirir conhecimento, como utiliza os meios de comunicação e com que frequência; tipo de deficiência do estudante para o qual lecionou nos últimos dois anos (física, auditiva e visual);
- **Parte IV, concepções** – sobre saúde, deficiência, tipos de deficiência e sentimento frente à prática docente com pessoas com deficiência (Apêndice A).

Durante a aplicação do questionário e a tabulação das informações, foi realizado o contato com os docentes para entrevista. A entrevista é um procedimento de coleta de informações realizado face a face e pode contar com um roteiro que auxilie o pesquisador a conduzir o processo (CRESWELL, 2010). Neste estudo, a entrevista foi o meio de coleta de informações. As entrevistas prolongadas são organizadas combinando perguntas abertas e fechadas. As perguntas abertas são aquelas em que o pesquisado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, e as fechadas, em que o pesquisado pode escolher entre uma das alternativas apresentadas.

Conforme orienta Yin (2014), nessas entrevistas, a dedicação e o engajamento do pesquisador e dos entrevistados é importante, pois elas podem ter duração de duas ou mais horas, em único ou múltiplos encontros, havendo a possibilidade de perguntar sobre “as suas interpretações e opiniões acerca de pessoas ou eventos ou seus *insights*, explicações e significados relacionados a certos acontecimentos” (YIN, 2014, p. 115).

Gil (2010) aponta a necessidade de o pesquisador estar familiarizado com os procedimentos da pesquisa, bem como treinado à técnica de entrevista, para que ela possa contribuir efetivamente para o estudo e conduzir o processo buscando dirigir a discussão de forma a elucidar as questões que não estão claras. A principal vantagem da entrevista, conforme Boni e Quaresma (2005), é que essa técnica quase sempre produz uma melhor amostra da população de interesse. As técnicas desse tipo de entrevista também têm, como vantagem, sua flexibilidade quanto à duração, permitindo o aprofundamento de determinados assuntos.

Segundo Yin (2014), a entrevista é um dos principais recursos utilizados na pesquisa de estudos de caso e pode ser chamada de “intensiva”, “em profundidade”, ou “não estruturada”; é fluída, amigável, ao mesmo tempo em que deve satisfazer as necessidades de investigação. Isso não significa que questões diretivas previamente elaboradas não possam ser utilizadas; contudo, deverá haver flexibilidade quanto a essas questões, de modo que o pesquisador possa atingir seus objetivos. Yin (2014, p. 114) sugere duas tarefas ao pesquisador: “seguir sua própria linha de investigação, como refletida pelo protocolo ou roteiro do estudo de caso” e “formular

questões verdadeiras, de maneira imparcial, para que também sirvam às necessidades de sua linha de investigação”.

Para a realização das entrevistas, foi feito o contato por e-mail aos participantes, a partir do contato inicial com os coordenadores de curso. Realizaram-se novos contatos quando os convidados não aceitaram participar da pesquisa, até totalizar o número esperado de participantes (seis participantes, sendo dois de cada centro). As entrevistas foram realizadas nos dias e horários definidos em comum acordo com os entrevistados. O local foi definido pelo entrevistado, conforme sugere Yin (2014). Posteriormente, as entrevistas foram transcritas a partir do roteiro prestabelecido, fixando as informações de acordo com cada questionamento e adicionando as informações sobre a constituição dos sistemas bioecológicos dos professores, bem como as observações que mereciam maior destaque para a posterior análise e discussão dos resultados.

O roteiro de entrevista contém sete questões norteadoras, que versam sobre as concepções de saúde e deficiência com enfoque aos modelos biomédico e biopsicossocial, à compreensão do diagnóstico clínico e aos desafios da prática pedagógica com pessoas com deficiência, todos esses eixos norteadores embasados na compreensão do ambiente e seus contextos, conforme orienta a TBDH de Urie Bronfenbrenner (Apêndice B²⁰). Quanto a essa organização, cada dimensão da teoria foi considerada para a compreensão das influências ambientais nas concepções docentes. Nessa perspectiva, o elemento “pessoa” está envolvido com as características individuais, biológicas e físicas, que influenciaram e que influenciam, uma vez que são transitórias e mutantes, a constituição biopsicológica do sujeito em determinado tempo.

No que se refere à dimensão “processos”, estão envolvidas as situações nas quais os docentes se deparam com a pessoa com deficiência tanto na prática profissional quanto na vida pessoal e que, por conseguinte, repercutem na sua concepção sobre as temáticas e como podem implicar em sua prática pedagógica.

A dimensão “contexto” refere-se ao local estrutural e político que envolve as práticas exercidas na Educação Superior, ou seja, o espaço no qual a pessoa está inserida vai refletir nos processos nos quais ela influencia e é influenciada. Tais contextos têm como base a estrutura ambiental interligada e que reflete na prática e nas concepções. Já a dimensão “tempo” caracteriza-se pelas influências das experiências vivenciadas em diferentes épocas e como elas repercutem na sua prática. É possível perceber que todas as dimensões tratadas – pessoa,

²⁰ Junto ao roteiro do Apêndice B, é apresentado um quadro com enfoque nos sistemas ecológicos de acordo com a TBDH, os quais foram elaborados para auxiliar a pesquisadora na análise das respostas posteriormente.

processo, contexto e tempo – estão intimamente relacionadas, sendo quase impossível fragmentar cada uma delas, uma vez que se interinfluenciam, provocando transformações no desenvolvimento humano.

2.5 MÉTODO DE ANÁLISE

Com o retorno dos questionários, a análise dos dados foi realizada de maneira transformativa incorporada, em que os dados quantitativos inicialmente foram submetidos à análise estatística descritiva. Os resultados gerados foram analisados concomitante aos dados qualitativos, criando as categorias teórico-metodológicas, conforme sugere a Análise de Conteúdo de Bardin (2011). Considerando que a análise das informações da pesquisa é do tipo mista e que envolve um grande número de variáveis quantiqualitativas, não existe uma única variável de maior relevância no estudo, que forneça informações para o cálculo do tamanho da amostra. Dado o exposto, o estudo foi baseado numa amostra considerada estatisticamente grande, ou seja, superior a 30 docentes, o que permite a estimação de proporções populacionais. Assim, para a análise estatística dos dados, foi utilizado o aplicativo computacional *SPSS 2.3*[®].

As respostas da entrevista foram analisadas pela Análise de Conteúdo Clássica, proposta por Bardin (2011). Conforme orienta Yin (2014), não há uma forma de análise fixa, sendo, portanto, possível, a utilização de diferentes métodos que sejam coerentes com a profundidade e rigorosidade necessária ao estudo de caso. Para a análise, inicialmente foram descritos cada um dos casos, buscando caracterizar os sistemas ecológicos nos quais os docentes estão inseridos, de acordo com suas particularidades, o que possibilita identificar as influências ambientais nas concepções.

A análise geral da pesquisa foi realizada incorporando os dados quantitativos aos dados qualitativos e vice-versa, o que justifica a apresentação das informações dentro das categorias de análise oriundas da categorização pela análise de conteúdo.

2.5.1 Análise das informações nos métodos mistos: análise quantitativa e análise qualitativa

Esta etapa da pesquisa foi composta pela análise geral das duas estratégias da pesquisa, o questionário *online* e as entrevistas, buscando responder ao objetivo de analisar as concepções docentes sobre saúde e deficiência e suas influências na prática pedagógica, o que foi possibilitado pela análise e sistematização dos demais objetivos. Para tanto, o questionário e as

entrevistas tiveram como objetivo caracterizar o sistema bioecológicos em que os docentes estão inseridos. Assim, foi possível analisar essas influências no processo de inclusão na Educação Superior.

A análise de informações na pesquisa de métodos mistos pode ser realizada de diversas formas e envolve, como já mencionado, a estratégia elencada para os procedimentos (CRESWELL, 2010; CRESWELL; CLARK, 2011). A análise quantitativa foi realizada por meio da estatística descritiva. A estatística descritiva compreende a coleta, a organização, a classificação, a apresentação e a descrição dos dados numéricos em observação. Segundo Novaes e Coutinho (2013), a partir dessas fases, é possível realizar uma inferência para uma população, a partir da qual os dados foram obtidos por meio da amostra. Assim, coloca-se como uma forma de apresentar dados em tabelas e gráficos, possibilitando um resumo das informações coletadas. O método estatístico exige alto grau de precisão na organização do projeto de pesquisa, o que é bem aceito pelos pesquisadores que se dedicam e estudam os fenômenos de ordem quantitativa. Os procedimentos estatísticos oferecem, portanto, um considerável reforço às conclusões obtidas, sobretudo mediante a experimentação e a observação (GIL, 2010).

A maior parte das questões referentes ao questionário *online* são tratadas como variáveis qualitativas ordinais, que permitem uma análise descritiva dos resultados, uma vez que são atribuídos valores para cada resultado que permite uma avaliação. Essa classificação indica o nível de mensuração de uma variável e é importante para determinar o tipo de análise adotada pelo pesquisador. Os níveis de mensuração são classificados em nominais, ordinais, intervalar e de razão.

Tendo apresentado esses conceitos, vale referir que o *software SPSS 2.3*[®] foi o recurso de análise estatística descritiva utilizado. Foram aplicados os testes não paramétricos Qui-quadrado (valor de “p”), que verificam se há associação entre as variáveis, ou seja, se o modelo probabilístico está adequado ao conjunto de dados propostos, e o Teste de Mann-Whitney (Teste U). O Teste U tem como objetivo testar a distribuição das variáveis, se são iguais, maiores ou menores. Nele, a diferença significativa foi considerada quando os valores apresentados são menores do que 0, ou seja, rejeitam a hipótese nula (BUSSAB; MORETTIN, 2017).

A análise dos dados qualitativos realizada a partir da Análise de Conteúdo Clássica permite a compreensão mais ampla de aspectos que são subjetivos e estão implícitos nas diferentes formas de comunicação humana. Entende-se que é uma técnica que viabiliza a compreensão, a interpretação e a explicação das comunicações, que deve ser reinventada a cada

momento. Para tanto, o pesquisador desenvolve a capacidade de compreender o real mediante o circunstanciado da mensagem que é dada pelo sujeito pesquisado. Essa observação resulta em uma análise que possibilita definir os diferentes temas, valores, fenômenos e modelos de comportamento que estão presentes implicitamente nos discursos, o que possibilita um olhar sobre as relações estabelecidas e seus significados (MINAYO, 2004).

A Análise de Conteúdo perpassou as três etapas sugeridas por Bardin (2011): a) a pré-análise: constituída pela leitura flutuante e constituição do *corpus* a partir da escuta das entrevistas e formulação de hipóteses, b) a exploração do material: consistiu basicamente a codificação dos dados coletados, excluindo as informações que não correspondessem aos objetivos da pesquisa; e c) o tratamento dos resultados obtidos e da interpretação dos dados: nesta fase, serão significados e interpretados aos dados coletados.

Na etapa de pré-análise, a leitura flutuante das entrevistas não se caracterizou como uma leitura no seu sentido epistemológico, mas como uma escuta exaustiva, conforme sugere Yin (2014). Essa escuta exaustiva foi realizada três vezes, com o objetivo de buscar os elementos importantes para a resposta aos objetivos do estudo, fazendo o registro dos intervalos importantes para posterior constituição do *corpus* e elaboração das hipóteses, que resultam nas categorias. Nessa etapa, cada um dos intervalos das entrevistas foi anotado separadamente.

Na exploração do material, cada uma das entrevistas foi novamente escutada, para fazer a transcrição a partir dos intervalos registrados. Depois dessa fase, as informações foram agrupadas de acordo com os temas comuns e coerentes com os objetivos do estudo, para o tratamento dos resultados, criando as categorias teórico-metodológicas já firmadas nas hipóteses.

A interpretação dos dados, a partir das categorias teórico-metodológicas, permite compreender e analisar a realidade, sob o olhar do pesquisador, mais direcionado ao seu tema de estudo, isto é, observando cada dado coletado. Findado o processo de coleta, análise dos dados e conclusões da pesquisa, pretende-se enviar um convite aos docentes participantes para o ato de defesa público da tese de doutorado, assim como desenvolver uma roda de conversa entre os docentes, que servirá como informe aos pesquisados sobre os resultados, garantindo-lhes a devolução dos dados.

Tendo como base as análises das diferentes abordagens quantitativa e qualitativa, considerando a TBDH e tratando-se de uma pesquisa de métodos mistos cujo procedimento de coleta de informações foi transformativa concomitante, o procedimento de análise de dados foi a criação de uma matriz. A pesquisa de método mistos, vale ressaltar, possibilita uma série de

procedimentos de análises, que deve ser desenvolvida de acordo com as características de cada pesquisa e de seus objetivos.

Nessa pesquisa, a TBDH possibilitou criar uma matriz, a partir da organização dos sistemas ambientais, em que o micro e o mesossistema foram caracterizados pelos dados qualitativos e quantitativos, buscando representar a organização desses sistemas, e o exo, o macro e o cronossistema foram representados pela análise dos dados quantitativos. Isto é, os dados foram incorporados para realizar a análise das concepções docentes, como poderá ser visualizado nos resultados do estudo.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento de uma pesquisa que envolve a presença de seres humanos, sejam aquelas pesquisas que podem causar danos à saúde física ou aquelas que podem resultar em constrangimentos aos participantes, necessariamente deve seguir preceitos que garantam tanto a integridade biopsicossocial do participante, quanto a proteção do pesquisador na execução de sua pesquisa. Além disso, o pesquisador tem como necessidade seguir certos preceitos que garantam a ética no campo científico, oferecendo uma produção que favoreça o aprofundamento da ciência para a vida humana.

A pesquisa desenvolvida teve como base ética para os procedimentos de coleta de informações, a Resolução nº 466, de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as normas e diretrizes das pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a). O projeto foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM, sob o CAEE nº 94330218.3.0000.5346 e parecer de aprovação nº 2.883.23. Para assegurar a clareza da pesquisa entre pesquisado e pesquisador, foi garantido o esclarecimento de quaisquer dúvidas acerca dos métodos utilizados no estudo, independentemente do período, bem como dos riscos, benefícios e demais questionamentos acerca da pesquisa. Tais esclarecimentos poderiam ser obtidos por e-mail ou telefone das pesquisadoras (autora e orientadora), conforme informação contida no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

Além da aprovação junto ao CEP da IES, foi solicitado, por meio de apresentação do projeto, aos diretores dos três centros com maior número de matrículas de pessoas com deficiência, as autorizações para realização da pesquisa, as quais foram concedidas.

Junto aos questionários enviados eletronicamente para os docentes da instituição, foi disponibilizado, na primeira página, um TCLE que devia ser assinalado pelos participantes da

pesquisa. A marcação da opção “Aceito” do questionário *online* confirma que o participante está ciente dos objetivos, método, riscos e benefícios em participar da pesquisa, conforme orientações do CEP. Já para a realização das entrevistas com os docentes, estes deveriam ler e assinar o TCLE, confirmando seu aceite em participar da pesquisa e sua ciência acerca desta. O documento também garante o anonimato, bem como o direito de deixar de participar da pesquisa em qualquer momento.

Os benefícios de participar da pesquisa foram relacionados à contribuição para a área de Educação Especial e da Saúde, no que tange à ampliação de pesquisas realizadas com esta população, o que pode possibilitar a reformulação de estratégias para garantir a inclusão destes estudantes na Educação Superior ou mesmo a ou formulação de novas estratégias. Além disso, espera-se uma mudança de compreensão dos conceitos abordados, que podem viabilizar o desenvolvimento de estratégias para a Educação, bem como mudanças atitudinais quanto ao convívio com pessoas com deficiências nos diferentes espaços sociais.

Os riscos aos participantes da pesquisa foram relacionados a algum possível constrangimento causado pelas perguntas realizadas, assim como ao fato de que o pesquisado poderia sentir emoções em alguns momentos, uma vez que a pesquisa exigiu que o participante falasse sobre acontecimentos de sua vida pessoal e profissional no passado, lembrando fatos que poderiam ser dolorosos. Ademais, poderia haver algum constrangimento, já que a pesquisa envolveu sua atuação profissional na Universidade, em relação a seus colegas de trabalho e aos estudantes. Salienta-se que a pesquisadora esteve atenta a essas possibilidades, conforme previsto na legislação (BRASIL, 2012), buscando sanar dúvidas e contornar as situações com argumentos fundamentados nas teorias, podendo interromper a entrevista caso o participante não se sentisse bem para continuar.

A devolução dos resultados da pesquisa será realizada com um convite aos participantes para uma roda de conversa e para o ato da defesa desta pesquisa na Universidade em que foi realizado o estudo. Contudo, caso seja inviável a participação de algum dos sujeitos, a tese, em sua versão final, será enviada aos participantes que desejarem conhecer os resultados. A devolução dos dados tem como finalidade, além da apresentação dos resultados, proporcionar um momento de reflexão sobre a prática docente com as pessoas com deficiência na Educação Superior.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

[...] escrever é isso aí: iniciar uma conversa com interlocutores invisíveis, imprevisíveis, virtuais apenas, sequer imaginados de carne e osso, mas sempre ativamente presentes. Depois é espichar a conversa e novos interlocutores surgem, entram na roda, puxam outros assuntos. Termina Deus sabe onde (MARQUES, 2006, p. 15).

Desenvolver uma tese está além da própria produção escrita que inicia a conversa; envolve introduzir, na vida diária, estes interlocutores imaginários que atuam como espelhos sobrepostos, refletindo a profundidade e a rigorosidade da pesquisa. Requer, portanto, dedicação do pesquisador, que necessita se debruçar sobre as diferentes concepções e nuances que envolvem uma pesquisa científica. Já dizia Mário Osório Marques (2006) que “escrever é preciso” e exige do escritor a definição de diferentes etapas da pesquisa e da escrita, para a construção de uma reflexão.

Escrever é uma das maneiras pelas quais se produz conhecimento, frente à infinidade de recursos tecnológicos presentes nas escolas e universidades. Não obstante, a prática da escrita faz o homem pensar, produzir e disseminar o conhecimento de forma material, palpável, de maneira que o conhecimento possa chegar aos diversos espaços, por meio da interlocução com diferentes atores. Segundo Moscovici (2003, p. 09), “O conhecimento é sempre produzido através da interação e comunicação e sua expressão está sempre ligada aos interesses humanos que estão nele implicados”. Assim, a escrita e a produção do conhecimento estão intimamente relacionadas aos interesses humanos, que se disseminam pela comunicação.

Dessa maneira, o referencial teórico aqui apresentado foi estruturado como um estado do conhecimento, que contempla a utilização de livros clássicos das áreas da Saúde e Educação, que abrangem as produções realizadas pelos diferentes autores, a partir de diferentes perspectivas teórico-metodológicas. Com esse delineamento, esse referencial teórico é estruturado em três sessões. A primeira tem como título “A Constituição do Campo da Saúde e as Concepções sobre Deficiência” e versa sobre a história da saúde e do seu conceito, bem como sobre a doença. A segunda traz como título a “Educação especial e educação inclusiva na Educação Superior” e trata da história da Educação Especial e da universidade. A terceira sessão, por sua vez, aborda “Urie Bronfenbrenner e a Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano”, apresentando as dimensões da teoria.

3.1 A CONSTITUIÇÃO DO CAMPO DA SAÚDE E AS CONCEPÇÕES SOBRE DEFICIÊNCIA

A utilização do termo “saúde” é vasta e possui diferentes funções desde o tempo dos povos mais antigos. No decorrer da história, a concepção foi sendo transformada, de modo a servir para explicar as condições de vida de cada época. Talvez por isso os autores que se preocupam em descrever um conceito de saúde não encontrem maneiras adequadas de definição, por se tratar de um termo em constante transformação e que sofre influência de diferentes aspectos, mas principalmente da concepção de cada pessoa.

Pretende-se, nesta sessão, explanar a história que permeia o conceito de saúde, bem como a concepção de deficiência. Para isso, será necessário perpassar o conceito de doença, que, por muitos anos, foi, e ainda é, o balizador da compreensão de saúde e, por conseguinte, de deficiência, haja vista o histórico da concepção associado a doença. Tal escrita se faz necessária pois possibilitará compreender os modelos de saúde que influenciam diretamente a compreensão da deficiência.

3.1.1 A origem do modelo de saúde

Os filósofos Platão e Aristóteles preocupavam-se e utilizavam o termo “saúde” para designar aquilo que era puro, saudável e íntegro (CANGUILHEM, 2000). Hipócrates considerava a doença como “um desequilíbrio dos quatro humores fundamentais do organismo humano”, o sangue, a linfa (fleuma), a bile amarela e a bile negra, ou seja, um desequilíbrio entre o corpo e a natureza (BATTISTELLA, 2007, p. 32; SCLIAR, 2007; CEZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). Os conceitos eram, pois, dependentes e estavam relacionados com as concepções advindas das relações entre homem e natureza, com uma compreensão que permeava a busca por certa cientificidade para a época.

Na Medicina Hipocrática, a busca por curar doenças ocorria pela recuperação do equilíbrio dos quatro elementos (água, ar, fogo e terra), que era realizado por meio da observação empírica. Assim, a prevalência de um elemento no corpo determinaria como a doença se manifestaria, ou seja, a doença não era exterior, mas resultado de um processo de interação entre o meio e o corpo, como parte da natureza humana. Porém, entre tais teorias, circulava o imaginário religioso, que tinha como objetivo justificar as práticas de purificação e expiação (SCLIAR, 2007; CEZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

No século XVII, surgiu a ideia dos miasmas, que eram definidas como “emanações de regiões insalubres capazes de causar doenças como a malária, muito comum no sul da Europa e uma das causas da derrocada do Império Romano” (SCLIAR, 2007, p. 31). Essas regiões insalubres se constituíam de dejetos humanos que eram jogados ou mesmo feitos nas ruas, corpos que não recebiam o cuidado adequado após o óbito, animais circulando por todos os locais, além de nenhuma condição adequada de cuidado com os alimentos.

Já o grego Galeno (129-199), médico e filósofo importante, buscou na Teoria Humoral²¹ uma explicação para a doença. Assim, “ressaltou a importância dos quatro temperamentos no estado de saúde. Via a causa da doença como endógena, ou seja, estaria dentro do próprio homem, em sua constituição física ou em hábitos de vida que levassem ao desequilíbrio” (SCLIAR, 2007, p. 31). Apesar de tais teorias estarem direcionadas para a doença, como concepção negativa de saúde, tais filósofos já estabeleciam relações entre as doenças e o ambiente, mesmo sem conhecimento aprofundado sobre o tema.

Além da influência da religião nesses aspectos, cada cultura aplicava seus saberes para organizar suas sociedades, e essa organização, que, muitas vezes, permeava o controle das atitudes da população, funcionava até mesmo para controlar doenças. Além disso, as características ambientais, nos diferentes continentes, também influenciavam o estilo de vida adotado por cada população, que favorecia ou não a disseminação de doenças, uma vez que não havia conhecimento sobre a transmissão ou ocorrência delas.

Nesse sentido, Scliar (2007) coloca como exemplo a transmissão da triquinose, doença transmitida pelo consumo de carne suína. Segundo o autor, a criação de porcos no Oriente Médio seria impossível, uma vez que, por ser uma região sem água, da qual os animais precisam para manter seu equilíbrio térmico, a necessidade desse elemento não poderia ser suprida por completo. Ademais, como povos nômades, seria dificultoso se deslocar com um animal que anda pouco. Outro exemplo enreda-se pelas culturas xamãs, em que um feiticeiro tribal era responsável por “expulsar, mediante rituais, os maus espíritos que se tinham apoderado da pessoa, causando doença” (SCLIAR, 2007, p. 30)”. Tais rituais tinham ligações estreitas com os elementos do Sol e da Lua, criando macrocorpos²², que se ligavam através destes rituais (SCLIAR, 2007).

²¹ A Teoria Humoral era aquela que compreendia que as doenças eram causadas pelo desequilíbrio entre os quatro humores principais: o sangue, a linfa (fleuma), a bile amarela e a bile negra (SCLIAR, 2007).

²² Macrocorpos: o doente é parte integrante do universo total. “Esse universo total não é algo inerte: ele ‘vive’ e ‘fala’; é um macrocorpo, do qual o Sol e a Lua são os olhos, os ventos, a respiração, as pedras, os ossos (homologação antropocósmica). A união do microcosmo que é o corpo com o macrocosmo faz-se por meio do ritual” (SCLIAR, 2007, p. 31).

Na Idade Média (500-1500 d.C.), marcada pelo sofrimento advindo de diferentes e devastadoras epidemias, a Igreja ganhou um espaço fecundo na concepção de doença, estabelecendo uma conexão entre a doença e o pecado, ou seja, todos os sofrimentos eram tratados como castigos de Deus (BATTISTELLA, 2007). O cuidado com os doentes, assim como as pessoas com deficiência, era designado a ordens religiosas, como os hospitais, que se desenvolveram significativamente com o Cristianismo e que tinham como função não a cura, mas o abrigo e o conforto aos doentes e às pessoas com deficiência, consideradas um perigo social. Entretanto, as opiniões hipocráticas mantinham-se, evitando viver contra a natureza, controlando os prazeres, como comer, beber e ter relações sexuais (SCLIAR, 2007; CATÃO, 2011; LOBO, 2015).

A Medicina da Idade Média passou a ser ameaçada, uma vez que suas condutas eram consideradas impróprias, pois se baseavam na observação da natureza, sendo substituídas por rezas, invocação de santos, penitência, exorcismos e outros rituais que buscavam purificar a alma (BATTISTELLA, 2007). Mais tarde, “o advento da modernidade mudará essa concepção religiosa” (SCLIAR, 2007, p. 33), uma vez que ela passa a exigir um corpo saudável e produtivo, que a religião não mais poderia oferecer por meio da fé.

O poder emanado da religião, por muitos anos, impactou o desenvolvimento da Medicina, uma vez que suas pesquisas eram consideradas blasfêmias. Já entre os árabes e judeus, a Medicina continuou se desenvolvendo. Entretanto, diferentes doenças, como a lepra, a influenza e a peste bubônica, assolavam constantemente os burgos medievais, principalmente pela falta de salubridade e higiene em grandes aglomerados urbanos, além de em decorrência das viagens marítimas, entre outros fatores. Essas doenças começaram a exigir que atitudes de Saúde Pública fossem tomadas, pois somente a religião não oferecia condições de cura para todas as doenças (BATTISTELLA, 2007).

No final da Idade Média, a Medicina iniciou a criação de códigos sanitários para regular e normatizar a organização das cidades. Além disso, foi quando surgiram os primeiros hospitais com objetivos de cura, pois, inicialmente, os hospitais eram locais aos quais somente eram levados aqueles que estavam no leito de morte, e não para receberem cuidado médico para a prevenção e reabilitação (BATTISTELLA, 2007; CANGUILHEM, 2009).

No século XVI, período de transição do Renascimento para a Modernidade, intelectuais que se ocupavam de observar a natureza para compreender o surgimento das doenças desenvolveram teorias para explicar o contágio. O Renascimento foi um período de grandes mudanças do processo histórico social como um todo, pois foi quando se iniciou a transição para a civilização moderna (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

No que tange à compreensão das doenças, os intelectuais da Modernidade passaram a identificá-las e estudá-las de forma individualizada. Entre esses intelectuais, talvez um dos mais importantes tenha sido Girolamo Francastoro, que buscou explicar a existência de agentes específicos para cada doença e, por conseguinte, como ocorria o contágio, como no caso da sífilis. Tal teoria foi chamada de Teoria do Contágio (BATTISTELLA, 2007; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

O conceito de saúde, desse modo, sofreu grande influência das diferentes transformações sociais e científicas no século XVII, com o advento da Modernidade. Nesse período, empiristas e racionalistas debatiam sobre a produção e a validade do conhecimento científico (BATTISTELLA, 2007).

Segundo Scliar (2007, p. 34), “o suíço Paracelsus (1493-1541) afirmava que as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo”. Nesse período, a Química passou a se desenvolver e influenciar a Medicina. Paracelsus assegurava que todos os processos envolvidos com o corpo humano eram químicos e, por isso, deveriam ser tratados por meios químicos. A partir disso, passou a tratar a sífilis epidêmica na Europa, com o uso de mercúrio, por exemplo (SCLIAR, 2007).

René Descartes foi influenciado pelo desenvolvimento da mecânica, no século XVII. Descartes referia que o corpo funcionava como uma máquina e assim deveria ser pensado. Nesse mesmo período, desenvolveram-se os estudos anatômicos, com o propósito de qualificar os estudantes de Medicina principalmente. Esses estudos afastaram a concepção humoral da doença, que passou a ser localizada nos órgãos. Um importante médico da época, que buscou definir o conceito de saúde foi François Xavier Bichat (1771-1802), o qual tratava a saúde como o “silêncio dos órgãos” (SCLIAR, 2007).

Consideradas as características (físicas ou morais) causadoras de mal-estar na sociedade, no século XVIII na Europa, iniciou-se um processo de recolha, nas ruas, das pessoas que apresentassem algum estigma físico ou moral que representasse comprometimento de alguma maneira à espécie humana. Tal processo ficou conhecido como a “vigilância médica”. No Brasil, esse processo chegou um pouco mais tarde, no início do século XIX, mas tinha os mesmos pressupostos atribuídos na Europa, já que, até então, a maior parte dos médicos era formado em países europeus (ROZENFELD, 2000).

Mais tarde, ainda no século XIX, Leriche apropriou-se do conceito de Bichat. Leriche considerava que “a saúde é a vida no silêncio dos órgãos”. A doença seria, então, tudo que perturbasse o homem no exercício de vida normal e que, por isso, iria lhe causar sofrimento, ou seja, era definida a partir dos efeitos que causava na estabilidade da vida humana

(CANGUILHEM, 2009, p. 57). Assim, tudo aquilo que perturbasse ou infringisse a norma estabelecida seria a doença e que, por essa definição, só poderia ser dada a partir da percepção do doente, e não do médico. Ainda, importa considerar que, para Leriche, o silêncio dos órgãos não implicava a ausência de doença, pois essa poderia levar muito tempo para ser percebida pelo doente como doença e, assim, manifestar-se por sinais e sintomas (CANGUILHEM, 2009).

Um importante marco que influenciou e definiu mais tarde muitas políticas de saúde foi o nascimento da epidemiologia. A epidemiologia nasceu sob influência do médico inglês John Snow (1813-1858), para quem:

[...] se a saúde do corpo individual podia ser expressa por números – os sinais vitais –, o mesmo deveria acontecer com a saúde do corpo social: ela teria seus indicadores, resultado desse olhar contábil sobre a população e expresso em uma ciência que então começava a emergir, a estatística (SCLIAR, 2007, p. 34).

A definição do que é patológico, ou do que é normal, e que permeia a concepção de saúde e doença, não necessariamente nesta ordem, tem como base os estudos de diferentes autores datados do século XIX, como Claude Bernard, Augusto Comte e Leriche. Claude Bernard considerava “a medicina como a ciência das doenças e a fisiologia como a ciência da vida” e procurava defender seus contextos a partir de “argumentos controláveis, protocolos de experiências, e sobretudo métodos de quantificação dos conceitos fisiológicos” (CANGUILHEM, 2009, p. 35, p. 42). Assim, entendia que toda doença tem uma função normal, que está relacionada com sua localização, expressando-se de forma perturbada, exagerada, diminuída ou aumentada. Para ele, “a saúde e a doença não são modos que se diferem essencialmente”, não há uma luta entre os dois para permanecer no organismo, são modos que se distinguem pelos excessos, pela desproporção, pela desarmonia dos fenômenos normais, os quais se constituem em estados doentios (CANGUILHEM, 2009, p. 38).

Augusto Comte atribuiu, ao que ele chama de Princípio do Broussais, um alcance universal, “na ordem dos fenômenos biológicos, psicológicos e sociológicos”, para definir a doença (CANGUILHEM, 2009, p. 17). Esse princípio explicava que todas as doenças consistiam no excesso ou na falta excitação dos órgãos e tecidos, estando abaixo ou acima do que se considera normal, ou seja, parte-se do pressuposto da normalidade para definir doença como tudo que perturba esse equilíbrio. Assim, os fenômenos da doença coincidiam com os fenômenos da saúde e somente eram diferenciados pela intensidade com que atingem o

equilíbrio corporal. Esse autor se preocupa em definir critérios nosológicos de normalidade, a partir dos quais poderá se definir aquilo que é anormal e patológico.

Entretanto, apesar de muitos esforços por meio de estudos e definições, as doenças ainda assolavam a população, e muitos ainda tinham na religião a justificativa para os males do corpo. Somente no final do século XIX se registrou um avanço significativo, a reinvenção do microscópio, que já existia no século XVII, mas recebia pouca significância, por Louis Pasteur. A partir daí, revelou-se a existência de microrganismos causadores de doenças, o que possibilitou o desenvolvimento de vacinas e soros (SCLIAR, 2007).

Tais estudos que foram se desenvolvendo ao longo dos anos tinham uma relação direta com os aspectos socioeconômicos que regiam a organização social de cada época. Nesse sentido, a Revolução Francesa teve grande influência, pois trouxe novo olhar para o trabalhador, a criação de fábricas e a implementação de mão de obra, que sofria com locais de trabalho insalubres, além do trabalho infantil e feminino. A nova realidade socioeconômica trouxe diversos problemas para a saúde da população, motivo pelo qual diferentes movimentos foram sendo criados para a garantia de direito, em especial dos trabalhadores.

3.1.2 Processo saúde e doença no Brasil

O Brasil, desde sua colonização, era compreendido pelos europeus, como uma terra de curiosidades e monstruosidades. Considerada uma terra sem lei, sem moral, sem costumes, repleta de degenerescências, era o local destinado aos renegados da “Pátria Mãe” para cumprir suas penas, tendo em vista ser um local com míseras condições de sobrevivência. A colônia era o reino da exclusão, todos aqueles considerados impuros, causadores de desordens e degenerescências eram enviados para o Brasil para pagar seus pecados (LOBO, 2015).

Uma terra repleta de índios com costumes significativamente diferentes dos costumes dos brancos, navios negreiros ancorando no País e trazendo diferentes doenças, além dos costumes insalubres trazidos da Europa para cidades que se constituíam sem nenhuma organização, fizeram com que muitas doenças assolassem a população brasileira até por volta dos anos 1800 (LOBO, 2015). Nesse contexto, incluíam-se as pessoas com deficiência, que eram consideradas um perigo social e que, por isso, permaneciam escondidas no fundo das residências, eram abandonadas à caridade e enclausuradas em hospitais que tinham a função de “cuidar”, separar a sociedade, uma vez que se entendia que a deficiência poderia ser “transmitida”

Por volta do século XIX, não se acreditava mais em castigo dos céus, mas na hereditariedade como resultante das deformidades. As “monstruosidades” eram consideradas um defeito no desenvolvimento dos órgãos, etapa anterior ao desenvolvimento normal. Dentre esses “monstros”, estavam aqueles com “deformidades físicas, mentais e surdos-mudos”, mas também os alcoólatras, as prostitutas e os vadios, provocadores de degenerescências da espécie humana e, portanto, “dignos” de controle. Havia desta maneira uma preocupação com a manutenção de condições “limpas” da espécie, por isso, tudo que pudesse representar perigo social era isolado (LOBO, 2015).

Essas tentativas de controle estavam carregadas de preconceitos, que invariavelmente refletem nos processos de exclusão perpetuados até hoje. O posicionamento frente à diferença atual é certamente herança de uma época em que qualquer atitude que ferisse os bons costumes da sociedade condenava à exclusão e ao castigo.

No que tange à formação médica, os primeiros profissionais brasileiros eram filhos dos senhores, que eram enviados para a Europa para estudar. O acesso ao tratamento médico era somente para os brancos, os quais podiam pagar pelo atendimento e que eram atendidos em suas residências. Os hospitais eram locais de “depósitos”; somente eram levados para este local aqueles que estavam em estado avançado de doença e que, por esse fator, viriam a óbito.

A vigilância médica²³ apresentava dois vieses. De um lado, pouco se sabia sobre a saúde humana, de modo que algumas estratégias necessitavam ser criadas para garantir condições de saúde. De outro, tais processos eram excludentes, porque estavam mais relacionados aos cuidados necessários para não “contaminar” a raça branca do que a dar algum tipo de assistência aos considerados degenerados, ou seja, o desconhecimento era também preconceito e certamente ainda é hoje.

Nesse novo contexto de higiene pública, a vigilância tornou-se essencial e, para isso, inquéritos populacionais foram realizados, contabilizando e controlando as condições de vida da população. As pessoas com deficiência foram incluídas nesses inquéritos e passaram a ser esquadrihadas, atribuindo-se a elas o lugar de deficientes. Tais controles também tinham íntima relação com o processo de industrialização, que exigia mão de obra para as fábricas, motivo pelo qual aqueles incapacitados necessitavam ser ocupados e produtivos de alguma forma, além de evitar condições que propiciasse a propagação da deficiência (ROZENFELD, 2000; LOBO, 2015).

²³ A “vigilância médica” é um termo utilizado por Michael Foucault em seus estudos sobre a saúde num contexto socioeconômico de capital (ROZENFELD, 2000; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

A normalidade passou a ser interpretada a partir da anormalidade, que excedia a ordem dominante que transbordava dos controles sociais, transgressão essa necessária à instauração da norma, necessária também à sua manutenção (JANUZZI, 2004; LOBO, 2015). Para além das características físicas ou da religião, as pessoas que eram consideradas “vadias”, sem serventia para a colônia, necessitavam ser controladas. Por esse motivo, no final do século XIX, o controle deu-se pelo cadastro das pessoas que viviam na terra dos senhores – todos precisavam ser registrados, ter moradia e trabalho fixo. A pobreza deixou de ser vista como santificada e passou a ser um princípio moral, levando à necessidade de controle. Em geral, na concepção da Medicina e da sociedade branca da época, os pobres eram responsáveis pelas doenças e deficiência porque eram mais propensos, devido à sua condição, à vadiagem e às atitudes imorais.

Com essas mudanças de concepções, novos conceitos para o controle foram estabelecidos. De um modo geral, a eugenia e a vigilância eram os recursos utilizados inicialmente para tentar controlar a população, tanto aquela com deficiência quanto aquela com comportamentos considerados “desvios morais”.

Na verdade, tanto o ideal de reclusão punitiva e vigilância eugênica quanto o ideal piedoso-filantrópico e médico-pedagógico de institucionalização e recuperação sucederam um ao outro. Apenas se adicionaram e talvez estejam mais ou menos vigentes até hoje nas práticas constitutivas da categoria da deficiência no Brasil (LOBO, 2015, p. 103).

Esse fragmento reitera as concepções de incapacidade que ainda refletem nas práticas exercidas com as pessoas com deficiência, mesmo aquelas que buscam garantir direitos. Isso justifica a necessidade de revisitar essa história, de maneira a produzir sempre novos olhares.

A nova organização por parte do Estado, que muito se parecia com a inquisição, mas que era voltado às práticas eugenista, estava incumbida de embrenhar-se na vida da população urbana, penetrando primeiro nas famílias e depois nas escolas, espalhando-se por toda a sociedade. Assim, preocupados com a organização da vida urbana e a saúde das elites, os médicos do século XIX elaboraram as primeiras classificações dos graus de degenerescências das doenças e os diagnósticos com base na causa oculta de quase todas as doenças: a hereditariedade. No final do século XIX, as práticas de vigilância médica determinavam que as pessoas que representavam perigo social fossem colocadas em asilos, os quais eram quase inexistentes, ou ordenavam que não saíssem das casas, quando tinham uma, ou que ficassem além dos muros da cidade (LOBO, 2015).

A chegada de estrangeiros no Brasil, nomeadamente da família Real no século XIX, deflagrou a necessidade de novas estratégias de controle e mudanças de conduta frente à população, principalmente para “inserção do Brasil nas transformações da ordem capitalista mundial e com as necessidades de aumentar a produção, defender a terra e cuidar da saúde da população” (ROZENFELD, 2000, p. 23).

Comparada à ação inquisitorial, a Medicina Social instituiu, no Brasil do século XIX, um novo mecanismo para controlar e ordenar a população, a partir dos hospitais e, na sequência, das famílias, das escolas, dos quartéis e das fábricas. Tal disseminação respondia a uma nova racionalidade ao aparelho do Estado, que se caracterizava pelo controle da população, organizando as condições de vida tanto individual quanto coletivamente (LOBO, 2015).

No século XX, a inquisição não era mais contra pecados, mas contra a degeneração da raça, que poderia ser produzida pelos pobres. Esse fato gerou a perseguição aos degenerados, em prol da organização da vida urbana e da saúde das elites. De acordo com Lobo (2015, p. 73),

[...] o sonho eugênico do poder médico, que saiu fortalecido das campanhas de vacinação obrigatória e de saneamento, pretendeu estender sua prepotência para o controle estrito das populações, pelo julgamento das uniões e das procriações, valendo-se de um verdadeiro decálogo de salvação nacional.

Quanto aos estudos médicos do século XX, muitos deles se preocupavam com os escravos, porém seu foco se fundava no cuidado principalmente com a propagação de doenças para a elite branca. Apesar de haverem estudos escassos, alguns deles se preocupavam com as condições de trabalho dos escravos, afirmando que “se a ociosidade é perniciosa, o abuso de trabalho ainda é mais” (LOBO, 2015, p. 180). Consideravam, assim, que as doenças de muitos trabalhadores eram consequência tanto do excesso e das condições insalubres de trabalho, dos castigos corporais, quanto das condições de vida em geral, como a falta de alimentação adequada, de horários de descanso e de lazer.

Essa escassez de pesquisas sobre os escravos demonstra que pouco a Medicina Social se preocupou com os escravos rurais. Ela pretendia a modernização da vida urbana pela extinção. O corpo do trabalho era o corpo descartável; então, por que se preocupar ou gastar dinheiro com o cuidado daqueles enfermos e “aleijados” que não eram mais produtivos? Melhor era morrerem, por que facilmente seriam substituídos (LOBO, 2015).

As primeiras intervenções da Medicina nos considerados “anormais” ocorreu pelo diagnóstico social, compreendendo como era essa população, onde vivia, quais seus costumes,

para então desenvolver estratégias de controle populacional (LOBO, 2015). Hoje ainda são observadas tais práticas, quando são desenvolvidas pesquisas em grande escala sobre as diferentes doenças que assolam a população e quando essa população é obrigada a fazer controle de saúde nas unidades básicas. Esse controle de saúde é importante, não se pode negar, pois dá condições de maior sobrevivência; contudo, é importante ter ciência de que a longevidade é também uma estratégia de um sistema socioeconômico que precisa de uma população em condições de consumir, seja em produtos para manutenção da saúde, seja no geral, motivo pelo qual essa estratégia de manutenção da longevidade não deixa de ser uma prática de controle.

Importa também lembrar a criação das Misericórdias, que tiveram influências sobre as ações de caridade deflagradas na sociedade. As casas de Misericórdia eram instituições organizadas pelas irmãs de misericórdia, cuja função era a gestão de hospitais de cunho filantrópico e de caridade nas vilas e cidades, mas que, apesar dessa organização, estavam intimamente ligadas ao interesse do Estado. Essas instituições tinham como objetivo manter hospitais, recolher esmolas, enterrar defuntos, rezar para as almas que doassem dinheiro para tal finalidade, amparar meninas órfãs, providenciar dotes, alimentar os presos e recolher crianças das rodas dos expostos. As relações comunitárias que se desenvolviam tinham, além de um cunho religioso, o objetivo de ajuda mútua, tendo em vista a inexistência de órgãos de amparo assistencial. As Misericórdias tornaram-se mais tarde esses órgãos (LOBO, 2015).

Com as Misericórdias, iniciou-se um controle em nome da caridade. As casas de Misericórdia apresentavam diversas funções: pedagógica para aqueles que eram excluídos da sociedade por seus desvios morais, os quais, por meio das ações pedagógicas poderiam ter o mínimo de educação; religiosa, citada anteriormente; de repressão e punição aos maus costumes; médica, principalmente nos casos de pessoas com deficiência que necessitassem de algum cuidado especial e que a família não poderia cuidar para trabalhar; além da função assistencial, distribuindo aos pobres as doações dos ricos (LOBO, 2015).

As crianças passaram a ser o foco de controle por meio da educação e, nos casos de famílias abastadas, eram enviadas para internatos, com a finalidade de resguardá-las das influências do mundo externo, prática orientada e desenvolvida nesses internatos pelos médicos-pedagogos. A criação de uma nova elite exigia que as crianças fossem educadas de modo a responder aos ideais de moral e bons costumes.

Escolas foram criadas para tal finalidade, em locais afastados dos aglomerados e com medidas rígidas de controle de salubridade, como edifícios espaçosos, vizinhos à vegetação, com pátio de proporções convenientes, onde o ar puro e o céu aberto propiciassem aos meninos a expansão de seus corpos, livrando-os de pensamentos e atitudes pecaminosas (LOBO, 2015).

A escola inicialmente era privilégio dos meninos, e só mais tarde as mulheres passaram a ter direito à educação (JANUZZI, 2004).

De uma forma geral, as práticas escolares não escaparam da normalização médica, voltada aos preceitos higiênicos, à rígida separação de turmas, por idade e capacidades individuais, à vigilância para evitar os perigos da masturbação, da condenação ao abuso do castigo corporal e moral; e às advertências quanto ao excesso de trabalho intelectual. No período após chegada da Família Real no Brasil, havia médicos permanentes nas escolas, os quais faziam inspeções regulares para manter o mais alto nível de controle, como era entendido que deveria ser a educação das crianças (LOBO, 2015).

Com o argumento de organização e controle que perdura até os dias atuais, todas as pessoas precisam ser encaixadas, ou no grupo de atletas ou no de sedentários, ou no grupo de intelectuais ou no de ignorantes, ou no de direita ou no de esquerda, ou no das pessoas com deficiência ou no das sem deficiência, ou no dos normais ou no dos anormais. A necessidade do sistema em produzir um padrão é certamente herança desses tempos relatados por Lobo (2015), tanto que muitos relatos podem perfeitamente ser traduzidos para a atualidade, como alguns citados na presente pesquisa. Dessa forma, a produção da deficiência ou da própria condição de saúde pode ser pensada como uma forma de controle de população.

Esses relatos são coerentes com uma perspectiva de sociedade que buscava (e ainda busca) a imortalidade, uma vez que o cuidado com a saúde, as observações e pesquisas que foram desenvolvidas no decorrer dos anos, são reflexo dessa busca. No que tange aos estudos da saúde e da doença, ainda tratadas como determinantes uma da outra, outros pesquisadores, já nos anos de 1900, vieram contribuir com tais conceitos, uma vez que, nesse período, apesar de ainda forte em algumas culturas, a religião já não tem todo o poder sobre o Estado como anteriormente. A modernidade, nesse sentido, “destrona” a Igreja da supremacia na determinação das condições de vida da população, que passa a seguir outros “deuses”.

Nesse contexto, vale lembrar as contribuições do filósofo norte-americano Christopher Boorse (1977) para a compreensão da saúde e da doença, que perpassa o modelo biomédico de saúde, até então construído. Boorse, com base em uma filosofia naturalista, fazia uma crítica rigorosa ao conceito de saúde como equilíbrio e harmonia (ALMEIDA FILHO, 2011). Segundo Scliar (2007, p. 37), a classificação dos seres humanos como saudáveis ou doentes, conforme atribuído por Boorse, “seria uma questão objetiva, relacionada ao grau de eficiência das funções biológicas, sem necessidade de juízos de valor”.

Boorse (1977 apud SCLIAR, 2007) contribui para a concepção de “funcionamento normal” do corpo, enfatizando o conceito de eficiência que tem referência na estatística de

saúde. De acordo com Almeida Filho (2011, p. 35), “a fim de poder usar o conceito de função para definir saúde, propõe como alternativa o conceito de funcionamento normal capaz de tornar o funcionamento orgânico em estado ou condição de normalidade”.

Boorse classificava assim os homens como saudáveis ou doentes, e essa classificação ocorria a partir de dados objetivos, o que, por sua vez, descartava qualquer possibilidade de considerar, no conceito de saúde, as dimensões econômica, social, cultural e psicológica. Além disso, o filósofo rejeitava a experiência clínica como referência importante na determinação da doença, enfatizando que somente uma análise biológica ou patológica com base em dados estatísticos poderia fornecer dados objetivos para a definição de um organismo saudável ou doente (BATTISTELLA, 2007; ALMEIDA FILHO, 2011).

A mudança na perspectiva de abordagem da doença, com a possibilidade de uma observação mais sistemática e quantificável, com base no modelo médico emergente que tinha como valores a localização, a especificidade e a intervenção, que se focava nos aspectos morfológicos, orgânicos e estruturais, passa, a partir das décadas de 1940 e 1950, a compreender a saúde como seu oposto. Desse modo, as análises de Boorse, publicadas nas décadas de 1960 e 1970, assim como as de outros que o sucederam e que mantinham uma concepção de saúde restrita ao corpo, tomaram força suficiente para que essa compressão de saúde perpetue até os dias atuais em muitos setores da sociedade.

Esse modelo, chamado de biomédico, caracteriza-se, segundo Battistella (2007, p. 54),

[...] pela ênfase nos aspectos biológicos, individuais e pela abordagem mecanicista, esse modelo passa a fragmentar o corpo em sistemas, órgãos, tecidos e células, estruturando um conhecimento cada vez mais especializado sobre cada função e disfunção orgânica.

Reconhece-se, no entanto, que os avanços em tecnologias médicas se devem especialmente à capacidade de análise e produção de tecnologias a partir de dados objetivos. Todavia, reconhece-se que o conceito de saúde não pode estar restrito às doenças, uma vez que muitas delas ou quase sua totalidade na atualidade são resultado de interações entre o corpo e o ambiente.

Battistella (2007, p. 55), argumenta que a patologia designa “alterações ou à disfunção de processos biológicos e/ou psicológicos, definidos de acordo com a concepção biomédica”. Já a enfermidade seria um termo mais empírico, que considera a percepção individual de cada um sobre a experiência de adoecer, ou seja, diz “respeito aos processos de significação da doença”. Dessa forma, quando se atribui sentido à patologia, se está considerando uma experiência humana que é individual e que passa a ser objeto de atenção médica. Portanto, a

definição de saúde e doença ou de normal e patológico é de difícil estabelecimento, pois cada cultura atribui diferentes sentidos para as experiências humanas.

A história que constitui a concepção que hoje se conhece sobre saúde e doença é repleta de nuances, e talvez por isso ela ainda reflita nas concepções arraigadas na sociedade contemporânea. Há, devido a isso, a emergência da discussão dessa temática, que parece estar superada em alguns aspectos, mas que é mascarada nas ações da vida cotidiana, como, por exemplo na prática do assistencialismo institucional, na falta de respeito à diversidade, nas ações de sala de aula em que não se inclui, mas se diferencia nas tarefas propostas.

3.1.3 Constituição do campo da Saúde Coletiva no Brasil

A presente pesquisa tem sua base assentada no campo²⁴ da Saúde Coletiva, que oferece significativa influência sobre as concepções de saúde contemporâneas. Essa influência denota a necessidade de compreender, pelo menos em parte, como se estruturou o campo da Saúde Coletiva no Brasil ao longo dos anos e as influências que esta sofreu.

A organização da saúde no Brasil enquanto política social teve influência de diversos movimentos ocorridos em na França, na Alemanha, na Inglaterra e nos Estados Unidos. Os movimentos ocorridos nesses países para a organização principalmente de higiene, no contexto de urbanização e do processo de industrialização, foram se desenvolvendo pela necessidade de manutenção o maior tempo possível dos trabalhadores em condições de trabalho nas fábricas, bem como da alta incidência de epidemias. O Poder Público, preocupado com esses processos, passou a investir em pesquisas para controlar a saúde da população (SOUZA, 2014).

De acordo com Amador e Silva (2018), a nova constituição social, com estados mais modernos para a época, fez emergir novos saberes sobre o processo saúde-doença para uma dimensão mais coletiva, na qual o Estado desenvolvia ações para o controle dos corpos, voltadas à manutenção para o trabalho e à circulação pelas cidades. Essa organização se desenvolveu especialmente na Europa e só chegou na América Latina no final da década de 1960.

O campo da Saúde Coletiva no mundo surgiu por volta dos anos de 1940 em meio a um contexto socioeconômico marcado por processos de industrialização, bem como pelas crises referentes aos cuidados em saúde e à formação de recursos humanos. Pesquisas sobre os “fatores sociais da saúde” começaram a ser desenvolvidas por antropólogos (NUNES, 2012).

²⁴ Utilizar-se-á o termo “campo”, conforme compreende Gastão Wagner de Souza Campos, em texto clássico da Saúde Coletiva, intitulado “Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas, publicado na Revista Ciências e Saúde Coletiva, no ano de 2000.

Na década de 1940 e 1950, nos Estados Unidos, houve uma crise na área da Medicina, que era fragmentada e, portanto, não ofertava mais condições de cuidado da saúde como um todo. Além disso, aumentavam os custos de saúde, devido aos novos moldes organizacionais socioeconômicos. Essa crise foi decorrente da mudança de perfil epidemiológico da população, fato que direcionou os estudos clínicos para as doenças não transmissíveis (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

A mudança na formação dos médicos foi a estratégia instituída, tomando a prevenção como proposta de intervenção principalmente para a redução dos custos de saúde. Esse período foi chamado de Medicina Preventiva. A proposta preventivista vinha de encontro ao modelo de saúde biomédico em crise, para o qual se ofertava um novo olhar ao projeto pedagógico de formação, e

[...] não de forma direta as práticas médicas [...] o saldo deste momento é a criação dos departamentos de medicina preventiva e social nas escolas médicas e de disciplinas que ampliam a perspectiva clínica, como a epidemiologia, as ciências da conduta, a administração de serviços de saúde, a bioestatística. Instala-se a preocupação com uma perspectiva biopsicossocial do indivíduo e a extensão da atuação pedagógica para fora do hospital, criando trabalhos comunitários (NUNES, 2012, p. 22).

A nova característica e organização necessária, resultante das transformações socioeconômicas e de saúde advindas do pós-guerra (1934-1945), que instituiu uma nova ordem de organização, primando pela importação, pela industrialização e pela acumulação de capital, trouxe consigo debates sobre a participação estatal, o aumento da força de trabalho e sua produtividade, além das exigências de saneamento devido à urbanização e dos novos desafios para a gestão da saúde da população, a partir da perspectiva preventivista (NUNES, 2012).

A Medicina Social (1974-1979) teve como centro de discussão a valorização do social e passou a observar a determinação do adoecimento e das possibilidades de saúde, por meio da prevenção de doenças e da promoção de saúde, articulando ações interventivas coletivas e individuais (OSMO; SCHRAIBER, 2015). A visibilidade social que a problemática tomou naquele período deve-se principalmente aos movimentos sociais populares e as universidades.

Segundo Arouca (2003 apud NUNES, 2012), a Medicina Social era entendida como uma forma de reorganizar a posição e o lugar dos conceitos de saúde e doença que permeavam as características da saúde das populações que se instalavam e exigiam formação médica adequada. Trata-se de um movimento ao nível da produção do conhecimento, buscando estabelecer relações entre o biológico e o psicossocial.

A ampliação de conhecimentos tinha como objetivo elevar a padrões máximos os níveis de saúde e bem-estar das populações. Para tanto, os departamentos de Medicina Preventiva e Social passaram a adotar posicionamentos mais inovadores e críticos, buscando “estabelecer uma disciplina que se situa nos limites das ciências atuais” (AROUCA, 1975 apud NUNES, 2012, p. 22).

Em meados das décadas de 1960 e 1970, chegou à América Latina a Medicina Social-comunitária. Esse movimento foi uma tentativa de trazer para a realidade prática os conhecimentos acadêmicos advindos do preventivismo. Segundo Souza (2014, p. 10), “trata-se da organização de serviços de saúde extra-hospitalares, destinados ao exercício profissional do novo médico, portador de uma atitude integral, preventiva e social *vis-à-vis* seus pacientes”. O termo “comunitária” trata das ações deflagradas nas comunidades, tanto para contribuir para a formação dos médicos, quanto para ampliar a cobertura dos serviços médicos a populações menos favorecidas (SOUZA, 2014).

No final dos anos 1960, surgiu uma crítica aos efeitos negativos da medicalização das populações, apontando para a necessidade de atuar no sentido de reduzir esses efeitos e ampliando a cobertura em saúde, também das populações rurais. Essa necessidade culminou com a declaração de Alma-Ata, em 1978, na qual os países se comprometiam a ofertar saúde para todos até o ano 2000 (ver seção 3.1.4) (SCOREL, 1999).

Entretanto, em alguns países, a Medicina Social-comunitária representou uma estratégia substitutiva do modelo de saúde, “com inversão do enfoque da doença para a promoção da saúde”; em outros, a saúde comunitária e os modelos dela decorrentes (Medicina Preventiva, Atenção Primária em Saúde, Atenção Básica em Saúde) tornaram-se alternativas de ampliação da cobertura (AMADOR; SILVA, 2018, p. 13). Tais estratégias se desenvolveram com a inauguração de centros comunitários, os quais eram, em alguns locais, administrados por organizações não lucrativas, com subsídios do Governo Federal, cujo destino eram as ações preventivas e os cuidados básicos de saúde para populações localizadas em áreas limitadas geograficamente (AMADOR; SILVA, 2018).

Segundo Nunes (2012), a Medicina Social organizou-se em três fases. A primeira, cujo período compreende de 1974 a 1979, caracterizou-se como um momento de construção teórico-conceitual, realizada por meio de pesquisas epidemiológicas, sociais e sobre os determinantes econômicos da saúde e da doença. Essa discussão ampliada redirecionou-se para a segunda fase, que foi chamada de político-ideológica, criando propostas para a reforma do sistema de saúde. A terceira fase iniciou-se a partir do final dos anos 1970 e foi marcada pela criação dos programas de pós-graduação em Saúde Pública e Medicina Social, da Associação Brasileira de

Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), bem como pelo movimento da Reforma Sanitária, que marcaram a reconstrução do próprio campo da saúde, pela reestruturação das políticas sociais, em especial. Essas fases culminaram na construção das diversas políticas de saúde ainda vigentes, como a Constituição de 1988 no Brasil, a Lei nº 8.080/90, entre outras (NUNES, 2012).

De acordo com Escorel (1999, p. 29), a “teoria social da medicina tinha como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização”. Assim, o período compreendido pela Medicina Social foi importante pois firmou uma construção teórico-conceitual do conceito social de saúde, vinculando as pesquisas “sociais, epidemiológicas sobre os determinantes econômicos da doença e do sistema de saúde, associada à discussão de propostas alternativas ao sistema de saúde vigente” (NUNES, 2012, p. 25).

Apesar das bases teóricas da Saúde Coletiva estarem firmadas antes do início da segunda metade dos anos 1970, o marco de constituição do campo da Saúde Coletiva como termo no Brasil, data de 1979, quando surge a Abrasco (ESCOREL, 1999; SOUZA, 2014; OSMO; SCHRAIBER, 2015). Esse movimento da Saúde Coletiva surgiu na década de 1970, em meio aos movimentos nacionais pela redemocratização do País, em especial o da Reforma Sanitária, frente ao período da ditadura militar (PAIM, 2009).

O projeto de um novo País incluía uma Reforma Sanitária, que tinha como principal aspecto a garantia de acesso de qualidade e igualitário à saúde, para toda a população. Esse projeto estava além das questões que envolviam a saúde, rompendo com os movimentos da Medicina Preventiva e Comunitária e com o sanitarismo institucional. Contudo, tratava de um projeto de reforma social no País, frente às condutas ditatoriais e à falta de investimento em projetos sociais, direcionados para melhorar as condições de vida da população (PAIM, 2009; SOUTO; OLIVEIRA, 2016).

O movimento da Reforma Sanitária brasileira apresentou-se como uma ação política, civilizatória, democrática, participativa, calcada em pressupostos de inclusão e solidariedade, tratando da saúde como um direito universal e de cidadania, ou seja, de caráter contra-hegemônico (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). Trata de um movimento contra-hegemônico, pois atua no sentido de planejar as ações de maneira coletiva e participativa, com ações preventivas superiores àquelas curativas, focada na equipe de saúde interdisciplinar e não no profissional médico como principal ator, atuando com foco em resolver os problemas de saúde com ênfase mais nos aspectos sociais do que nos biólogos, entre outras características.

A Saúde Coletiva surgiu nesse movimento transformador e era compreendida, naquele período, conforme Souza (2014, p. 11), como

[...] uma área do saber que toma como objeto as necessidades sociais de saúde (e não apenas as doenças, os agravos e os riscos) entendendo a situação de saúde como um processo social (processo saúde-doença) relacionado a estrutura da sociedade e concebendo as ações de atenção à saúde como práticas simultaneamente técnicas e sociais.

A partir desse conceito, entende-se a saúde não apenas como uma área de saber, mas também como um aspecto da vida humana que está estreitamente relacionado à estrutura social em que cada pessoa vive e que, por isso, denota uma complexidade de fatores, que intervém tanto na concepção, quanto na condição de vida da população.

Nessa perspectiva de uma nova saúde, voltada para a sociedade, ocorreu, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação da sociedade nas decisões sobre as estratégias de ação da Saúde Coletiva, além de profissionais da saúde e acadêmicos. A Conferência instigou um tratamento diferenciado à saúde da população, uma vez que, na Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser tratada como um direito social, como competência e dever da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que deveriam prover as condições para o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação, por meio da criação de políticas públicas (BRASIL, 1988).

Portanto, a VII Conferência é tratada como um grande marco, uma vez que, em 1990, foi promulgada a Lei nº 8.080, que institui e regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) no País e que trouxe novos horizontes para o acesso ao direito à saúde para toda a população (BRASIL, 1990; BATTISTELLA, 2007; CZRESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Na VIII Conferência Nacional de Saúde, ficou explícito que a saúde é um direito que deve ser garantido pelo Estado, em condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário a todas as ações de saúde, nos diferentes níveis para todos os habitantes, levando em consideração o “desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade” (BRASIL, 1989, p. 04).

A Lei nº 8.080, portanto, aponta, em seu Artigo 5º, Inciso III, que o SUS deve ofertar “assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” para todas as pessoas, independentemente de suas características (BRASIL, 1990). Os documentos gerados pela VIII Conferência e pela Lei nº 8.080, apesar de não mencionarem as pessoas com

deficiência, deixam claro que todas as pessoas deveriam ter acesso às ações e aos serviços de saúde.

Neste movimento da constituição do campo da Saúde Coletiva, vale mencionar os argumentos de Gastão Wagner de Souza Campos sobre a caracterização da Saúde Coletiva como um campo de saber numa perspectiva dialética. Para o autor, a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas seriam organizadas a partir da constituição de campos e núcleos, este compreendido como “uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso” (CAMPOS, 2000, p. 225). Assim, esse núcleo demarca “a identidade de uma área de saber e de prática profissional” (CAMPOS, 2000, p. 225).

Já o campo, estruturado como um “espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” (CAMPOS, 2000, p. 220). O campo da Saúde Coletiva é um “pedaço do campo da saúde”, distribuído em distintos planos de inserção. O autor cita pelo menos dois planos:

[...] a Saúde Coletiva, como movimento intelectual e moral; e a Saúde Coletiva como um núcleo, uma concentração nuclear de saberes e práticas. Um núcleo co-produzido por miríades de inter-relações com o campo e, ao mesmo tempo, um núcleo co-produtor desse mesmo campo (CAMPOS, 2000, p. 225).

Para a organização desse campo de saber, os saberes e as práticas comporiam parte dos saberes e das práticas de outras categorias e atores sociais. Assim, todas as profissões de saúde, as nucleadas na clínica ou na reabilitação ou no cuidado, todas, em alguma medida, deveriam incorporar, em sua formação e em sua prática, elementos da Saúde Coletiva (CAMPOS, 2000).

A Constituição da República Federativa do Brasil, resultante do processo de democratização do País, foi instituída para garantir direitos fundamentais para todos os brasileiros. No que se refere às pessoas com deficiência, no Artigo 23, Capítulo II, a Constituição refere que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências” (BRASIL, 1988). Em 1989, a Lei nº 7.853 passou a ofertar apoio às pessoas com deficiência e sua integração social. Na promulgação da Lei nº 8.080/90, a qual trata da lei que organiza o SUS, a atenção ofertada à saúde para toda a população deve ser integral, universal e equânime, porém não é citada a população pessoas com deficiência especificamente. Somente dez anos mais tarde, com a Lei nº 10.048/00, foi firmada prioridade no atendimento de saúde para essa população. Em 1999, o Decreto nº 3.298, instituiu a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, que passou a garantir alguns

direitos às pessoas com deficiência, como o acesso à saúde. Na sequência, a Lei nº 10.098, do ano 2000, passou a determinar critérios para a promoção da acessibilidade. Em 2004, tanto a Lei nº 10.048 quanto a nº 10.098, também de 2000, foram regulamentadas pela Lei nº 5.296 (BRASIL, 2004).

No que tange aos cuidados da saúde direcionados à pessoa com deficiência, a Portaria do Ministério da Saúde/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, instituiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. A Política “caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil” (BRASIL, 2010b, p. 07). As ações direcionam-se para a prevenção de agravos à proteção da saúde, passando por uma reabilitação que respeite as capacidades funcionais, a proteção e a inclusão da pessoa com deficiência. Ações a serem implementadas pelas três esferas do Governo devem estabelecer parcerias com os diferentes setores sociais para “a promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos, e a organização e funcionamento dos serviços” (BRASIL, 2010b, p. 07).

Nessa política, o conceito de deficiência que rege as ações é compreendido a partir das concepções disseminadas a partir da década de 1960, como aquele que apresenta estreita relação “entre as limitações que as pessoas com deficiência experimentam, a estrutura do meio ambiente e as atitudes da comunidade” (BRASIL, 2010b, p. 04). Isso significa que as deficiências são fruto da interação entre as capacidades corporais, a sociedade e o ambiente em que ela vive.

Em 2009, foi promulgada, pelo Estado Brasileiro, com *status* constitucional, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, realizada em Nova York, Estados Unidos em 2007, que procedeu com mudanças quanto às políticas para pessoas com deficiência, com o objetivo de eliminar as barreiras que podem interromper sua participação plena na sociedade de maneira igual às outras pessoas (BRASIL, 2009a). Essa concepção teve influência da nova proposta da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) de compreensão sobre as deficiências e a interação destas com as condições da sociedade.

Ressalta-se que, até 2011, a agenda da reabilitação foi negligenciada pelo SUS, desenvolvendo ações centradas na habilitação dos serviços para atender às demandas, sem criar recursos direcionados especificamente para as pessoas com deficiência. Por isso, naquele ano, foi lançado o Viver sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência (Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011), que envolvia 17 ministérios e estava organizado em quatro eixos: acesso à educação; atenção à saúde; inclusão social e acessibilidade. Essas ações

tenham como objetivo criar e implementar estratégias para a garantia de direitos desta população em áreas prioritárias.

No ano seguinte, a Portaria nº 793, de 2012, do Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. A Rede tinha como objetivo estabelecer diretrizes por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para as pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva; regressiva ou estável; intermitente ou contínua. Segundo o Artigo 3º (BRASIL, 2012b), são objetivos gerais da Rede

- I – ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS;
- II – promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III – garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

Esses objetivos direcionaram as políticas de saúde para essa população, com base nos princípios do SUS, de integralidade, equidade e universalidade da atenção à saúde, ampliando e qualificando o atendimento. Percebe-se que, depois dos anos 1990, houve, no Brasil, diferentes documentos e eventos que favoreceram uma nova concepção de/para a compreensão dos aspectos que envolvem a saúde humana. Entretanto, vale recordar que, mesmo com essas mudanças, muitos aspectos ainda não foram superados quanto à compreensão da saúde, principalmente pelas áreas do conhecimento que não se detêm ao estudo dos fenômenos sociais envolvidos com a saúde, justificando a necessidade de reconhecer os processos históricos que favorecem a compreensão que ainda perdura nos dias atuais²⁵.

3.1.4 O conceito contemporâneo de saúde: modelo biopsicossocial

A concepção da saúde como ausência de doença continua sendo perpetuada pela Medicina, o que é perceptível nas pesquisas e na produção tecnológica de saúde, especialmente naquelas que se relacionam à área do diagnóstico (BATTISTELLA, 2007). Tal afirmação é também corroborada por França (2013), ao discorrer sobre o modelo social da deficiência, cuja gênese se assenta nas concepções da saúde sobre a deficiência.

A saúde tem sido tratada como um problema de diferentes ordens. Canguilhem (2009) preocupou-se em fazer uma discussão filosófica sobre os conceitos de normal e patológico, que

²⁵ Para aprofundar os aspectos históricos, sugere-se a leitura da tese de Antônio Sergio da Silva Arouca (1975) e do livro “O que é o SUS”, de Jairnilson Silva Paim (2009).

influenciaram e influenciam uma distinção, tênue, sobre tais definições. Outros autores, como Dina Czeresnia, Naomar de Almeida Filho, têm empreendido esforços para definir o conceito de saúde, o que, ao que parece, está distante de ser delimitado e talvez nem possa ser, tendo em vista suas nuances e influências de uma maneira geral.

Na perspectiva de um olhar filosófico de saúde, Canguilhem (2009) traz o conceito de doença, que baliza a compreensão. Para o autor, a doença não está restrita às anomalias de funcionamento de órgãos e sistemas, mas se relaciona também à percepção da experiência de estar doente. A definição do que é patológico e do que é normal tem como base os estudos de diferentes autores datados do século XIX, como Claude Bernard, Augusto Comte e Leriche, referidos anteriormente.

Na sua contemporaneidade, esses autores referidos (Claude Bernard, August Comte, Leriche), assim como outros, buscavam definir, na medida do possível, o que era saúde e doença para suas épocas, buscando, por meio da quantificação, própria do positivismo, estabelecer critérios para, em seguida, ampliar as pesquisas na área médica. No caminho percorrido por Canguilhem (2009), na busca por estabelecer o que é patológico e o que é normal, a realidade empírica defronta-se com a realidade objetiva/científica, que necessita de respostas práticas para suas delimitações. Assim, o autor estabelece que a saúde e a doença se baseiam na percepção do indivíduo e que cabe ao médico quantificar como esta pode interferir no funcionamento do corpo humano a partir daquilo que se entende como normal, mas não sobre a compreensão de cada pessoa sobre sua condição.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu, em 1946, a saúde como “um estado de perfeito bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença ou incapacidade”. Esse conceito é tratado como utópico, uma vez que o completo bem-estar é impossível de ser alcançado nos dias atuais, já que, na vida humana, está envolvida uma série de aspectos biopsicossociais, que nem sempre estão em perfeita harmonia.

Segundo Scliar (2007, p. 37), o conceito de saúde definido pela OMS refletia a “aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo”. Assim, a saúde como um direito deveria anunciar condições de vida plena e sem privações. Tratar-se-ia, então, de um conceito “útil para analisar os fatores que intervêm sobre a saúde, e sobre os quais a Saúde Pública deve, por sua vez, intervir, é o de campo da saúde (*health field*), formulado em 1974 por Marc Lalonde” (SCLIAR, 2007, p. 37). Scliar (2007, p. 37) ainda refere que haviam críticas sob duas perspectivas. A primeira seria de natureza técnica, compreendendo que, do ponto de vista técnico (médico), a saúde não poderia ser atingida em plenitude; e a segunda, de natureza política, libertária, conforme a qual o

conceito de saúde “permitiria abusos por parte do Estado, que interviria na vida dos cidadãos, sob o pretexto de promover a saúde”.

Sagre e Ferraz (1997) fazem críticas ao conceito atribuído pela OMS, referindo que a tanto a perfeição quanto o bem-estar são subjetivos e praticamente impossíveis de serem delimitados, uma vez que a percepção desses aspectos deveria levar em consideração as crenças e os valores de cada pessoa. Para os autores, os sujeitos são complexos, e uma série de aspectos que envolvem a mente, o corpo, as relações sociais estão envolvidas com a percepção que cada pessoa tem sobre sua saúde. Os autores concluem questionando se “*poderá dizer que saúde é um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade?*” (SAGRE; FERRAZ, 1997, p. 542, grifo dos autores).

Nesse sentido, após a divulgação do conceito de saúde da OMS (1946), que tinha uma função grande na medida em que instituía um “completo bem-estar”, os países passaram a buscar esse ideal sanitário, criando legislações que pudessem suprir o ideal de saúde para além da presença da doença. Surgiu, então, nesse contexto, um movimento de promoção de saúde, que se descortina em práticas de prevenção de doenças e agravos à saúde, diferenciado daquele de prevenção de doenças. A Medicina Preventiva ganhou lugar, buscando adequar a formação na área médica para atender às novas demandas dos serviços de atenção à saúde (ALMEIDA FILHO, 2011).

Segundo Westphal (2012), o conceito de promoção de saúde, diferente daquele voltado para a prevenção da doença, teve uma influência significativa do Informe Lalonde, divulgado em 1974. Esse informe surgiu a partir de questionamentos do então ministro Lalonde, sobre os investimentos em saúde realizados no Canadá, mostrando que os indicadores de saúde não correspondiam aos investimentos econômicos realizados, pois o estilo de vida e o ambiente eram responsáveis por 80% do controle das causas das doenças. Esse informe sugeriu algumas “dimensões a serem considerados individualmente ou em conjunto na elaboração de políticas governamentais de saúde: ambiente, biologia humana, os estilos de vida da população e o sistema de saúde” (WESTPHAL, 2012, p. 689).

Um marco importante para a deflagração do movimento de promoção de saúde foi a Conferência Internacional de Assistência Primária a Saúde, ocorrida no ano de 1978, em Alma-Ata (Cazaquistão) e promovida pela OMS. De acordo com Westphal (2012), foi a primeira vez que a saúde foi reconhecida como direito, sendo garantida por meio de ações integradas com outros setores sociais. Essa conferência desempenhou um papel importante na ênfase dada às desigualdades sociais, na situação de saúde díspar entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos, destacando, assim, a responsabilidade governamental no fornecimento de

atenção à saúde adequada, bem como demonstrou a importância da participação social no planejamento e gestão das estratégias de cuidado a saúde. Desse evento, surgiu a Declaração de Alma Ata, a qual ofereceu subsídios para a criação de estratégias viáveis de Atenção Primária à Saúde, universalizando a saúde como um direito (BRASIL, 2002; SCLIAR, 2007).

Após 10 anos da divulgação do Informe Lalonde, este foi rediscutido para a redefinição dos princípios da promoção de saúde, que ficaram estabelecidos como: a) envolvimento da população nas propostas de promoção de saúde, desvinculando o enfoque somente para a presença da doença; b) ações sobre os determinantes econômicos, político, ambiental, cultural e sociais de saúde; c) uso de ações com métodos e abordagens variadas e complementares para as práticas em saúde; d) participação social e e) atividades do campo social e da saúde, e não apenas dos serviços de saúde (WESTPHAL, 2012).

As discussões que se sucederam após a divulgação do Informe Lalonde, bem como as pesquisas que ampliaram o enfoque para os determinantes sociais de saúde (DSS), culminaram, em 1986, na promoção, pela OMS, da I Conferência de Promoção de Saúde, em Ottawa, Canadá. Nesse evento, foi redigida uma carta de intenções, conhecida como Carta de Ottawa (WESTPHAL, 2012; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). Tal documento tinha como objetivo estabelecer estratégias conjuntas entre os países e a OMS para garantir a saúde para todos até os anos 2000 e aos anos subsequentes. Esse foi um importante marco da definição de que os principais DSS são externos ao sistema de tratamento (BRASIL, 2002; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Na Carta de Ottawa, a promoção de saúde é definida como um:

[...] processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver (BRASIL, 2002, p. 19).

Com base nesse trecho, é possível perceber que a saúde é compreendida como um conceito positivo, que considera fatores pessoais. Desse modo, a saúde e o bem-estar passam a ser vistos não somente como função do Estado, mas também como responsabilidade social de cada um, no cuidado de seu estado de saúde.

A VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, incorporou medidas para a promoção de saúde dos povos e enfatizava que a saúde é um direito de todos, embora seja dever do Estado prover as condições para o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de

saúde, no que tange à promoção, à proteção e à recuperação de saúde em todos os níveis de atenção à saúde (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013).

Nesse contexto, a promoção de saúde requer a criação de ambientes saudáveis, justificando a necessidade de inclusão dos diversos setores sociais na implementação das estratégias para práticas de saúde saudáveis. Desse modo, surge o conceito de “cidades saudáveis”, que “consiste em uma forma interessante de incorporar o conceito de promoção da saúde ao modelo de orientação das práticas de saúde ao propor como eixos de atuação a intersectorialidade e a participação e o fortalecimento comunitário” (MONKEN; BARCELLOS, 2007, p. 193).

Segundo Westphal (2012, p. 701), a promoção de saúde tem cinco princípios que definem as práticas realizadas: “1) ações de promoção de saúde devem se pautar por uma concepção holística de saúde voltada para a multicausalidade do processo saúde doença”, princípio que considera a complexidade da realidade para resolver os problemas de saúde; 2) garantia de equidade na promoção de saúde, a partir da formulação de políticas públicas tanto de âmbito social quanto de saúde, enquanto conceitos que se entrelaçam nesse campo; 3) I=intersectorialidade tanto na promoção de saúde quanto na prevenção de doenças em específico, visando colocar a saúde como centro de convergência nas ações nos diferentes setores aos quais ela está vinculada; 4) participação social como estratégia para a resolução dos problemas de saúde, com a participação no planejamento, na execução e na avaliação das estratégias conforme a realidade regional; 5) sustentabilidade, cujo enfoque se dá nos aspectos que envolvem o desenvolvimento sustentável com ações duradouras e fortes. Essas ações relacionadas ao meio ambiente foram amplamente discutidas na Conferência da Organização das Nações Unidas (ONU), Rio+20, a fim de orientar ações para a promoção de saúde a partir das relações com o meio ambiente (WESTPHAL, 2012).

A partir dessas definições, Westphal (2012) aponta os cinco campos de ação publicados na Carta de Ottawa, a saber: 1) elaboração de implementação de políticas públicas saudáveis, que possam minimizar as desigualdades sociais atuando com base nos DSS; 2) reforço da ação comunitária, pela participação social; 3) criação de espaços saudáveis que apoiem a promoção de saúde; 4) desenvolvimento de habilidades pessoais de cuidado com a saúde em âmbito pessoal e coletivo e 5) reorientação dos serviços de saúde, ampliando e qualificando o acesso aos serviços e programas de saúde.

Esse documento estrutura um novo conceito de saúde, valorizando o indivíduo como produtor de sua própria saúde. Desse modo, a mudança do paradigma de compreensão da saúde, que contempla não apenas a ausência de doença, mas também os DSS, envolve diferentes atores

para a operacionalização da promoção da saúde. Assim, segundo Battistella (2007, p. 81), além dos profissionais da saúde, são incorporados ao rol de profissionais que se preocupam em pensar e criar estratégias para a garantia de condições favoráveis de saúde, os “ambientalistas, engenheiros, advogados, antropólogos, artistas, jornalistas, garis, e a própria população envolvida direta ou indiretamente na produção e/ou na solução do problema”.

O desenvolvimento de hábitos de vida saudável é uma tarefa que, atualmente, frente à configuração do sistema de saúde e à compreensão da saúde a partir de seus DSS, necessita do investimento de outros profissionais, como da Assistência Social, da Educação, da Administração, da Arquitetura, das Engenharias, da Habitação, do Meio Ambiente, da Segurança Pública, do Direito, entre outros. Souza e Horta (2017) enfatizam ainda que os meios de comunicação são fundamentais nesse processo, pois ofertam informação correta para mudanças concretas no estilo de vida das pessoas. Os atores ainda enfatizam que “nunca foi tão emergente a necessidade de se discutir a promoção da saúde como uma possibilidade de atuação, tendo em vista que, com a ampliação da concepção de saúde, esta relaciona-se diretamente com a qualidade de vida, conceito esse que a fundamenta” (SOUZA; HORTA, 2017, p. 21).

Essa compreensão se estrutura a partir de um conceito de saúde que considera os DSS, ou seja, estrutura-se a partir de uma concepção social do conceito, que envolve os diferentes aspectos da vida e do desenvolvimento humano em sociedade. Os DSS têm relação direta com a organização da sociedade, posto que a saúde é resultado dessa organização e que ela permite condições de vida saudável ou não. A Lei nº 8.080, em seu Artigo 3º, expõe que:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Nesse artigo, a saúde é condicionada aos aspectos mencionados. Esse conceito se contrapõe à compreensão de saúde como doença. Souza, Silva e Silva (2013, p. 56) referem que, atualmente, o que se tem “são condições sociais (desigualdades, pobreza, desemprego, miséria etc.) benéficas ao capital e deletérias à saúde, fazendo com que a falta de saúde se configure, também, numa condição socialmente imposta”. Para os autores, não há DSS, mas sim expressões da “questão social” – “quando há relação imediata com a lei de acumulação capitalista – ou de desdobramentos destas. A própria problemática da saúde-doença ora é fruto

direto da acumulação capitalista, ora é condicionada por ela” (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013, p. 56).

Vale ressaltar que esses DSS estão estreitamente relacionados com o processo de desenvolvimento humano enquanto condicionantes, especialmente na criança. Assim, estabelece-se uma relação direta entre as concepções do campo da Saúde Coletiva, que prioriza condições de vida dignas e favoráveis e que envolvem as pessoas, os processos, os ambientes e os contextos, assim como a Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano (TBDH) vai abordar os fatores que influenciam esse desenvolvimento (ver seção 3.3)

Canguilhem (2009, p. 148) refere que se entende saúde como a possibilidade de enfrentar situações novas, pela “margem de tolerância ou de segurança que cada um possui para enfrentar e superar as infidelidades do meio”. Para Almeida Filho (2011, p. 15), saúde é problema

[...] simultaneamente filosófico, científico, tecnológico, político e prático. Diz respeito a uma realidade rica, múltipla e complexa, referenciada por meio de conceitos, apreensível empiricamente, analisável metodologicamente e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos.

O conceito de saúde, para Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013, p. 07), perpassa uma compreensão profunda sobre as formas de viver, assim “A saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra”. Dessa forma, a saúde atualmente é entendida como um conceito amplo, que considera a percepção que cada pessoa tem sobre a interação de seu corpo e de sua mente com o meio ambiente. Esse conceito vem permeando a vida humana, que busca a imortalidade, e tem influência direta na história das pessoas com deficiência, tendo em vista ela ser compreendida, ao longo dessa história, como um desvio à norma.

Scliar (2007, p. 30) refere que “o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural” de um lugar. Assim, a saúde não tem o mesmo significado para todas as pessoas, e sua compreensão vai depender da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais e de concepções científicas, religiosas e filosóficas.

Já doença, do ponto de vista de Sagre e Ferraz (1997, p. 541), seria apenas “um conceito estatístico”, assim “considerando-se doente (físicos, mentais e sociais) todos aqueles que se situarem fora da assim chamada “normalidade”. Scliar (2007) considera que a doença também é um conceito que depende da percepção de cada um e no qual diferentes aspectos sociais,

políticos, econômicos e culturais estão envolvidos. Essa concepção justificaria a percepção de Canguilhem (2009) sobre a definição e a compreensão do médico sobre a doença. Para o autor:

É impossível para o médico compreender a experiência vivida pelo doente a partir dos relatos dos doentes. Porque aquilo que os doentes exprimem por conceitos usuais não é a sua experiência direta, mas sua interpretação de uma experiência para a qual não dispõe de conceitos adequados (CANGUILHEM, 2009, p. 77).

Esse fragmento faz pensar sobre a necessidade de estar atento e buscar conhecer o sujeito, tanto em suas manifestações orais de sinais e sintomas, quando em suas manifestações corporais, para que os profissionais da saúde possam compreender como os sintomas manifestados exprimem a realidade da doença de base. Para isso, uma anamnese detalhada do paciente poderá oferecer subsídios importantes para o direcionamento da prática clínica. O corpo humano manifesta os sinais de suas alterações e, quando bem observado, associado a uma escuta sensível, poderá ofertar melhores subsídios para o processo de diagnóstico e de cuidado com a saúde em geral, por parte dos profissionais da saúde. Além disso, ouvir com atenção as queixas pode ser uma forma de compreender de onde vêm os sintomas, tendo em vista a infinidade de doenças psicossomáticas, por exemplo.

“Estar doente significa ser nocivo ou indesejável, ou socialmente desvalorizado. Inversamente, o que é desejado na saúde é evidente do ponto de vista fisiológico, e isso dá ao conceito de doença física, um sentido relativamente estável” (CANGUILHEM, 2009, p. 83). Assim, os valores que são desejados pelos homens são uma vida longa e saudável, com capacidade de reprodução, capacidade para o trabalho, resistência à fadiga e à dor e uma sensação plena de gratidão pela existência. Desse modo, a doença é um conceito de não valor, que reflete a negatividade da vida.

Os sentidos que cada pessoa atribui à sua condição é relativo à sua experiência de vida, à sua história, que é particular. Assim, Czeresnia, Maciel e Oviedo (2013, p. 14) referem que é impossível expressar inteiramente tais sentidos pela linguagem. Segundo os autores, esses sentidos são configurados social, histórica e culturalmente, sofrendo “influência de crenças, hierarquia, juízos de valor, conhecimentos e atitudes compartilhados em grupo” (CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013, p. 15).

Nesse aspecto, Almeida Filho (2010) trata a saúde como um fenômeno que pode ser positivo ou negativo. Do ponto de vista positivo, a “saúde pode denotar desempenho, funcionalidade, capacidades e percepções” (ALMEIDA FILHO, 2010, p. 29). Já do ponto de vista negativo, expressa a ausência de doença, risco, agravo e incapacidade. Considerando a saúde um fenômeno, ela pode ocorrer tanto no âmbito coletivo quanto no individual, e por isso

diferentes estratégias de Saúde Pública são empregadas, tanto no aspecto positivo quanto no negativo.

A OMS publicou, em 1976, a *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* (ICIDH), que pode ser traduzida como Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Cidid), a partir da necessidade de medir na população mundial as consequências da doença. A Cidid tratava a deficiência como uma anormalidade nas estruturas do corpo, nos órgãos ou nos sistemas, conferindo à deficiência o *status* de incapacidade, que designava a necessidade de a pessoa se adaptar ao meio (CASTRO et al., 2016). Essa compreensão não considerava que haveria fatores externos ao corpo humano que favoreceriam o desenvolvimento de deficiências, de modo que estas deficiências sempre surgiriam a partir de doenças que causavam incapacidade.

Por conseguinte, ao compreender os fatores que estão relacionados à doença e buscando tratar a saúde não apenas como ausência de doença, foi publicada, em 2001, a já mencionada CIF (OMS, 2004), que passou a tratar especialmente das deficiências e da incapacidade a partir de uma perspectiva biopsicossocial. Essa publicação trouxe novos olhares sobre a saúde. Segundo Sampaio e Luz (2009, p. 478), a abordagem biopsicossocial de saúde, então desenvolvida, tem como base a teoria dos sistemas, a qual argumenta que:

[...] a natureza é ordenada em um contínuo hierárquico, com base nas unidades mais complexas até as menos complexas. Cada nível na hierarquia representa um sistema organizado com uma dinâmica própria, refletindo propriedades e características distintas. Nesse caso, diferentes estratégias são exigidas para entender as regras e a força responsável pela ordem coletiva do sistema.

Essa abordagem ainda segue uma ordem hierárquica de processos para compreender os fenômenos; contudo, há uma necessidade de olhar os processos que envolvem a saúde especificamente como interligados e interinfluentes. A saúde humana no modelo biopsicossocial compreende o homem em todas as suas faces e nas relações que estabelece com o meio e com os outros, por isso a complexidades de fatores a serem considerados no processo de cuidado com a saúde.

“O paradigma sanitário moderno, que tem como base o modelo biomédico, tem sua base epistemológica deslocada da arte de curar pessoas para a disciplina das doenças bastante influenciada pela racionalidade científica moderna” (SOUZA; HORTA, 2017, p. 21). A Medicina, portanto, é “pioneira na constituição da racionalidade moderna”, tanto pelo fato de utilizar-se de teorias baseadas no mecanicismo, quanto pelo fato de seus profissionais se

formarem para curar e não para prevenir, configurando-se como “teóricos da ciência moderna das doenças” (SOUZA; HORTA, 2017, p. 21).

De acordo com Souza e Horta (2017), o modelo biomédico tem como base de atuação o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo, elementos que se interrelacionam para ampliar e tornar mais forte a separação entre o individual e o coletivo, o biológico e o social, o público e o privado. Para as autoras, “é esse o modelo que tem marcado as formulações das concepções e, conseqüentemente, das práticas em saúde”. Tal fato, no contexto atual de configuração da saúde, exige uma superação do modelo tradicional e hegemônico, para dar visibilidade aos acontecimentos diários, particulares, singulares e subjetivos envolvidos na saúde das pessoas. Conforme Souza e Horta (2017, p. 21), portanto:

Para a superação da visão reducionista do ser humano e do processo saúde-doença, propõe-se a mudança dos serviços e das práticas sanitárias, assumindo-se a necessidade de reformas profundas, redefinindo-se o objeto, os meios de trabalho, os sujeitos e os tipos de organização dos serviços de saúde na configuração de um sistema que garanta práticas resolutivas, equânimes, integrais e que considerem as subjetividades.

Essa busca de superação vem sendo discutida há anos, principalmente por meio do movimento que a Saúde Coletiva trouxe para as práticas de saúde. Campos (2000, p. 229), ao discorrer sobre a constituição do campo da Saúde Coletiva, dos seus saberes e das suas práticas que formam seus núcleos, afirma que, para alcançar níveis de saúde elevados, “é preciso investir não somente dimensão corporal dos sujeitos conforme tradição da Saúde Pública (vacinação, por exemplo), mas também pensá-los como cidadãos de direito e donos de uma capacidade crítica de reflexão e de eleição mais autônoma de modos de levar a vida”.

A partir da criação da CIF, a OMS vem atuando no sentido de analisar os resultados do impacto não fatal das condições de saúde. A OMS, segundo Cieza et al. (2018, p. 02), compreende a saúde para fins de avaliação de suas condições e seu impacto global, como “*as an aggregate across domains of functioning that are intrinsic to the person and describes the health status of an individual [...]*”. Ou seja, a saúde reúne elementos de funcionamento que são intrínsecos a pessoas, descrevendo o estado de saúde do indivíduo a partir das alterações fisiológicas, mas de maneira mais proeminente àquelas vinculadas aos fatores externos, ambientais.

Desse modo, a CIF é uma classificação que tem diferentes objetivos, os quais se fundam principalmente em estabelecer uma linguagem unificada comum para a descrição da saúde e de

seus estados, favorecendo a comunicação entre os diferentes profissionais da saúde ou pessoas envolvidas com a gestão de saúde nos diversos países do globo (OMS, 2004). Além disso, busca ofertar uma “base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde” (OMS, 2004, p. 09).

De acordo com Vargues-Adams e Majnemer (2014), a CIF reinventou o conceito de saúde e deficiência, estandardizando a linguagem e facilitando a comunicação entre as profissões da área da saúde, especialmente as que se preocupam com os processos que envolvem o estado de saúde. A CIF tem se mostrado um importante instrumento para determinar o grau de severidade da doença para programas de tratamento (VARGUES-ADAMS; MAJNEMER, 2014), oferecendo, assim, um olhar para as necessidades do paciente, de acordo com a sua realidade ambiental e com os fatores sociais que estão relacionados à deficiência e à incapacidade.

A CIF, importa referir, não se estrutura como uma avaliação que fornece um diagnóstico clínico. Com uma visão biopsicossocial do sujeito, ela apenas fornece subsídios para compreender o estado de saúde numa determinada região sanitária, constituindo-se como uma classificação da saúde e de seus domínios (LAVRADOR, 2009). Assim, quando aplicada por um profissional da Saúde que tem conhecimento e capacitação para a realização do diagnóstico, seja ele, o clínico ou cinético-funcional, ela não é um sistema que gera um diagnóstico, apesar de fornecer elementos para o seu estabelecimento.

Merece referência a tradução e interpretação dos conceitos contidos na CIF, uma vez que eles implicam em sua utilização em diferentes culturas. O termo “incapacidade” deriva de “capacidade”, que advém de “habilidade”; enquanto que “deficiência” é derivada de “déficit”, ou seja, “perda, falta”, demonstrando que a utilização do termo “incapacidade” é mais coerente com a proposta da CIF (MARTINS; ARAUJO, 2015). Para Martins e Araujo (2015, p. 20), a incapacidade está “intrinsecamente associada desempenho e à capacidade, assentando numa definição ao nível da pessoa influenciada pelo ambiente, seja no nível individual ou socialmente”, diferentemente de deficiência, relacionada, com base na perspectiva da CIF, às alterações do corpo humano a partir da concepção biológica.

A base conceitual da CIF está organizada em duas partes: 1) funcionalidade e incapacidade, que se divide em a) funções do corpo e estruturas do corpo e b) atividades e participação; e 2) fatores contextuais, divididos em c) fatores ambientais e d) fatores pessoais (OMS, 2004; LAVRADOR, 2009; VARGUES-ADAMS; MAJNEMER, 2014; CASTRO et al., 2016). A partir desses domínios, são atribuídos níveis de funcionalidade e incapacidade,

relacionando a presença de deficiência (alterações do estruturas e funções do corpo) aos fatores ambientais e sociais nos quais cada pessoa está inserida.

A publicação da CIF ofereceu subsídios para uma mudança na concepção de saúde apenas como ausência de doença e, por conseguinte, na prática da reabilitação. No entanto, muitos profissionais brasileiros da área da Saúde desconhecem como ela pode ser utilizada para auxiliar na prática clínica, bem como nas pesquisas com diferentes populações e nos diferentes aspectos que envolvem a saúde humana.

No que tange às deficiências, a legislação dos Estados Unidos define as pessoas com deficiência e abrange, segundo Di Nubila e Buchalla (2008), pelo menos 50 definições estatutárias federais de deficiência ou incapacidade que estão incluídas no Código de Leis dos Estados e que legislam sobre os diferentes direitos das pessoas com deficiência. No que se refere à CIF no contexto da Educação, Correia (2010), assim como James Kauffmann (2012), importante pesquisador americano da área da Educação, acredita que utilizar a CIF pela área da Educação, mesmo que a versão para crianças e adolescentes (CIF-CJ), é um equívoco, na medida em que as definições clínicas de saúde não são coerentes com os processos e as profissões da área da Educação Especial. Esse fato leva a refletir sobre a apropriação de conceitos que, muitas vezes, não representam adequada função para cada área.

Há, por isso, uma necessidade de retomar o contexto histórico em que os conceitos e, por conseguinte, as concepções sobre saúde, doença e deficiência são estruturadas, uma vez que elas influenciam tanto as políticas desenvolvidas ao longo dos anos quanto os processos que envolvem o cuidado com a saúde. Portanto, trata-se de uma discussão que merece ser retomada, a fim de ofertar condições de transformar e criar perspectivas de cuidado com a saúde humana de uma maneira geral.

3.1.5 O conceito contemporâneo de deficiência

Ao longo desta escrita que traz a historicidade como parte da constituição das concepções empregadas, é pungente a necessidade de abordar sobre a concepção de saúde com base em modelos de doença e de deficiência, que perpassaram a evolução científica e social. Ambos os conceitos sempre estiveram entrelaçados às concepções criadas pela sociedade e aos estudos científicos. Por isso, o propósito deste texto é demonstrar como esses conceitos operaram ao longo da história e como ainda refletem nas práticas na atualidade, o que explica sua apresentação em conjunto. Vale, contudo, fazer algumas ressalvas ao conceito de deficiência

trilhado nos últimos 30 anos, especialmente para refletir sobre os processos que envolvem a exclusão social da pessoa com deficiência na atualidade.

O termo “deficiência” é utilizado, na área da Saúde, para referir às condições dos organismos humanos que destoam do padrão de normalidade estabelecido pela área. Essas condições implicam em dificuldades de funcionalidade no contexto de sociedade em que estão inseridas. Na área da Saúde, essa distinção entre normal e anormal, apesar de trazer consigo estereótipos equivocados quanto às capacidades, são importantes para o tratamento das diferentes afecções do corpo humano. Há, portanto, uma necessidade de estabelecer um padrão, estudado ao longo dos anos para definir aquilo que se entende como normal para o funcionamento adequado dos órgãos, dos tecidos e da estrutura musculoesquelética. Essa é uma premissa fundamental que distingue as abordagens sobre a deficiência na área da Saúde e da Educação, mas que não invalida um olhar entrelaçado para as duas concepções, dentro de cada abordagem.

Nesse aspecto, não há como questionar o funcionamento normal estabelecido pela área da Saúde para o tratamento de diferentes doenças, mas há que se pensar sobre como se interpreta esse conceito frente à nova realidade tecnológica e social. Vale novamente lembrar a contribuição de Canguilhem (2009) sobre o normal e o patológico, quando o autor refere que a percepção do indivíduo quanto à sua condição de saúde poderia ser o balizador para a compreensão de sua saúde para os profissionais. A partir dessa colocação, pode-se pensar que tratar de maneira geral as concepções sobre saúde a partir da percepção de cada indivíduo poderia implicar em colocar as pessoas em risco, uma vez que, mesmo conhecendo seu corpo, uma parte significativa da população não compreende a evolução dos processos patológicos do organismo humano.

Além disso, há que se considerar a funcionalidade do corpo humano, posto que um organismo pode apresentar funções que destoam da normalidade estabelecida, mas que não impedem a funcionalidade do indivíduo. Nesse aspecto, a funcionalidade é definida como a capacidade de exercer atividades com base nas funções do corpo humano e na participação na sociedade (OMS, 2004). A CIF também define a incapacidade como um termo que inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação; entretanto, questiona-se esse conceito, uma vez que uma pessoa com deficiência tem capacidade de realizar atividades dentro de suas possibilidades. Afinal, cada pessoa tem a sua forma e o seu tempo para executar uma tarefa, independentemente de ter uma deficiência, o que exige respeito à individualidade de cada pessoa para a execução da tarefa.

A busca pela execução de tarefas com êxito e qualidade é atributo de uma sociedade capitalista que prima por aumentar o lucro independentemente da condição de cada indivíduo. Assim, quando uma pessoa não consegue desempenhar suas funções com agilidade e eficiência, essa não corresponde aos preceitos do modelo, sendo relegada a executar outras funções, que, em geral, têm menor rendimento financeiro, para não estar fora do mercado. Essa organização continua a reproduzir a exclusão, que está arraigada na sociedade e, por isso, demanda mudanças paradigmáticas e conceituais.

Essa concepção pode ser observada nos conceitos que estão pautados nas políticas atuais. No Brasil, por exemplo, as pessoas com deficiência, segundo o Artigo 2º da Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015, grifo nosso), são aquelas

[...] que tem *impedimento* de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

O termo “impedimento” denota a mesma concepção de incapacidade, ou seja, na presença da deficiência, a pessoa está impedida de executar diferentes atividades. Segundo o Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa, o termo “impedimento” significa “obstáculo, embaraço, proibição, impossibilidade de cumprir uma obrigação”, ou seja, impossibilidade de realizar uma tarefa. É possível que a mudança de terminologia pudesse contribuir para novas reflexões sobre o tema. Sugere-se, assim, que “impedimentos” seja substituída por “condição”, que, segundo o mesmo dicionário, significa “circunstâncias, estados, conjunções, momentos”. Essa mudança levar a repensar a deficiência, uma vez que a condição pode não ser estática, frente ao avanço das tecnologias na área da Saúde, que têm proporcionado possibilidades de recuperação das funções corporais lesadas parcial ou totalmente, ou até mesmo frente ao uso de tecnologias que melhorem a funcionalidade dos segmentos corporais. A deficiência passaria a ser vista não pela perspectiva da incapacidade de realizar atividades, mas pela das condições e dos tempos de cada pessoa.

Seria utópico pensar que a mudança de nomenclatura resolveria os problemas que envolvem os processos de exclusão; contudo, as legislações são os documentos norteadores para as práticas exercidas na sociedade. Dessa maneira, deveriam eles atentar para que as definições, conceituações e orientações que despertassem reflexões sobre os aspectos que cada uma delas tratam, no caso, a inclusão das pessoas com deficiência na sociedade. Por isso, as legislações elaboradas por profissionais que se ocupam de estudar e pesquisar sobre o assunto

em relação ao qual elas orientam poderiam produzir reflexos positivos nas concepções da sociedade.

Ainda no que se refere ao conceito de deficiência abordado pela Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015), o trecho, do Artigo 2º, “em interação com uma ou mais barreiras, *pode obstruir* sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” deixa margem para possibilidades de obstrução, o que não significa que a pessoa não poderá exercer uma atividade e participar da sociedade (BRASIL, 2015, grifo nosso). Nesse aspecto, é importante pontuar que a deficiência não é resultado apenas de alterações no organismo humano, do ponto de vista da área da Saúde, mas é também resultado de uma sociedade que não se preparou e ainda não está preparada para que as pessoas com deficiência possam participar dela de forma autônoma e em igualdade de condições.

Outra abordagem sobre o conceito de deficiência que merece ser mencionada é aquela utilizada pela CIF (OMS, 2004). A CIF trata do termo como genérico e, em sua divisão por domínios para a classificação das condições de saúde²⁶, conceitua os termos: funções²⁷ e estruturas do corpo²⁸; atividades e participação, como substitutos daqueles utilizados previamente, “deficiência”, “incapacidade” e “limitação” (“desvantagem”), ampliando a esfera da classificação, permitindo uma descrição de experiências positivas em relação às interações do corpo humano com o ambiente e a sociedade. Portanto, a CIF trata de “deficiência” como “uma perda ou anormalidade de uma estrutura do corpo ou de uma função fisiológica (incluindo funções mentais)” (OMS, 2004, p. 187). Importa referir que “anormalidade” designa estritamente as variações das normas estatisticamente estabelecidas, ou seja, os padrões de média populacional encontrados a partir de normas padronizadas de funcionamento do corpo humano, sendo, por esse motivo, utilizado *apenas* neste sentido (OMS, 2004, grifo nosso).

O conceito de deficiência para a CIF tem uma conotação negativa, pois implica em alterações nos diferentes sistemas do corpo humano, as quais, por sua vez, implicam em alterações da funcionalidade, devido às relações do corpo humano de maneira global com o ambiente e com a sociedade como um todo. Apesar do conceito de deficiência estabelecer relações com o ambiente e as condições sociais, a CIF tem como documento parceiro a

²⁶ De acordo com a CIF, “condição de saúde é um termo genérico (‘chapéu’) para doenças (agudas ou crônicas), perturbações, lesões ou traumatismos. Uma condição de saúde pode incluir também outras circunstâncias como gravidez, envelhecimento, estresse, anomalia congênita, ou predisposição genética” (OMS, 2004, p. 186).

²⁷ Para a CIF, as funções do corpo “são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas)” (OMS, 2004, p. 14).

²⁸ Já as estruturas do corpo são definidas como “as partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes” (OMS, 2004, p. 14).

Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o qual entende a deficiência como parte do “processo de doença”. A CID 10, de acordo com o documento da CIF, utiliza a deficiência como parte de um conjunto que forma uma “doença”, o que, em algumas situações, é o motivo que leva as pessoas com deficiência a buscar pelos serviços de saúde. A CIF diferencia-se da CID-10 nesse aspecto, pois utiliza as deficiências como os problemas das funções e estruturas do corpo associados aos estados de saúde das pessoas.

Partindo da concepção de incapacidade como as alterações das estruturas e funções do corpo a partir das interações com o meio ambiente e de deficiência como um problema estrutural propostas pela CIF, Martins e Araujo (2015) fazem um alerta quanto ao uso do termo “deficiência” para organizar as legislações e políticas voltadas às pessoas com deficiência (termo utilizado no Brasil). Segundo os autores, por essa lógica, há a possibilidade de negligenciar a solução de um problema que não está no corpo da pessoa, mas no meio em que ela está inserida.

A partir dessa definição da CIF, seria, pois, pertinente, atribuir a expressão “pessoas com incapacidades” para se referir às pessoas com alterações nas estruturas e funções do corpo que sofrem pela influência dos ambientes na sua condição, deixando de lado o termo “deficiência”, que implica em déficit ou perda? Não há uma resposta, mas na perspectiva do modelo biopsicossocial de saúde, talvez fosse essa a melhor definição conceitual.

A OMS, segundo Cieza et al. (2018), tem investido em estratégias para qualificar a abordagem das pessoas com deficiências ou incapacidades, ofertando subsídios para que sejam desenvolvidas políticas públicas adequadas às diferentes realidades. Embora esse investimento reflita que o diagnóstico do estado de saúde é importante para as condutas terapêuticas, o que importa para o paciente são as tarefas que ele pode ou não desempenhar em sua vida diária, no seu contexto social.

Na perspectiva do modelo de saúde biopsicossocial instituído pela CIF, há a orientação de que, nos serviços de saúde, a CIF seja utilizada em conjunto com a CID-10, o que assim aumentaria a qualidade dos dados para fins clínicos. Nesse aspecto, a utilização desses instrumentos como forma de avaliação pelos serviços de saúde é compreensível; contudo, o enfoque que a CID oferta sobre a deficiência perpetua o modelo biomédico hegemônico, o qual associa a deficiência à presença de doença. Essa delimitação não está completamente equivocada, pois muitas pessoas com deficiência têm condições de saúde que favorecem o surgimento de doenças; entretanto, a generalização dessa concepção é que pode gerar resultados negativos. Desse modo, a questão que se coloca não é uma crítica ao instrumento de classificação em si, uma vez que se reconhece sua importância para a prática clínica, mas os

resultados que essa interpretação pode ofertar quando se estabelecem definições de deficiência como doença.

Além disso, a CID-10 é uma classificação que perpassa os diferentes espaços públicos, entre eles, a escola e as universidades, já que o acesso, em muitos deles, está condicionado à presença de um CID, “um encaixe”, que possibilitará a oferta de serviços para as necessidades da pessoa com deficiência. Essa denominação, na maioria das vezes, não é conhecida pelos profissionais que acessam esses códigos, e a interpretação fica condicionada, mesmo que involuntariamente, pois há processos históricos engendrados nas concepções de cada pessoa, nas ações desenvolvidas. Há, portanto, a fim de promover uma mudança nas concepções, de modo que seja garantido o respeito à diferença e a igualdade de oportunidades, que se rever os paradigmas instituídos inclusive na área da Saúde, que muito influenciam a prática das demais profissões que trabalham com as pessoas com deficiência, especialmente nas instituições de ensino.

3.2 EDUCAÇÃO ESPECIAL E EDUCAÇÃO INCLUSIVA NA EDUCAÇÃO SUPERIOR

Educação é o processo constante de criação e desenvolvimento do conhecimento e de busca da transformação, ou seja, é a reinvenção da realidade pela ação-reflexão do homem (FREIRE, 2003, 2016). Todas as ações humanas estão implicadas em um processo educacional, pois resultam em reflexos no contexto em que cada pessoa vive e com quem convive, produzindo desenvolvimento cognitivo, físico e intelectual.

Paulo Freire (2003, p. 40) afirma que “A educação é sempre uma certa teoria do conhecimento posta em prática [...]”. Para o autor, a educação é uma concepção filosófica e/ou científica acerca do conhecimento que é posta em prática; assim, o ato de educar seria promover a prática de uma teoria sobre o conhecimento. Portanto, toda ação com propósitos educacionais estaria necessariamente fundamentada em uma convicção acerca do conhecimento

Dessa forma, a aquisição de conhecimento se dá pela educação, ou seja, trata-se de um processo que envolve diferentes nuances. Esse processo é, na sociedade contemporânea, subdividido em educação formal e informal. Contudo, os acontecimentos que incidem sobre essa dualidade também fazem parte da Educação, por isso, apesar de essa organização ter vigência sobre as práticas educacionais, não é possível concebê-las como dissociadas umas das outras, uma vez que os processos que envolvem aprender são constantes ao longo de todo o processo envolvido no desenvolvimento humano.

Educação envolve estímulo, o qual é resultado da ação humana sobre o ambiente e do próprio ambiente na ação humana, bem como desafia o homem a ampliar seu conhecimento sobre o lugar e, de maneira mais ampla sobre o espaço onde vive. O conhecimento seria, pois, o resultado dos diferentes processos educacionais.

Em “Pedagogia da autonomia”, Freire (2016, p. 96) acrescenta que “[...] como experiência especificamente humana, a educação é uma forma de intervenção no mundo”. A educação, de uma maneira geral, é interpretada como característica humana que tem capacidade de interferência, recriação e transformação da realidade e do mundo. Assim, seria a educação uma, se não a única, maneira de transformar a sociedade.

A educação é, portanto, a capacidade de tornar o homem humano, para viver em sociedade; contudo, é essa sociedade que determina quais características são coerentes para nela se viver. Dessa forma, seria possível dizer que a educação não envolve apenas a capacidade de tornar o homem sociável, pois depende do olhar que cada sociedade estrutura como concreta e correta para se conviver no mesmo espaço. Educação é um processo contínuo, por isso, definir educação é uma tarefa difícil, na medida em que ela está envolvida com todos os momentos e as fases de desenvolvimento da vida humana.

A educação organiza-se num processo de aquisição do conhecimento para a formação humana que não é somente dependente dela, mas também uma das suas vias. Essa aquisição de conhecimento se dá por meio da pesquisa, tanto aquela “dita” científica quanto aquela “informal” dentro de um contexto de sociedade que baliza as definições dos demais conceitos a partir de constituições de verdades, implicadas no processo educacional.

3.2.1 Contextualização histórica da Educação Superior no Brasil

A implantação das universidades no Brasil só começou a ser viabilizada após a vinda da Família Real para o País, uma vez que era necessário criar instituições de ensino que pudessem tornar a população minimamente instruída para conviver na sociedade de costumes europeus. Existia, naquele período, alguns cursos de Filosofia e Teologia, pois, como um País em processo de desenvolvimento de sua sociedade e o cativo do povo residente, principalmente os índios, havia necessidade de ofertar preparação para converter os considerados não crentes à cultura europeia.

Segundo Flores (2017, p. 404), no período do Brasil Colônia, a maior parte da população era analfabeta, pois os padres jesuítas se fixavam na formação de pessoas para “dirigir” as cidades, fato que culminou na formação de uma elite intelectual de bacharéis, burocratas e

profissionais liberais. Além disso, havia o trabalho desenvolvido na catequização dos indígenas para que adquirissem as regras da vida cristã consideradas adequadas para uma convivência social com base em costumes moralmente aceitos pela elite europeia.

As escolas eram majoritariamente frequentadas pelos filhos de famílias abastadas, os quais, ao concluir os estudos básicos para uma formação de nível superior viajavam para a Europa, especialmente para estudar em universidades portuguesas, como a Universidade de Coimbra e de Évora, retornando alguns anos mais tarde com título de “doutores”, especialmente em Direito e Medicina (RITTER, 2018).

O preconceito advindo das características físicas e dos costumes dos diferentes povos que viviam no País, diferentes daqueles considerados adequados para a sociedade europeia que fixava residência no Brasil, é muito bem documentado por Lobo (2015). A autora afirma que as pessoas consideradas “de cor” poderiam fugir às regras de moral e bons costumes e contaminar os brancos, por isso sua educação deveria ser separada, garantido que soubessem apenas o suficiente para manterem-se como mão de obra para os brancos.

No que tange aos cursos superiores da época, havia instituições religiosas voltadas ao processo formativo interno, para qualificar seus próprios trabalhadores, bem como as escolas jesuítas que, além da educação de indígenas (em turmas separadas), ofertava cursos que se estendiam para além da educação elementar, voltados à educação de brancos. Ademais, Portugal proibia a fundação de universidades no Brasil, principalmente para evitar que o povo pudesse se revoltar com a dominação portuguesa, destoando da ordem estabelecida (FLORES, 2017).

No Período Imperial (1882-1889), não houve grandes evoluções quanto ao Ensino Superior. Cabia à província a atribuição de organizar a “educação primária, e o poder central o encargo do Ensino Superior” (FLORES, 2017, p. 406). O controle realizado pelo Estado garantia que o Ensino Superior, que era formado por escolas com alguns cursos destinados a formar tecnicamente em algumas profissões, mantivesse-se como um mecanismo de fornecimento de privilégios profissionais (SGUISSARDI, 2009; FLORES, 2017), para que só tivessem acesso à educação aquelas pessoas que correspondessem aos critérios de controle determinados pelo Estado, para a formação do rol de governantes, administradores e dirigentes dos diversos setores sociais (LOBO, 2015). Essas pessoas, por conseguinte, deveriam trabalhar para a manutenção do *status quo* estabelecido até então, no qual haveria uma população branca que reinava e uma população pobre, mestiça, negra e indígena que era a força de trabalho, sem direitos e com altas cargas de trabalho.

No período da Proclamação da República, quando a Igreja já não tinha mais tanta influência sobre as ações político-administrativas do País, os movimentos pela criação de universidades que pudessem ofertar qualificação à população iniciaram. A primeira Instituição de Ensino Superior (IES) do País, a Universidade do Rio de Janeiro, nasceu em 1920 e estruturou-se como uma confederação de escolas (Medicina, politécnica e Direito). Sete anos após, foi criada a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com a união de cinco faculdades a saber: Engenharia, Medicina, Direito, Farmácia e Odontologia (SGUISSARDI, 2009; FLORES, 2017). Tais universidades foram criadas com a finalidade específica de formar profissionais para o crescimento socioeconômico do País.

Segundo Ritter (2018), entre os anos de 1889 e 1918, foram criadas 56 novas escolas superiores, que tinham como característica o fato de serem privadas, da ordem católica e confessional, atribuindo um sentido específico de organização do ensino permeado pela Igreja e por interesses capitalistas.

O modelo francês que permeava essas instituições era chamado de neonapoleônico e tinha como características principais, segundo Sguissardi (2009, p. 149):

[...] ausência de estrutura de pesquisa e pós-graduação *stricto sensu* consolidada e reconhecida; presença majoritária de docentes em regime de tempo parcial ou horista e sem qualificação pós-graduada que habilite para a pesquisa; isolamento das unidades, ou porque únicas ou porque agregadas apenas formalmente; dedicação quase exclusiva as atividades de ensino; estrutura administrativo-acadêmica voltada para a formação de profissionais, etc.

O modelo de universidade implantado no Brasil deixa clara a intenção na criação das primeiras universidades, que era desenvolver mão de obra qualificada para o crescimento econômico do País, mas que permanecesse dependente dos países europeus para o desenvolvimento de pesquisas.

O ingresso nessas instituições se dava por meio de provas de “madureza”, para o ingresso nas escolas superiores. Em 1911, já havia sido publicada uma Lei Orgânica do Ensino Superior, a qual adotava o sistema de provas para verificar a capacidade intelectual dos estudantes para ingressar na instituição e concluir com êxito as disciplinas ministradas (FLORES, 2017). Esse ingresso por provas se manteve nos anos subsequentes e ainda vigora nos dias atuais, mas em caráter um pouco diferente.

Com a Revolução de 1930, que adotava prerrogativas de um estado moderno, surgiram a Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade do Distrito Federal (UDF), esta última tinha como organização filosófica o espírito liberal-progressista de Anísio Teixeira, que, mais

tarde, sucumbiria às exigências do elitismo conservador, o qual buscava manter o acesso à Educação Superior somente a uma pequena parte da população, e não para todos (SGUISSARDI, 2009).

Sguissardi (2009) ainda refere que a presença de uma universidade autônoma, que produzisse um saber desinteressado dos ideais do Estado capitalista, voltada para a formação de pessoas críticas e reflexivas, com ideais de liberdade, foi interpretada como uma ameaça à ordem estabelecida pelo Estado. Um marco importante e que sofreu com a represália do Estado foi a criação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da USP, mediada por Fernando de Azevedo, e que marcou um novo modelo de universidade, aquelas chamadas de humboldtianas. As características desse modelo eram contrárias ao modelo neonapoleônico:

[...] presença de estrutura de produção científica e de pós-graduação *stricto sensu* consolidada e reconhecida; presença majoritária de docentes em regime de tempo integral e com qualificação pós-graduada que habilitasse para a pesquisa; integração das unidades em torno dos projetos comuns de ensino e pesquisa; associação de ensino, pesquisa (e extensão) em diferentes níveis; estrutura administrativo-acadêmica voltada para a formação de profissionais e para a formação de pesquisadores na maioria das áreas do conhecimento (SGUISSARDI, 2009, p. 149-150).

A criação dessa universidade causou descontentamento ao Estado, uma vez que, a partir dela, os profissionais adquiriam condições de desenvolver pesquisas que pudessem auxiliar o País no crescimento técnico-científico, com base em suas características e necessidades, possibilitando certo desligamento, que, em verdade, nunca se efetivou inteiramente, das universidades europeias, especialmente. Ou seja, a criação dessas instituições com um caráter voltado para a pesquisa e a pós-graduação permitiu às pessoas que conseguissem acessar esse nível de ensino a possibilidade de pensar sobre a realidade do País e reivindicar seus direitos.

Outras universidades foram sendo criadas a partir desse período, como a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (1934), a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) (1960) e a Universidade de Brasília (UnB) (1962). Essas universidades foram também agregando, além do ensino, diferentes movimentos sociais das distintas áreas do conhecimento, os quais buscavam, em geral, a garantia de direitos para os estudantes, principalmente no que tange ao acesso e à conclusão dos cursos, de maneira gratuita e com condições de dignidade. Esses movimentos repercutiam significativamente nas instituições, apresentando-se com força que talvez não seja mais vista tão claramente nos dias atuais.

Além da criação de IES, no ano de 1961, foi promulgada a primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), que instituiu diferentes reformas na educação

brasileira. Essas reformas implicaram em mudanças em todo o sistema de ensino. No que se refere à Educação Superior, foram reguladas as disposições para o funcionamento das IES, os reconhecimentos das universidades pela aprovação de estatutos, estabelecimentos de normas para a criação de cursos de Ensino Superior, bem como a criação de diretrizes curriculares nacionais para os cursos de Ensino Superior, fiscalização e regulação das IES, entre outras normativas (BRASIL, 1961).

No que se refere à educação de pessoas com deficiência, na Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961 (BRASIL, 1961), ou seja, na primeira LDBEN, destaca-se o direito dos “excepcionais” à educação, integrando-os preferencialmente no sistema geral de ensino. Esse enunciado, segundo Mazzotta (2005), deixa implícita a ideia de que o ensino de pessoas com deficiência deveria ser ofertado nos serviços educacionais regulares, ofertando-se, quando necessário, serviços educacionais especiais, abrindo precedente para a criação de instituições ou classes especiais.

Dez anos mais tarde, em 1971, a Lei nº 5.692, posteriormente alterada pela Lei nº 7.044, de 1982, que dispõe sobre as diretrizes e bases do ensino de 1º e 2º graus, traz como objetivo “proporcionar ao educando a formação necessária ao desenvolvimento de suas potencialidades como elemento de autorrealização, preparação para o trabalho e exercício consciente de cidadania” (MAZZOTTA, 2005, p. 69). Nesse mesmo aspecto, foram assegurados os tratamentos especiais necessários para os estudantes com deficiência física e mental, além de para aqueles com atraso na idade escolar e os estudantes considerados superdotados.

É interessante apontar que essas foram as possibilidades de integração da pessoa com deficiência no sistema de ensino, uma vez que as versões da LDBEN (1961-1971) não citam a possibilidade de acesso dessas pessoas ao Ensino Superior, o que talvez se deva ao fato de não ter sido considerada a possibilidade de que essas pessoas conseguiriam alcançar esse nível educacional. Tal prerrogativa se centra no modelo de educação que era pensado sob a égide da competição e das melhores capacidades intelectuais, tentando garantir condições de desenvolvimento do País nos anos futuros, e, como essas pessoas eram vistas como incapacitadas, não poderiam ascender aos níveis de ensino mais altos.

A LDBEN, promulgada em 1996 e revisada em 2013, representou uma renovação das práticas de regulamentação e fiscalização da Educação Superior no País, atribuindo as competências na regulação da Educação Superior conforme as ordens federadas (BRASIL, 2013). No que se refere à educação de pessoas com deficiência, a oferta de condições de acesso e conclusão e de serviços especiais quando necessário é estendida a todos os níveis de ensino, ofertando inclusive o Atendimento Educacional Especializado (AEE), uma vez que o Artigo 21

entende a educação escolar também como a Educação Superior (BRASIL, 1996, 2013). Além dessas, ao longo dos anos, foram sendo desenvolvidas diversas políticas que buscam garantir a educação das pessoas com deficiência nos diferentes níveis de ensino.

O que se pode perceber é que o século XX foi marcado por uma expansão do Ensino Superior, majoritariamente pelo crescimento de universidades privadas, característica de um País que se baseia no modelo capitalista para se desenvolver economicamente. Esse modelo, que implica em atividades voltadas ao lucro, exclui a população em geral, que busca por seus direitos nas garantias fornecidas pelo Estado. Entre essas populações, estão aquelas que têm um histórico de segregação e preconceito.

3.2.2 A Educação Superior no século XXI: enfoque na educação da pessoa com deficiência

Desde a década de 1960, a Educação Superior no Brasil passou por mudanças significativas, que, segundo Ribeiro e Schlegel (2015), revelaram duas tendências opostas. A primeira concerne à democratização da universidade com um aumento da participação de mulheres, pardos, pretos e indígenas. A segunda é a de que esse ingresso não se deu de maneira igual em todas as carreiras universitárias, sendo mais presentes em “áreas menos valorizadas pelo mercado de trabalho” (RIBEIRO; SCHLEGEL, 2015, p. 133).

Segundo Sguissardi (2009), a pirâmide educacional brasileira, à qual se referia Anísio Teixeira nas décadas de 1940, 1950 e 1960, continua presente na educação do século XXI, uma vez que o acesso à educação, apesar de ser uma obrigatoriedade pelo menos para a Educação Básica, ainda demonstra uma desigualdade nos processos que envolvem acessar e concluir os estudos. Essa organização, segundo o mesmo autor, tem sua base na presente desigualdade existente no País (SGUISSARDI, 2009), a qual perdura apesar dos esforços dispensados com políticas sociais, principalmente entre os anos de 2006 e 2015.

Ribeiro e Schlegel (2015) referem que a educação é um fator isolado que determina as oportunidades para o mercado de trabalho. Contudo, o acesso não ocorre de maneira uniforme para diferentes segmentos sociais, ou seja, pessoas privilegiadas que nasceram em famílias mais abastadas têm maiores chances de estudar por mais tempo, em instituições de qualidade e com outras pessoas com as mesmas condições. Esses são, para os autores, alguns fatores que podem influenciar o sucesso no mundo do trabalho. Para além do sucesso, essas seriam algumas características que garantem o ingresso no mundo do trabalho em posições e cargos considerados mais importantes.

A constatação de Ribeiro e Schlegel (2015) é corroborada pelos dados do Mapa do Ensino Superior no Brasil 2016, o qual demonstrou que quanto menor a renda familiar, maior a dificuldade de os estudantes alcançarem notas mínimas, tanto para acesso ao Ensino Superior pela nota do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem), quanto para acesso ao Financiamento Estudantil (Fies) (SEMESP, 2016).

No que se refere ao acesso ao mercado de trabalho, o mesmo documento apresentou que, no ano de 2015, “quanto maior a escolaridade, menor o percentual de queda na empregabilidade” (SEMESP, 2016c, p. 20). Esta é uma estratégia que demonstra a característica de gestão econômica do País, que necessita de mão de obra barata, com uma qualificação específica (técnica, na maioria das vezes), que receba provimentos relativamente baixos, mas que demonstre rendimentos para empresa e que, principalmente, seja pouco capaz de analisar a conjuntura econômica em que vive, para continuar servindo aos interesses do capital.

Frente à realidade de implementação de políticas para o ingresso e a conclusão do Ensino Superior, o ingresso na Educação Superior tem demonstrado números crescentes no Brasil, mas ainda inferiores àqueles realizados em países considerados desenvolvidos. Em 1998, os dados do Ministério da Educação/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (MEC/Inep) demonstravam que havia 2.125 milhões de matrículas em IESs no País. A maior parte desse ingresso se dava em universidades privadas, com percentual de 67,8%, contra 32,2% de ingresso em universidades públicas (SGUISSARDI, 2009). Já o Censo da Educação Superior de 2016 demonstrou que esse número aumentou no Brasil, com um total de 6.058.62 matrículas, cuja maior parte (75,3%) foi em instituições privadas. As universidades públicas corresponderam a 24,7%, ou seja, a um total de 1.990.078 matrículas (BRASIL, 2016c).

Os dados aqui apresentados são escassos frente à realidade quando analisado o País como um todo. Contudo, o que se pode perceber é que a Educação Superior pública brasileira continua centralizada e privatizada, embora mais diversificada. Vale, contudo, mencionar que essas características são diferentes quando se trata de universidades privadas, cujos atributos, mesmo frente às políticas de ampliação do acesso ao Ensino Superior que possibilitaram as vagas para uma diversidade maior de estudantes com menor renda, ainda mantém características elitistas. Essa realidade é resultado de um país que vive sob a influência massiva de um aporte neoliberal, que tem a privatização como forma de aquisição de lucro para uma pequena parte que detém a maior parte da fortuna no País.

Menezes Filho e Kirschbaum (2015) defendem que a educação é elemento prioritário para o combate às desigualdades, motivo pelo qual as políticas educacionais necessariamente

devem ser previstas para abranger a maior parte da população, possibilitando aumentar seu o nível de escolaridade e o seu acesso ao mercado de trabalho. No entanto, não é somente a educação fator responsável pela redução das desigualdades, mas também as mudanças de políticas públicas, a distribuição de riquezas de maneira igualitária e o combate à corrupção.

Sobre o processo de inclusão de mulheres, pretos, pardos e indígenas na Educação Superior, ainda nos anos 2000, as pessoas pretas e pardas concluíam o sistema educacional com 1,5 anos de educação em média menos que os brancos. Além disso, tinham como remuneração apenas 53% do salário recebido pelos brancos e uma chance dobrada de viver na pobreza (RIBEIRO; SCHLEGEL, 2015). Esses fatores têm uma relação direta com as desigualdades sociais do País, especialmente quanto ao acesso a um sistema de ensino que oferte a possibilidade de adquirir uma profissão que tire as pessoas da pobreza.

Ribeiro e Schlegel (2015) não incluíram em suas pesquisas a população de pessoas com deficiência, que, em muitos aspectos, deparam-se com a mesma condição de acesso para pretos, pardos e indígenas. Entretanto, essa população tem agravantes quanto às condições de acessibilidade atitudinal e estrutural que talvez impliquem em maiores barreiras para o ingresso, fator que a coloca numa posição também de desvantagem para o acesso ao mercado de trabalho.

Tais aspectos se estruturam num contexto no qual a educação formal é um direito constitucional, e, por ser um direito constitucional, devem ser ofertadas pelo Estado as condições para o acesso a ela e para a sua conclusão. No contexto da Educação Especial, as políticas que passaram a reger o processo de inclusão da pessoa com deficiência nos diferentes níveis de ensino são relativamente recentes no Brasil, demonstrando a importância de uma breve contextualização dos principais documentos para compreender o contexto em que tais políticas vêm contribuir para o acesso à Educação Superior.

A Educação Inclusiva, por sua vez, “pressupõe assegurar aos estudantes a igualdade de oportunidades educacionais” (PIECZOWSKI, 2014, p. 95), garantindo que os processos envolvidos com a aprendizagem sejam coerentes com cada nível e com a capacidade individual de cada estudante. Exige, portanto, adaptação de espaços e recursos para receber os estudantes, bem como capacitação adequada para gerir as barreiras atitudinais que se encontram no processo.

Assim, em nível internacional, em 1990, foi publicada a Declaração de Jomtiem (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA, 1990), produzida na Conferência Mundial sobre Educação para Todos, em Jomtiem, Canadá, em meio a um contexto socioeconômico mundial que repercutia, e ainda repercute, nas condições de vida digna da população. Tal documento buscou estabelecer

compromissos mundiais pela educação e trouxe novas definições e abordagens sobre a aprendizagem, buscando garantir que todas as pessoas tivessem acesso à educação em igualdade de oportunidades, independentemente de raça, religião, deficiência, cor da pele ou qualquer característica que seja considerada uma “diferença” em relação à população. Seu objetivo era que “Cada pessoa – criança, jovem ou adulto – deve estar em condições de aproveitar as oportunidades educativas voltadas para satisfazer suas necessidades básicas de aprendizagem” (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA, 1990, p. 02).

A Declaração de Jomtiem, que se preocupou em estabelecer metas para a educação de todos, deflagrou diferentes movimentos nas escolas em todo o mundo. O novo paradigma incitou a necessidade de estabelecer também metas para a educação das pessoas com deficiência, as quais, até então, não tinham acesso à educação na escola e eram relegadas aos atendimentos fornecidos pelas Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (Apaes), que faziam o trabalho que poderia e deveria ser efetuado na escola. Desse modo, em 1994, na Conferência Mundial de Educação Especial, foi redigida a Declaração de Salamanca, revogando as diferentes declarações publicadas pelas Nações Unidas e que culminaram no documento Regras Padrões sobre Equalização de Oportunidades para Pessoas com Deficiências, que buscava garantir o acesso ao sistema educacional para as pessoas com deficiência (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA, 1994).

A Declaração de Salamanca teve como objetivo garantir que todas as pessoas com deficiência, sejam elas crianças, jovens e adultos, tivessem acesso à educação nas escolas públicas e particulares em igualdade de oportunidades e com a oferta de condições para o acesso, seja ele em termos de vagas e estrutura física, quanto de material didático adequado e pessoal qualificado para atender às suas necessidades, independentemente de sua deficiência, e com uma Pedagogia centrada na pessoa (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA, 1994). Esse documento também trouxe mudanças significativas para as escolas, principalmente a busca por condições para receber esses estudantes.

Já a Convenção da Guatemala, que foi promulgada no Brasil pelo Decreto nº 3.956, em 2001, compreende que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos humanos garantidos na Convenção Internacional de Direitos Humanos, bem como liberdades fundamentais que possibilitam sua participação efetiva na sociedade sem discriminação ou exclusão (MACIEL;

ANACHE, 2017). Segundo Maciel e Anache (2017), esse decreto repercutiu na educação, particularmente na Educação Especial.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 1990), buscava garantir o AEE às crianças com deficiência preferencialmente na rede regular de ensino, bem como a prioridade de atendimento nas ações e políticas públicas para prevenção e proteção das crianças, adolescentes e suas famílias (BRASIL, 1990a).

Em 1994, influenciada pela Declaração de Salamanca, foi publicada a Política Nacional de Educação Especial, cujo objetivo era orientar o processo de “integração instrucional”, condicionando o acesso às classes comuns do ensino regular àquelas pessoas que apresentavam condições de acompanhar o conteúdo e desenvolver as atividades curriculares organizadas para atender ao público considerado “normal” (BRASIL, 2008). Apresentando essa característica que não provocou reformulação das práticas educacionais, possibilitando a valorização das diferentes aprendizagens dos estudantes e mantendo na Educação Especial a responsabilidade pela educação das pessoas com deficiência, em 2008 essa política foi reformulada, agregando novas perspectivas.

No Brasil, anteriormente à reformulação da Política de Educação Especial em 2008, o Decreto nº 3.298, de 1999, que regulamenta a Lei nº 7.853, de 1989, tratava sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, definindo a “educação especial como uma modalidade transversal a todos os níveis e modalidades de ensino, enfatizando a atuação complementar da educação especial ao ensino regular” (BRASIL, 2008, p. 08). Em 2001, o Plano Nacional de Educação (PNE), Lei nº 10.172, destacava a importância de construir uma escola inclusiva, que atendesse a diversidade de estudantes, frente à baixa oferta de matrículas, além das dificuldades na formação de professores para a Educação Especial e a acessibilidade dos estabelecimentos de ensino (BRASIL, 2008)²⁹.

Desse modo, somente em 2008 foi publicada a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, que buscava organizar o sistema de ensino com recursos financeiros e didático-pedagógicos para garantir qualidade de ensino às pessoas com deficiência (BRASIL, 2008). Essa política, é importante mencionar, preocupa-se em orientar a organização de todos os níveis de ensino no País, para efetivar o processo inclusivo das pessoas com deficiência.

²⁹ Estas e outras políticas que balizaram a constituição da Educação Especial no Brasil podem ser consultadas junto ao documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria nº 555/2007, prorrogada pela Portaria nº 948/2007, entregue ao Ministro da Educação em 07 de janeiro de 2008, que argumentava a necessidade de reformulação das políticas vigentes, instigando a criação de leis que pudessem regulamentar as ações voltadas para as pessoas com deficiência.

Nesse processo de adaptação, outras resoluções foram sendo agregadas para qualificar a oferta de educação; contudo, a Educação Básica certamente foi o nível que mais recebeu investimento inicialmente. Esses investimentos se referem tanto aos aspectos de acessibilidade estrutural e atitudinal e de pessoal, quanto de pesquisas na área, visando oferecer subsídios para qualificar o processo educacional frente às diferentes deficiências e necessidades apresentadas pelos estudantes.

Na Educação Superior, apesar da Política de Educação Especial preconizar as condições para o acesso também nesse nível de ensino, um número significativo de pessoas com deficiência não conseguia acessar o Ensino Superior, principalmente aquelas em situação de vulnerabilidade social. Com a publicação da política que garantia o acesso aos níveis básicos, um contingente maior de pessoas pode acessar a educação. Como a política completará dez anos, muitos estudantes ainda estão em período de conclusão do ensino básico; portanto, é possível que aumente significativamente o número de estudantes com deficiência na Educação Superior nos próximos anos.

No que se refere à legislação que trata da Educação Superior, somente em 29 de agosto de 2012 foi promulgada a Lei nº 12.711, que garantia a reserva de vagas em nível médio, técnico e superior para: autodeclarados pretos, pardos e indígenas “[...] em proporção ao total de vagas no mínimo igual à proporção respectiva de pretos, pardos, indígenas e pessoas com deficiência na população da unidade da Federação onde está instalada a instituição” (BRASIL, 2012c, p. 01). Essa promulgação abriu precedente para a inclusão de pessoas em situação de vulnerabilidade social na Educação Superior, incluindo, mesmo que implicitamente, as pessoas com deficiência que se enquadravam nas cotas de escolas públicas. Tal legislação foi alterada pela Lei nº 13.409, de 28 de dezembro de 2016, tornando obrigatória a reserva de vagas para pessoas com deficiência também em instituições de nível superior (BRASIL, 2016a).

No que tange à IES em estudo, a reserva de vagas para pessoas com deficiência data do ano de 2007 (ver seção 3.2.3). Atualmente, além de seguir as legislações federais quanto à reserva de vagas, a IES tem como base uma política institucional de acessibilidade que se organiza para a oferta de assistência estudantil desde o ingresso até a conclusão dos cursos, bem como busca organizar a estrutura física e de pessoal para a acessibilidade para pessoas com deficiência (UFSM, 2016-2026).

De uma maneira geral, as pesquisas que tratam do processo de inclusão de pessoas com deficiência na Educação Superior vêm tendo um aumento gradativo desde o ano de 2008, principalmente pelo fato de esse nível estar em processo diferente daquele pelo qual passou e ainda passa a Educação Básica, quando da publicação da Política de Educação Especial no

Brasil. Essa afirmação é corroborada pelo estudo teórico de Pletsch e Leite (2017) sobre o aumento da produção científica no que se refere à participação de pessoas com deficiência no Ensino Superior, especialmente pessoas surdas e cegas. Além disso, as autoras evidenciaram desafios e caminhos traçados pelas universidades para a participação dos estudantes nas diferentes atividades que a academia proporciona ao e exige do estudante.

Outro fator que demanda mudanças paradigmáticas é o fato de que as pessoas com deficiência têm cada vez mais acessado os diferentes setores da sociedade, numa organização social que busca a inclusão. Assim, os profissionais das diferentes áreas do conhecimento trabalharão, em algum momento da sua vida profissional, com as pessoas com deficiência e suas concepções acerca dela poderão contribuir (ou não) para a qualidade desse acompanhamento profissional. Tal observação se fundamenta no fato de que tem aumentado o número de pessoas com deficiência no trabalho formal, o que possibilita melhorias na vida socioeconômica (BRASIL, 2012d).

De 2002³⁰ até o primeiro semestre de 2017, a universidade em questão (contexto da pesquisa) recebeu a matrícula de 511 estudantes com deficiência nos diversos cursos oferecidos, conforme levantamento junto ao Núcleo de Acessibilidade. Neste estudo, assim como na IES em estudo, as deficiências são entendidas de acordo com a Resolução CNE/CEB nº 04/2009, que institui as Diretrizes Operacionais para o AEE na Educação Básica e define o público-alvo da Educação Especial, a saber: deficiência física, auditiva, visual, múltipla, intelectual e mental, transtornos globais do desenvolvimento (autismo) e altas habilidades\superdotação (BRASIL, 2009b).

Garantir uma vaga nas instituições significa ofertar condições para que essa possam participar de todos os espaços em igualdade de oportunidades e de acesso. As IESs receberam o incentivo do Programa Incluir para a estruturação dos núcleos de acessibilidade nas instituições públicas e oferta do AEE no Ensino Superior, com recursos de tecnologia assistiva (TA), tecnologias de informação e comunicação (TIC), materiais didáticos, equipamentos, espaços e mobiliários, cujo objetivo é ofertar apoio para o AEE (BRASIL, 2009b). O AEE oferece apoio pedagógico para os estudantes público-alvo da Educação Especial, de maneira complementar ou suplementar, disponibilizando recursos e serviços para eliminar as barreiras para sua participação na sociedade e para o seu desenvolvimento. O AEE é realizado em todos os níveis de ensino, estratégia ofertada pela IES em estudo (BRASIL, 2009b).

³⁰ Ano de registro da primeira matrícula de estudante com deficiência, sendo que não havia ingresso por cotas.

Já as IESs foram beneficiadas principalmente pelo Programa Incluir, caracterizado dentro do escopo das ações afirmativas. O Programa de Acessibilidade na Educação Superior (Programa Incluir) foi criado com o objetivo de organizar ações para eliminar barreiras físicas, pedagógicas e comunicacionais para que as pessoas com deficiência possam acessar as e permanecer nas instituições federais de educação. O Programa ofertou subsídios para qualificar o processo educacional dos estudantes com deficiência, com equipamentos e recursos tecnológicos, além de capacitação para profissionais e criação de Núcleos de Acessibilidade nas IESs (MACIEL; ANACHE, 2017). Segundo Maciel e Anache (2017), esse programa foi responsável por garantir o acesso e a permanência de estudantes com deficiência nas IESs.

Outros programas de expansão e reestruturação do Ensino Superior, como o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), criado em 2007, responsável por dobrar em 193% as vagas em Instituições Federais de Ensino Superior (Ifes), além do Programa Universidade para Todos³¹ (Prouni), ofertando bolsas de estudo para estudantes em condições socioeconômicas desfavoráveis (RITTER, 2018), foram programas que fomentaram as instituições a se estruturar de maneira adequada também nos requisitos de acessibilidade.

No que se refere à prática docente na perspectiva inclusiva, a literatura que trata da inclusão de pessoas com deficiência na escola regular tem referido a falta de preparo dos professores da classe regular para atuar com pessoas com deficiência, principalmente pela falta de conhecimento sobre as características de cada deficiência. Quanto à Educação Superior, Silva, Cymrot e D'Antino (2012) evidenciaram que os principais obstáculos a serem superados para a inclusão de pessoas com deficiência são as barreiras arquitetônicas, uma vez que as universidades não foram construídas para receber esse tipo de alunado. Esse fato se estende aos diferentes espaços na sociedade, que, por conseguinte, interferem no desenvolvimento humano.

Além disso, há necessidade de superação de barreiras atitudinais, compreendidas como de maior amplitude e dificuldade, uma vez que envolve a superação de preconceitos individuais e coletivos em relação às pessoas com deficiência. Tais evidências foram também encontradas por Castro e Almeida (2014), em estudo sobre o acesso, a permanência e a aprendizagem de estudantes com deficiência da Educação Superior, em uma IES do Estado do Paraná.

3.2.3 A Instituição de Ensino Superior em estudo

³¹ O Prouni é responsável por ofertar bolsas de estudo parciais ou integrais em IESs privadas, inclusive para pessoas com deficiência, pretos, pardos, indígenas e quilombolas (RITTER, 2018).

A IES em estudo é protagonista, a nível nacional, no ingresso das pessoas com deficiência, uma vez que tem o primeiro registro de ingresso datado no ano de 2002, a partir de levantamento realizado junto ao atual Núcleo de Acessibilidade da IES. Entretanto, somente em 2008, o vestibular passou a reservar 5% das vagas de ingresso para pessoas com deficiência, a partir do Programa de Ingresso ao Ensino Superior (Peies). Essa reserva se efetivou, em 2007, a partir do Programa de Ações Afirmativas de Inclusão Racial e Social, criado como política, por meio da Resolução nº 11, para garantir os princípios de democratização do acesso ao Ensino Superior para populações em situação de desvantagem social, inclusive para pessoas com deficiência, então chamadas de “necessidades especiais” (UFSM, 2007).

Além disso, a Portaria nº 51.345, de 02 de agosto de 2007, instituiu a Comissão de Acessibilidade, cujo objetivo era facilitar as demandas oriundas do ingresso dos estudantes, bem como dos servidores com deficiência na IES. A Comissão de Acessibilidade, que se mantém nos dias atuais, reúne-se com periodicidade mensal com representantes das unidades da IES para a identificação de necessidades de ajustes e adequações aos pressupostos de acessibilidade (UFSM, 2017).

Nesse mesmo ano (2007), foi criado o Núcleo de Acessibilidade, com o objetivo de viabilizar essas demandas. O Núcleo estruturou-se a partir do Programa Incluir (BRASIL, 2007, 2013), criado em 2005 pelo MEC, pelo então Presidente Luís Inácio Lula da Silva. O Programa Incluir tinha como objetivo, entre outros, fomentar a criação e a consolidação de Núcleos de Acessibilidade nas universidades federais, garantindo o acesso das pessoas com deficiência à rede de Instituições Federais de Ensino Superior (Ifes), de modo que pudesse ser viabilizada a implementação das políticas e estratégias da Educação Especial, prevista na LDBEN de 1996 (BRASIL, 1996) e na Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008).

Cabe destacar que, para o ingresso na IES, o estudante que se candidata a uma vaga para pessoa com deficiência necessita se enquadrar no Decreto Federal nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, o qual instituiu a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, que, segundo seu Artigo 1º, “[...]compreende o conjunto de orientações normativas que objetivam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência” (BRASIL, 1999), entre eles o de acesso à educação em todos os níveis de ensino. Outro documento considerado é a Recomendação nº 03, de 01 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012e), a qual resolve que:

[...] a administração pública, direta e indireta, bem como a esfera privada, que não sejam ampliados às pessoas com visão monocular ou perda auditiva unilateral os mesmos direitos assegurados àquelas que apresentam deficiência, mormente a reserva de vagas em concursos públicos e a destinação de cotas na iniciativa privada.

Essa recomendação considera que essas pessoas têm condições de realizar as atividades acadêmicas, com um grau de dificuldade menor, diferente daquelas consideradas deficientes visuais ou deficientes auditivos. É, entretanto, uma resolução polêmica, haja vista as particularidades de cada estudante.

Segundo o Relatório Anual do Núcleo de Acessibilidade de 2016, os estudantes ingressantes devem apresentar Necessidade Educacional Especial (NEE), de acordo com os editais de cada ano (UFSM, 2016). Nesse aspecto, vale lembrar que se incluem as pessoas com deficiência, tratadas pela Lei Brasileira de Inclusão e Nota Técnica nº 04, de 2009, que institui o público-alvo da Educação Especial (BRASIL, 2009b, 2015).

Ressalta-se que os documentos que são estruturadas na instituição para a garantia da inclusão levam em consideração as orientações definidas pelo MEC, como a LDBEN (BRASIL, 1996; 2013); a Portaria nº 3.284, de 7 de novembro de 2003, que dispõe sobre os requisitos de acessibilidade para pessoas “portadoras” de deficiências, para instruir os processos de autorização e de reconhecimento de cursos de graduação, e de credenciamento de instituições (BRASIL, 2003); e a Política de Educação Especial (BRASIL, 2008), assim como decretos, normativas e regulamentações que tratam sobre os direitos da pessoa com deficiência no âmbito educacional.

Retomando o processo histórico da IES, no que diz respeito ao público-alvo da Educação Especial, as primeiras iniciativas referentes a esse público ocorreram no vestibular, por meio da reserva de vagas, além de por meio da disponibilização de recursos de acessibilidade para a realização das provas. Como exemplo, pode-se citar a acessibilidade linguística, pela tradução do vestibular em Língua Brasileira de Sinais (Libras) para pessoas com deficiência auditiva, conforme a Lei nº 10.436, de 2002 (GOULARTE, 2015).

Após a aprovação no vestibular, por meio do Departamento de Registro Acadêmico (Derca), os estudantes eram/são avaliados pela Comissão de Acessibilidade, composta por uma equipe interdisciplinar, com o objetivo de confirmar as informações fornecidas, para garantir o ingresso (Cota B) pela vaga reservada, evitando fraudes. Com a aprovação, o Derca disponibiliza ao Núcleo de Acessibilidade os dados dos estudantes para que este faça contato, verificando quais são as necessidades dos estudantes.

Quanto à organização da gestão da universidade para receber os estudantes, o Estatuto da IES, em seu Capítulo II, que trata dos princípios e das normas de organização, destaca-se o Artigo 6º, o qual menciona, no seu Inciso VI, flexibilidade de métodos e critérios, com vistas às diferenças individuais dos alunos, às peculiaridades regionais e às possibilidades de utilização dos conhecimentos para novos cursos e programas de pesquisa (UFSM, 2010). Tal artigo deixa claro que a instituição, em seus diferentes setores, deve estar adequada para receber os estudantes em condições de acessibilidade, bem como com respeito às diferenças individuais.

No que se refere às ações para garantir a acessibilidade aos produtos, serviços e instalações, a IES segue os pressupostos da Lei nº 10.098, de 2000, e do Decreto nº 5.296, de 2004, que regulamenta a legislação anteriormente citada, referindo que:

Art.1º Esta Lei estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação (BRASIL, 2000).

Além disso, o Decreto nº 5.296 define deficiência física, visual, auditiva, mental, múltipla e mobilidade reduzida e estabelece critérios para o atendimento prioritário, que compreende tratamento diferenciado e atendimento imediato às pessoas (BRASIL, 2004).

Esse atendimento, conforme preconizado pela legislação, garante que a instituição forneça atualmente tradutor/intérprete de Libras para estudantes e docentes surdos; cursos de extensão universitária em Libras, em diferentes níveis; empréstimos, para estudantes e servidores com deficiência, de TAs; serviços de adaptação de material em braile para estudantes cegos; transporte interno para estudantes e servidores com dificuldades de locomoção; auxílio-transporte para estudantes com dificuldades de locomoção e apoio didático-pedagógico especializado. Quanto à acessibilidade na comunicação e informação, o Portal da IES, bem como suas páginas internas, segue o Modelo de Acessibilidade em Governo Eletrônico e-MAG, bem como a Portaria nº 03, de 07 de maio de 2007, que institucionaliza o Modelo de Acessibilidade em Governo Eletrônico – e-MAG (UFSM, 2017).

A IES estabeleceu, em seu Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI, 2017), as diretrizes de acessibilidade, definindo que todos os setores e as unidades de ensino da instituição deveriam desenvolver ações de inclusão, elencando metas de condução de práticas para esse fim. A IES considera o conceito de acessibilidade como aquele que engloba as condições para o acesso em diferentes segmentos, tais como: “as áreas da comunicação e informação, arquitetura urbanística e nas edificações, nos transportes e na formação acadêmica e

profissional” (UFSM, 2017, p. 33). Esse pressuposto defende que a “acessibilidade atenderá as condições de ingresso, permanência institucional com qualidade e participação social, a formação e a conclusão das metas de desenvolvimento profissional no que tange a atuação dos estudantes e servidores” (UFSM, 2017, p. 33).

É interessante observar que essas diretrizes dão ênfase às ações que poderão ser estendidas a toda a comunidade, considerando, assim, o pressuposto da inclusão, o qual reconhece que as ações desenvolvidas na sociedade para a acessibilidade em seus diferentes segmentos devem contemplar todas as pessoas, não apenas aquelas que apresentam deficiências ou dificuldades específicas, numa sociedade e organizada para atender às pessoas consideradas “normais”.

Vale lembrar que as ações na instituição estão interligadas. Assim, compete à Pró-Reitoria de Graduação (Prograd) definir e acompanhar, com as demais unidades e subunidades da IES, a política de acessibilidade de pessoas com deficiência a altas habilidades/superdotação na Instituição (UFSM, 2018). Além disso, para viabilizar as ações que envolvem a inclusão, a IES criou, em 2016, a Coordenadoria de Ações Educacionais (Caed), pela Resolução nº 019, que engloba atualmente o Núcleo de Acessibilidade, o Núcleo de Apoio à Aprendizagem e o Núcleo de Ações Afirmativas Sociais, Étnico-raciais e Indígenas. A Caed tem como objetivo a:

[...] efetivação de ações atinentes a inclusão [...] atuando como agente de inovação pedagógica e social nos processos de acesso, permanência, aprendizagem na Instituição e das relações de trabalho no que se refere aos servidores com deficiência que necessitam de acompanhamento especial” (UFSM, 2017b, p. 02).

Quanto à organização didático-pedagógica dos cursos de graduação, a Resolução nº 17, de 2000, da IES, apresenta os elementos fundamentais de um projeto pedagógico inclusivo, norteando os cursos de graduação na construção de currículos de acordo com os pressupostos da instituição. O Projeto Político-pedagógico (PPP) dos cursos apresenta o planejamento estrutural e funcional, onde são organizados os objetivos do curso com as devidas características de cada área, assim como a organização das disciplinas ofertadas, sempre pautadas em pressupostos de respeito as diferenças individuais e condições para a flexibilidade curricular (UFSM, 2017).

Quanto às questões que envolvem o ensino, a Prograd atua no sentido de auxiliar a organização e

[...] qualificação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação e educação profissional com ênfase na efetivação dos princípios de flexibilização curricular e na relação entre os saberes. Implantação/consolidação do sistema de Educação a Distância e da inovação tecnológica nos cursos presenciais. Implantação/consolidação dos programas, metas e ações referentes ao Projeto de Expansão e Qualificação Universitária. Qualificação, apoio e mediação do trabalho de gestão pedagógica e docência, através do Programa Institucional de Desenvolvimento Profissional.

Além disso, as diretrizes da política de ensino enfatizam que as metodologias e tecnologias utilizadas na instituição devem respeitar as convicções, as posições e os conhecimentos de cada pessoa, frente à complexidade da sociedade, solucionando os problemas de maneira mais eficaz, “minimizando as desigualdades e tensões e possibilitando a convivência de perspectivas variadas, fundamentais para a produção de conhecimento”. Para tanto, o PDI enfatiza o uso de metodologias variadas, “que considerem as diversas formas de ensinar e de aprender, sustentadas no reconhecimento da diversidade” (UFSM, 2016-2026, p. 18).

Nesse aspecto, a IES tem proposto ações que garantem condições para suprir as necessidades específicas das pessoas com deficiência que ingressam na instituição, incentivando uma abordagem inclusiva, partindo das coordenações de cursos, para chegar aos docentes que atuam diretamente com esses estudantes. Pimenta e Anastasiou (2014), assim como Tardif (2017), tem enfatizado que a formação de professores das diferentes áreas do conhecimento deve priorizar ações que envolvam uma formação didático-pedagógica, mas principalmente voltadas para o estudante, para as necessidades dele e da instituição, buscando aperfeiçoamento contínuo e permanente para a qualificação da sua prática docente.

Nessa perspectiva, a IES prevê que, para o desenvolvimento institucional, deverá haver capacitação dos servidores docentes, “o que corrobora a ideia de que a criação e manutenção de programas de formação continuada e de apoio pedagógico são salutarés para o alcance dos objetivos institucionais” (UFSM, 2017, p. 19).

No que se refere ao apoio didático-pedagógico especializado, esse é ofertado pelo Núcleo de Apoio à Aprendizagem em parceria com o Ânima, Núcleo de Apoio à Aprendizagem na Educação, vinculado ao Centro de Educação da IES. Além disso, há legislações que regulamentam a organização desses serviços na instituição, como a Resolução nº 033, de /2015, que regulamenta o processo de acompanhamento pedagógico e cancelamento de matrícula e vínculo com a UFSM (UFSM, 2015). Essa resolução envolve o acompanhamento pedagógico do estudante, ofertando suporte para a finalização do curso, por meio de atividades que envolvem tanto a Caed quanto à Coordenação do Curso (UFSM, 2015).

O Núcleo de Apoio à Aprendizagem, vinculado à Caed, oferece um olhar para as NEEs dos estudantes, sejam eles público-alvo da Educação Especial ou não. Esse núcleo tem como objetivo “orientar e assistir a comunidade universitária por meio de uma abordagem interdisciplinar de promoção, potencialização, qualificação e ressignificação dos processos de ensino e aprendizagem”, ofertando ações que se desenvolvem no ensino, na pesquisa e na extensão (UFSM, 2017c, p. 01). Essas ações ofertam aos estudantes possibilidades de acompanhamento de modo que possam organizar sua vida acadêmica, frente às dificuldades enfrentadas, assim como capacitar a comunidade em geral sobre diferentes temáticas que envolvem a academia (UFSM, 2017c).

A responsabilidade governamental para a garantia de acesso à educação para pessoa com deficiência, firmada pela Lei nº 13.146 (BRASIL, 2015), refere que o acesso deve se dar em todos os níveis e modalidades de ensino, bem como aprendizado ao longo de toda a vida (BRASIL, 2015). Entretanto, a reserva de cotas para pessoas com deficiência, que efetivamente garantem o acesso ao Ensino Superior, foi firmada somente em 2016, com a Lei nº 13.409, de 2016. Essas legislações balizam as ações desenvolvidas em prol das pessoas com deficiência na IES.

A IES em estudo adotou recentemente o ingresso por meio do Sistema de Seleção Unificada (Sisu). Assim, foi criada a Resolução nº 002, em 2018, que “regulamenta as formas de ingresso aos cursos de graduação e Ações afirmativas correlatadas”, aderindo ao Sisu, instaurando 40% das vagas para pretos, pardos e indígenas, dentro dos 50% das vagas para cotistas. No que se refere a pessoas com deficiência, o ingresso pelo Enem oferta vagas suplementares ao percentual de 5% vagas/ano, do número total de vagas ofertadas nos cursos de graduação da IES (UFSM, 2018, Art. 5º, VI).

Por fim, a IES tem como um dos seus eixos norteadores a inclusão, o acesso, a acessibilidade, além da valorização das pessoas, com destaque à qualificação dos profissionais docentes e técnicos, de modo que todos estejam preparados para atuar com a diversidade encontrada na instituição, bem como adequar os espaços para o mesmo fim (UFSM, 2016).

3.2.4 A docência na Educação Superior e o estudante com deficiência na sociedade contemporânea

A educação formal, nos últimos anos, tem atribuído única e exclusivamente ao professor a tarefa de ensinar. Entretanto, como afirma Paulo Freire (2016), o aluno aprende quando o professor aprende, é um ato de permanente troca, diálogo e receptividade. Assim, para que o

processo de aprendizagem se efetive, Freire defende que o ambiente pode favorecer ou não a aprendizagem, motivo pelo qual sociedade desempenha importante papel na formação, desde os anos iniciais. A função do professor é a de mediador, ofertando condições para que os educandos possam se reconhecer enquanto seres com capacidade crítica e reflexiva, como seres social, histórico, transformador e criador (FREIRE, 2000, 2003, 2006, 2016).

Ainda para Paulo Freire, os problemas educacionais, presentes de maneira veemente na sociedade atual, não são apenas técnicos ou pedagógicos, mas também políticos e econômicos, fato que exige a participação da sociedade nesse processo. Por isso, a transformação da educação depende de uma reinvenção política, fato que exige uma formação crítica, reflexiva e, por conseguinte, transformadora (FREIRE, 2000, 2016).

A docência na Educação Superior tem ofertado desafios ao profissional docente, no contexto de sociedade que imprime obrigações de formação que vão além de formar profissionais técnicos capacitados para as exigências crescentes do mercado de trabalho, mas principalmente uma formação humanizada que permita a constituição de profissionais mais críticos, reflexivos e propositivos, frente à realidade socioeconômica e política do País.

No contexto da sociedade do século XX, que trouxe novas exigências à formação profissional, as instituições educativas não conseguiram romper com as diretrizes tradicionais que lhes foram atribuídas desde a sua constituição. De acordo com Imbernón (2010, p. 07):

Para educar realmente na vida e para a vida, para essa vida diferente, e para superar as desigualdades sociais, a instituição educativa deve superar definitivamente os enfoques tecnológicos, funcionalistas e burocratizantes, aproximando-se ao contrário, de seu caráter mais relacional, mais dialógico, mais cultural-contextual e comunitário, cujo âmbito adquire importância a relação que se estabelecem entre as pessoas que trabalham dentro e fora das instituições.

A instituição educativa, em qualquer nível de ensino, necessita envolver as diferentes instâncias sociais, uma vez que são parte de um processo que envolve educar. Esse fato é significativamente evidente nos últimos anos, principalmente frente às transformações científicas, educativas, sociais e tecnológicas, que têm exigido do professor capacidade de articulação e reflexão sobre sua própria prática pedagógica (TARDIF, 2017), para só então reproduzir e reconhecer a realidade dos outros com os quais divide espaço e lugar.

Essa nova exigência, que se estende para todos os níveis de ensino, é corroborada por Pimenta e Anastasiou (2014), que fazem uma reflexão sobre a docência no Ensino Superior. As autoras afirmam que, além dos conhecimentos técnicos necessários à prática docente na

Educação Superior, há a necessidade de uma série de capacidades que devem ser desenvolvidas pelo professor, iniciando pela análise de sua própria prática.

Nessa ordem, a formação docente assume um novo papel, que ultrapassa o ensino que se organiza na atualização científica, pedagógica e didática, exigindo, segundo Imbernón (2010, p. 15), a transformação na “[...] possibilidade de criar espaços de participação, reflexão e formação para que as pessoas aprendam e se adaptem para poder conviver com a mudança e a incerteza”. Assim, valoriza-se mais as aprendizagens das pessoas e a melhor maneira de torná-las possíveis. Trata-se de um processo de desenvolvimento humano, que ocorre em virtude de sua própria prática pedagógica.

Esse processo formativo não é regra na profissão docente em nível superior, pois ainda se compreende que a pós-graduação *stricto sensu*, exigida para docentes desse nível, é suficiente para garantir que o docente possa ministrar aulas com excelência e formar profissionais qualificados. Valoriza-se muito mais a qualidade técnica do que o potencial didático-pedagógico para exercer a profissão (DAMIANCE et al., 2016). Esse fato demonstra a desvalorização da profissão de professor, uma vez que, em muitas áreas do conhecimento, possuir uma pós-graduação *stricto sensu* é suficiente para ensinar.

O docente universitário, na maior parte das IES e universidades do País, não tem formação didática para exercer a docência e, por isso, muitas vezes, toma a sua experiência como estudante para exercer a prática (PIMENTA; ANASTASIOU, 2014). Nesse aspecto, algumas instituições têm investido em formação permanente para os docentes; contudo, a adesão e o aproveitamento nem sempre são condizentes com a diversidade que se encontra na instituição. Além disso, a exigência de produtividade, de atuação nos três pilares (ensino, pesquisa e extensão), muitas vezes faz com que o profissional opte por investir naquilo que legalmente lhe oferece maiores condições de ascensão profissional, ou seja, a pesquisa, deixando em segundo plano sua prática de ensino. Para além dessa prática, o docente universitário depara-se com atividades de administração e de gestão, que exigem um conhecimento para além de todos aqueles previstos no processo formativo, seja ele técnico ou didático.

Tardif (2017), ao discorrer sobre a formação de professores e os saberes advindos das experiências, que vão além daqueles aprendidos na academia, apresenta um quadro que ilustra a constituição do ser professor no contexto de saber-fazer e saber-ser.

Quadro 2 – Os saberes dos professores

Saberes dos professores	Fontes sociais de aquisição	Modos de Integração no trabalho docente
Saberes provenientes da formação profissional para o magistério.	Os estabelecimentos de formação de professores, os estágios, os cursos de reciclagem, etc.	Pela formação e pela socialização profissional nas instituições de formação de professores.
Saberes provenientes dos programas e livros didáticos usados no trabalho.	A utilização das “ferramentas” dos professores: programas, livros didáticos, cadernos de exercícios, fichas, etc.	Pela utilização das “ferramentas” de trabalho, sua adaptação às tarefas.
Saberes provenientes de sua própria experiência na profissão em sala de aula e na escola.	A prática do ofício na escola e na sala de aula, a experiência dos pares, etc.	Pela prática do trabalho e pela socialização profissional.
Saberes pessoais dos professores.	A família, o ambiente de vida, a educação no sentido lato, etc.	Pela história de vida e pela socialização primária.
Saberes provenientes da formação escolar anterior.	A escola primária, secundária, os estudos pós-secundários não especializados, etc.	Pela formação e pela socialização pré-profissional.

Fonte: Tardif (2017, p. 63).

O Quadro 2 evidencia o fato de que ser professor é uma constituição que se dá no processo formativo humano. Para Tardif (2017), a prática profissional de professor tem influência de vários aspectos que perpassam sua história de vida; portanto, os ambientes nos quais a pessoa cresce e se desenvolve, que moldam sua estrutura cognitiva, a partir de processos de socialização, interferem na sua prática e na sua constituição como sujeito. Esse argumento vai ao encontro do que a TBDH defende sobre o desenvolvimento humano, atribuindo a ele as influências ambientais e sociais às quais essa pessoa está submetida (BRONFENBRENNER, 2011).

Frente a isso, a Educação, de maneira geral, nos últimos anos, passou a “[...] valorizar a importância do sujeito, de sua participação e, portanto, também a relevância que a bagagem sociocultural [...] assume da educação” (IMBERNÓN, 2010, p. 11). Este argumento desafia o docente a uma profunda reflexão sobre o seu papel na formação do estudante, mas também sobre a sua formação. Por esse motivo, Imbernón (2010, p. 13-14) refere que:

A especificidade dos contextos em que se educa adquire cada vez mais importância: a capacidade de se adequar a eles metodologicamente, a visão de um ensino não tão técnico, como transmissão de um conhecimento acabado e formal, e sim como um conhecimento em construção e não imutável, que analisa a educação como um compromisso que preenche de valores éticos e morais[...] e o desenvolvimento da pessoa em colaboração entre iguais como um fator importante no conhecimento profissional.

Esse fator, além de reconhecer os contextos educativos que permeiam a prática, traz a necessidade de refletir sobre o alunado e a diversidade de situações em que a maior parte das instituições se encontram. Imbernón (2010) se refere à formação do professor da escola, mas essa realidade pode ser facilmente transcrita para a universidade, uma vez que a expansão do Ensino Superior no País tem trazido essa diversidade para esse espaço e feito as mesmas exigências com diferentes níveis de complexidade.

Essa diversidade se relaciona especialmente aos diferentes níveis de conhecimento e à capacidade reflexiva, uma vez que muitos estudantes chegam ao Ensino Superior com diferentes dificuldades na interpretação, na redação e na leitura de textos (PIMENTA; ANASTASIOU, 2014). Essas dificuldades podem ser reflexo de um ensino básico inicial deficitário e que necessita de investimento no que tange à estrutura física, financeira, organizacional e profissional e, especialmente, à valorização do professor (TARDIF, 2017). Além disso, a educação brasileira é reflexo de um modelo capitalista que considera o estudante da Educação Básica um cliente que necessita de um certificado para ingressar na universidade, “adquirir” uma profissão, disponibilizando uma mão de obra mais qualificada para o mercado de trabalho.

A presença dessa diversidade exige do professor maleabilidade, no sentido de ofertar ao estudante condições de refletir criticamente e minimizar as dificuldades apresentadas no processo de aprendizagem. Para tanto, além do processo formativo do docente, há necessidade de esse conhecer os objetivos da instituição na qual trabalha, mas, principalmente, de conhecer o estudante, o qual traz consigo experiências particulares, que lhe conferem suas características e especificidades (PIMENTA; ANASTASIOU, 2014). É, certamente, um desafio ao docente, exigindo formação contínua e permanente.

De fato, essa discussão se estende à presença do estudante com deficiência na universidade, que tem suscitado diferentes discussões a favor e contra o processo inclusivo, como paradigma vigente. A legislação brasileira tem buscado garantir o acesso à educação, com políticas de cotas e recursos de acessibilidade, especialmente estrutural (BRASIL, 2008, 2016;

REO PEREIRA et al., 2016; RITTER, 2018), preocupação que tem crescido nos últimos anos. Estariam as instituições e especialmente os docentes preparados para tais tarefas?

Os estudos sobre a inclusão na Educação Superior têm demonstrado uma crescente preocupação com os estudantes, especialmente com aqueles público-alvo da Educação Especial (PLETSCH; LEITE, 2017), além de outras populações socialmente excluídas, como negros e pardos, indígenas, refugiados (RITTER, 2018) e pessoas com dificuldades de aprendizagem. Tais estudos sobre as pessoas com deficiência têm um enfoque principalmente nos aspectos que envolvem a acessibilidade e a prática pedagógica (CIANTELLI; LEITE, 2016; MACIEL; ANACHE, 2017), num sentido mais técnico de abordagem, mas poucos se preocupam em refletir sobre o sentimento docente em relação aos processos inclusivos (SILVA; CYMROT; D'ANTINO, 2012; MACIEL; ANACHE, 2017).

Nesse sentido, Pletsch e Leite (2017) referem que há uma crescente preocupação com as questões que envolvem as atitudes frente à deficiência nas pesquisas na área da Educação Especial. Essas concepções para as autoras têm sido positivas para atender à nova demanda, mas reforçam a necessidade de ampliar o conhecimento sobre as atitudes, tanto nos cursos de formação inicial quanto na formação continuada de docentes do Ensino Superior. Além disso, evidenciaram aquilo que outras pesquisas (SILVA; CYMROT; D'ANTINO, 2012; FREITAS; PAVÃO, 2012) têm anunciado há algum tempo sobre a necessidade de remoção de barreiras arquitetônicas, a oferta de material didático adequado, de tradutor/intérprete de Libras, entre outros recursos de pessoal e tecnológicos.

Uma significativa maioria dos estudos aborda as dificuldades encontradas para atuar com estudantes com deficiência, e essas percepções são reflexos dos mesmos problemas encontrados na Educação Básica (FREITAS; PAVÃO, 2012; TAVARES; SANTOS; FREITAS, 2016; PLETSCH; LEITE, 2017). No entanto, parece ser uma discussão redundante que não encontra soluções ou compreensões que favoreçam a mudança de atitudes frente às dificuldades, uma vez que, passados dez anos da publicação da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008) e mais de 30 anos de discussão sobre a inclusão, ainda se discute mais sobre as dificuldades do que sobre as potencialidades dos estudantes.

A proposição a que cabe maior dedicação talvez seja repensar a formação do docente universitário, frente à diversidade que encontra na universidade, bem como frente à responsabilidade que lhe cabe no processo formativo. Vale, no entanto, enfatizar que a formação é uma discussão que transcende a universidade, no sentido de formação técnica, exigindo do professor uma capacidade de transformação de si. Para Imbernón (2010, p. 18), “os

docentes precisam desenvolver capacidades de aprendizagem da relação, da convivência, da cultura do contexto e de interação de cada pessoa com o resto do grupo, com seus semelhantes e com a comunidade que envolve a educação”, portanto, de desenvolvimento e transformação humana.

Corroborando as colocações de Imbernón (2010), Pimenta e Anastasiou (2014) reiteram a necessidade de os docentes conhecerem seus estudantes, bem como a instituição à qual estão vinculados, trabalhando de maneira conjunta, de modo a propor estratégias de enfrentamento das dificuldades, de acordo com as necessidades e as potencialidades dos estudantes.

Desponta nesse aspecto a necessidade de uma formação que contemple aspectos da cooperação entre todos aqueles envolvidos com o processo educativo. Esse fator não se restringe ao estudante com deficiência, mas se difunde para todos os estudantes. Todavia, quando se trata dos estudantes com deficiência, talvez seja um aspecto importante para contemplar a expectativa do estudante e do professor no processo de ensino e aprendizagem, numa relação de trocas, que não se funda no sucesso acadêmico, mas na inclusão.

A colaboração para construir um conhecimento profissional coletivo requer a viabilidade para facilitar as capacidades reflexivas coletivas sobre a própria prática docente. Novos conceitos, novas mentalidades, novas formas de ver a realidade social e profissional e uma nova política educativa, considerando as necessidades individuais e coletivas da população, dos docentes, dos estudantes, da equipe escolar e da sociedade como um todo, podem favorecer a mudança de concepções e o engajamento em ações cada vez mais inclusivas.

No que diz respeito à cooperação, Frantz (2001) entende seu conceito como ato de produzir novos saberes para a formação de uma sociedade democrática. Para ele, a escola é um espaço cooperativo, no qual as práticas sociais encontram espaço fecundo para se desenvolverem e difundirem. Para o autor, as práticas educativas produzem conhecimento, educação e aprendizagem, para além dos seus objetivos específicos. Já a escola se organiza em um espaço complexo de relações humanas regidas por práticas cooperativas. Essas reflexões, ainda atuais, podem ser traduzidas integralmente para a universidade, uma vez que, mesmo sendo esperado que os estudantes tenham mais autonomia no processo educativo, na prática cooperativa ainda reside a importância de estabelecer parcerias para o desenvolvimento de profissionais comprometidos com a mudança social.

Por isso, para a formação docente há uma tendência de repensar o currículo. Para Imbernón (2010, p. 39), a formação de professores deve priorizar um currículo que dote o professor de capacidade de “refletir sobre a própria prática docente, com o objetivo de aprender a interpretar, compreender e refletir sobre a realidade social e à docência”. Conforme Freire

(2006), o ensino se faz a partir da pesquisa, sendo um dependente do outro, e se efetiva nos questionamentos permanentes da ação docente, buscando constatar, intervir, conhecer e comunicar a novidade. Além disso, incentiva-se uma formação que oferte a capacidade de tornar-se um profissional mais ativo no “[.] planejamento, desenvolvimento, avaliação e reformulação de estratégias e programas de pesquisa de intervenção educacional de forma conjunta com e com a comunidade que envolve a escola” (IMBERNÓN, 2010, p. 40) e, por assim dizer, a universidade.

Pimenta e Anastasiou (2014) sugerem que o docente da Educação Superior necessita de capacidades que ultrapassem as habilitações técnicas específicas, principalmente nos cursos de bacharelado. Sugerem, assim, que o docente obtenha uma formação didática e pedagógica e tenha possibilidade, mesmo frente à precariedade de algumas instituições, de investir em formação contínua e permanente, pesquisando sua própria prática, de modo que possa refletir sobre ela, sem dar enfoque objetivamente ao que deve ser feito e ao que vai fazer.

A reestruturação das instituições educativas, em todos os níveis de ensino, precisa partir das reflexões produzidas pelo professor que está atuando em sala de aula. No que tange à atuação com pessoas com deficiência, essa reflexão não se restringe aos professores com formação nas licenciaturas, em relação aos quais se pensa equivocadamente que teriam formação mais direcionada para a atuação com essa população, uma vez que, nas universidades, uma parte significativa dos docentes não tem formação pedagógica. Os estudos poderiam partir de professores das diversas áreas do conhecimento, pois cada profissão tem sua especificidade, que exige reflexões específicas, mas com uma formação interdisciplinar, mais humanizada e crítico-reflexiva. De acordo com Imbernón (2010, p. 29):

A profissão docente comporta um conhecimento pedagógico específico, um compromisso ético e moral e a necessidade de dividir a responsabilidade com outros agentes sociais, já que exerce influência sobre outros seres humanos e, portanto, não pode nem deve ser uma profissão meramente técnica de “especialistas infalíveis [...]”.

Pimenta e Anastasiou (2014, p. 80) referem que “Ser professor universitário supõe o domínio de seu campo específico de *conhecimento*. Mas ter o domínio do conhecimento para ensinar supõe mais do que uma apropriação enciclopédica”. Argumentam, assim, a necessidade de uma formação que possibilite olhar para a sua prática e a da sua instituição, atribuindo significados para si, para só então buscar conhecimento que possa fomentar a reflexão nos estudantes.

Essa concepção exige a participação de diferentes agentes sociais, posto que o estudante não é responsabilidade apenas do docente. Há uma contrapartida que é da sociedade,

principalmente na mudança de concepção sobre a deficiência; do Estado, na formulação de políticas, mas também na viabilização da implementação destas; da família e do próprio estudante, como parte responsável por sua própria sua aprendizagem. Por isso, a formação de mesossistemas, cujos objetivos e níveis de interação sejam diretos e recíprocos, pode favorecer o desenvolvimento do docente para sua prática e do estudante em sua aprendizagem.

Além disso, há uma crescente discussão acerca do engajamento estudantil na sua própria aprendizagem. De acordo com Mentges e Casartelli (2018) e Teixeira (2018), o estudante precisa se envolver com as atividades que são desenvolvidas na universidade, para além da sala de aula, participando de projetos de pesquisa e de extensão e de atividades de lazer, contextos propícios para aprendizagem, que ultrapassam conteúdos formais para a profissão. A universidade tem esse papel, de desenvolver ações que buscam uma formação integral do ser humano, desde que o estudante, enquanto ator ativo e principal responsável pela aquisição de conhecimento, esteja aberto e preparado para receber os estímulos do meio externo. Estímulos estes significativamente relacionados aos diferentes contextos, processos e tempos, que estão envolvidos com o desenvolvimento humano, conforme sugere a TBDH.

O objetivo da educação, portanto, “[...] é ajudar a tornar as pessoas mais livres, menos dependentes do poder econômico, político e social. E a profissão de ensinar tem essa obrigação intrínseca” (IMBERNÓN, 2010, p. 27). Entretanto, para isso, a mudança só poderá ocorrer a partir do olhar direcionado para si mesmo, para suas compreensões de homem e de mundo, para suas próprias limitações e capacidades, para, então, repensar sua prática profissional frente ao estudante com deficiência.

Nesse sentido, Pimenta e Anastasiou (2014, p. 97) situam a educação como um processo de humanização, necessário ao processo de desenvolvimento humano no contexto de sociedade em que se insere:

A educação é um processo de humanização. Ou seja, é processo pelo qual se possibilita que os seres humanos se insiram na sociedade humana, historicamente constituída e em construção [...]. A tarefa da educação é inserir as crianças e os jovens tanto no avanço civilizatório, para que dele usufruam, como na problemática do mundo de hoje, por intermédio da reflexão, do conhecimento, da análise, da compreensão, da contextualização, do desenvolvimento de habilidades e atitudes. Portanto, sua tarefa é garantir que se apropriem do instrumental científico, técnico e tecnológico, de pensamento, político, social e econômico, de desenvolvimento cultural, para que sejam capazes de pensar e gestar soluções.

As autoras deixam claro, nesse fragmento, um posicionamento sobre educação que serve aos propósitos do modelo socioeconômico vigente e que, em verdade, deve ser pensado pelas políticas de educação, de modo que todas as pessoas possam, nesse contexto, usufruir de seus

direitos. Apesar disso, elas trazem reflexões importantes para o processo formativo docente, mas que poderia priorizar uma formação mais humana, crítica e reflexiva, que tornasse possível o rompimento de paradigmas exclusionistas que regem as práticas na sociedade atual.

Há, portanto, que se considerar, no contexto educacional, os modelos socioeconômicos que regem a sociedade e que balizam a prática educativa, sem desconsiderar que tal modelo é construído por pessoas com especificidades e características próprias. Por isso, refletir sobre a prática docente é uma tarefa complexa, que exige considerar o ambiente, os contextos e os processos em que cada pessoa está inserida e suas concepções sobre a docência e sobre a sociedade.

3.3 URIE BRONFENBRENNER: TEORIA BIOECOLÓGICA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

Urie Bronfenbrenner nasceu em Moscou, Rússia, em 19 de abril de 1917, onde viveu até os seis anos de idade. Em decorrência da guerra civil na Rússia, que afetou severamente toda a economia, a política e a sociedade russa como um todo, a família de Bronfenbrenner, de classe social de bom nível cultural, uma vez que seu pai era médico e sua mãe, apesar de não ser se graduada tinha gosto pelas artes e letras, teve de emigrar para Nova Iorque, nos Estados Unidos, no ano de 1923 (KREBS, 1995).

Na escola da pequena vila de Letchworth, onde a família se instalou, o menino Urie conviveu com pessoas com deficiência intelectual, devido ao trabalho de neuropatologia do seu pai, chefe de um sanatório. Além disso, na escola, conviveu com diferentes grupos étnico-sociais, o que conferia ao ambiente os quais ele frequentava um aspecto multicultural, que, mais tarde, influenciaria a sua teorização (KREBS, 1995).

Bronfenbrenner ingressou na Universidade de Cornell, em 1938, e graduou-se em Psicologia e Música, tendo influência de Kurt Lewin, seu professor, na sua formação e na compreensão do desenvolvimento humano. Realizou, posteriormente, mestrado em Psicologia pela Universidade de Harvard, onde teve influência de Walter Dearborn, que estudava também o desenvolvimento humano. Descontente com a organização altamente fragmentada da Universidade de Harvard, resolveu cursar o doutorado em Filosofia, no ano de 1942, na Universidade de Michigan, tendo como orientador Willard Olson (KREBS, 1995; BRONFENBRENNER, 2011).

Segundo Krebs (1995), um dia após a defesa de sua tese de doutorado, Bronfenbrenner foi recrutado para o serviço militar e a carreira docente, apesar de ter ministrado aulas no

período de pós-graduação na Universidade de Michigan, teve que aguardar até o ano de 1946. No período de serviço militar, passou por diferentes setores, até ser enviado para trabalhar com um grupo de importantes cientistas na área de Psicologia, a chamada “Estação S”. Entre tais cientistas, estavam Kurt Lewin, Harry Murray, Theodore Newcomb, David Levy e Edward C. Tolman (KREBS, 1995; SCHMITT, 2016).

Sua carreira profissional docente iniciou na Universidade de Michigan, no ano de 1946, onde permaneceu por dois anos. Em 1948, mudou-se para Nova Iorque para lecionar na Universidade de Cornell. Nessa instituição, em 1987, recebeu o título de professor titular do Departamento do Desenvolvimento Humanos e Estudos da Família, da Escola de Ecologia Humana e recebeu o título de Professor Emérito³² (KREBS, 1995).

No ano de 1995, quando foi publicada a obra de Krebs, Bronfenbrenner continuava atuando como professor do referido departamento, além de coordenar o Programa Andrew D. White, destinado à capacitação de docentes para a atuação na Universidade de Cornell. Durante sua carreira, recebeu diferentes prêmios e honrarias, por seus estudos científicos e trabalhos na área de psicologia do desenvolvimento humano (KREBS, 1995). Bronfenbrenner faleceu no ano de 2005, deixando uma vasta contribuição com o desenvolvimento da psicologia social por meio da criação da ecologia do desenvolvimento humano.

3.3.1 A Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano (TBDH)

A TBDH, criada por Bronfenbrenner, data do final da década de 1970 e tem sua origem nas teorias da Gestalt, principalmente na teoria de campo de Kurt Lewin³³. Uma característica importante das pesquisas de Urie Bronfenbrenner, que as diferenciava das dos demais pesquisadores do desenvolvimento, era a ideia de realizar estudos para além do laboratório. Ele defendia a ideia de que os resultados sofriam influência das condições do ambiente em que a pessoa estava, por isso a pesquisa em condições reais ofereceria melhores condições de avaliação do fenômeno do desenvolvimento em estudo.

Bronfenbrenner foi um dos pesquisadores do processo de desenvolvimento humano mais influentes da metade do século XX. Ele considerava estudos de outros pesquisadores, como Jean Piaget, Gilbert Gottlieb, Erik H. Erikson e Lev Vygotsky. No que se refere às influências de Kurt Lewin, a principal trata das observações do pesquisador quanto ao

³² Professor Emérito é o título mais elevado da carreira universitária americana.

³³ Kurt Lewin foi um psicólogo polonês que estudou as influências nas condutas humanas a partir da interação do homem com o ambiente, a partir do conceito de campo da Física. Esta concepção foi chamada de Teoria de Campo.

comportamento humano colocado no contexto em que este estava inserido, ou seja, nas relações interpessoais, na situação sociológica, cultural, histórica e teórica, especialmente (KREBS, 1995; BRONFENBRENNER, 2011; SCHMITT, 2016).

A teoria ecológica surgiu em meio às transformações sociais advindas do processo de industrialização, especialmente nos Estados Unidos. Segundo Bronfenbrenner (2011), tais transformações podem ter modificado drasticamente o ser humano e as condições ambientais nas quais ele vive. Para além disso, a ciência expandiu-se, principalmente depois da década de 1980, abrindo novas áreas de investigação científica, até então pouco exploradas.

O modelo ecológico apresenta-se como dinâmica de relações do desenvolvimento humano entre um indivíduo e a atividade que desenvolve e seu ambiente complexo, integrado e mutável. Bronfenbrenner enfatizava que sua teoria estava sempre em desenvolvimento, por isso diferentes autores contribuíram, ao longo do tempo, para as suas delimitações.

Para Bronfenbrenner, o homem é produtor ativo do seu próprio desenvolvimento. A TBDH é tratada como um “sistema teórico que evolui ao longo do tempo para o estudo científico do desenvolvimento humano” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 38). Segundo Krebs (1995, p. 01), a ecologia do desenvolvimento humano “visualiza o desenvolvimento como um processo interativo entre o indivíduo, o ambiente, as atividades específicas da infância e para além dela”. O desenvolvimento é compreendido por Bronfenbrenner (2011, p. 43) como o:

[...] fenômeno de continuidade e de mudança nas características biopsicológicas dos seres humanos, como indivíduos e como grupo. Esse fenômeno se estende ao longo do ciclo de vida humano por meio de sucessivas gerações e ao longo do tempo histórico, tanto passado quanto presente.

Importa referir, neste momento, que, apesar de o autor trazer como exemplos para suas explicações basicamente estudos da infância, o conceito de desenvolvimento abordado não restringe o desenvolvimento somente a essa fase, podendo ser estendido a todas as fases do ciclo vital. Esse argumento é reforçado por Papalia e Feldman (2013), as quais, ao tratarem sobre o desenvolvimento humano, tomam a vida adulta como parte do ciclo vital. As autoras dividem o ciclo em oito períodos, constituídos socialmente e pelas características comuns do desenvolvimento biopsicossocial. Contudo, enfatizam que cada pessoa é única e pode, por influências diversas, entrar em ciclos em diferentes tempos daqueles adotados como modelos científicos, pelas suas características. O Quadro 3 demonstra como Papalia e Feldman (2013) organizaram o ciclo vital:

Quadro 3 – Fases do ciclo vital.

Fases	Período
1- Período pré-natal	Da concepção ao nascimento
2- Primeira infância	Do nascimento até os 3 anos
3- Segunda infância	Dos 3 aos 6 anos
4- Terceira infância	Dos 6 aos 11 anos
5- Adolescência	Dos 11 até aproximadamente 20 anos
6- Início da vida adulta	Dos 20 aos 40 anos
7- Vida adulta intermediária	Dos 40 aos 65 anos
8- Vida adulta tardia	Dos 65 anos em diante

Fonte: Adaptado de Papalia e Feldman (2013, p.40-1).

Nesse aspecto, os docentes universitários encontram-se, em geral, no início da vida adulta (20-40 anos), uma vez que o ingresso na carreira docente no Ensino Superior ocorre cada vez mais cedo. No Censo da Educação Superior de 2016, a média de idade dos docentes das instituições públicas era de 34 anos, a das instituições privadas, 36 anos (BRASIL, 2016c). São estes profissionais docentes que são parte desta pesquisa, que envolve os processos de desenvolvimento humano que perpassam e influenciam invariavelmente a prática docente. Processos estes dinâmicos e fomentados pelas relações interpessoais e pelas interações ambientais.

O modelo bioecológico tem como propriedades a evolução, que explica o fato de o modelo ter sido desenvolvido ao longo do seu ciclo de vida, o qual é tratado também como uma propriedade. Dentro desse ciclo, há dois processos que podem ser identificados, “o primeiro define o fenômeno em investigação a saber, a continuidade e a mudança nas características biopsicológicas dos seres humanos”, e o segundo interfere no desenvolvimento de ferramentas de pesquisa científica, de modo que “os modelos teóricos e delineamentos de pesquisa correspondentes necessários para avaliação da continuidade e da mudança” sejam incorporados, possibilitando novas descobertas sobre o desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2011, p. 44).

Outro aspecto importante no modelo é a experiência, que pertence à esfera subjetiva dos sentimentos e que é utilizada para “indicar as características cientificamente relevantes de qualquer contexto para o desenvolvimento humano incluem não apenas suas condições

objetivas, mas também a maneira na qual essas são experienciadas subjetivamente pelas pessoas que vivem nesse ambiente” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 44). Além disso, o autor enfatiza que os elementos objetivos e subjetivos são os regentes do percurso de desenvolvimento e apenas um por si só não é suficiente para o processo, ou seja, não é exclusivo.

Durante todo o ciclo de vida, o desenvolvimento humano ocorre por meio de processo de interação recíproca, cada vez mais complexos entre um organismo humano biopsicológico em atividade e as pessoas, assim como objetos e símbolos existentes em seu ambiente externo imediato (BRONFENBRENNER, 2011; PAPALIA; FELDMAN, 2013). Para que esse processo ocorra, essa interação deve ser contínua e ao longo de um período. Essas interações duradouras entre as pessoas e os elementos que compõem um sistema ambiental são denominadas de *processos proximais*, “a força motriz primária do desenvolvimento humano” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 46).

Os processos proximais ocorrem de maneira articulada entre as características da pessoa em desenvolvimento, o contexto no qual os processos ocorrem da natureza dos resultados desenvolvimentais esperados, as “continuidades e mudanças que ocorrem ao longo do tempo, bem como o tempo histórico em que a pessoa está vivendo” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 46).

O processo de desenvolvimento ao longo da vida está diretamente relacionado com os eventos ambientais, sendo que os mais influentes e potentes nas transformações biopsicológicas e sociais envolvem aquelas atividades que ocorrem com a pessoa ou na sua presença, pois, em geral, são melhor memorizadas, com ressalva aos traumas psicológicos, que implicam em outros processos psíquicos, não abordados neste momento (BRONFENBRENNER, 2011).

A estrutura de um ambiente ecológico é conhecida “como se estendendo muito além da situação imediata, influenciando de forma direta a pessoa em desenvolvimento, os objetivos nos quais ela responde ou as pessoas com quem interage face a face” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 90). Ademais, as interações com outras pessoas, a natureza de suas ligações diretas e as influências indiretas, que chegam até ela por terceiros, influenciam o complexo sistema ecológico, o que é chamado de interconectividade.

Para Krebs (1995, p. 29), a teoria baseia-se em pressupostos. O primeiro está relacionado aos elementos do ambiente, os quais, quando identificados, podem ser analisados numa perspectiva de microssistemas, além das “forças que afetam o desenvolvimento humano a nível do mesossistema, exossistema e macrosistema”. Para Bronfenbrenner, o ambiente deve ser compreendido por meio dos sistemas, concepção está baseada em três pressupostos relativos à sua constituição: a) “a natureza e função das atividades molares”, que são entendidas como

diferentes formas de comportamento que influenciam o desenvolvimento, com persistência temporal e significância para os indivíduos que estão envolvidos no ambiente; b) “as estruturas interpessoais como contextos de desenvolvimento”, que se organiza por uma díade, ou seja, composto por duas pessoas, que interagem ofertando atenção aos comportamentos manifestados pela outra no envolvimento com uma atividade e; c) “os papéis como contexto de desenvolvimento”, que podem ser compreendidos como as funções que cada pessoa desempenha na sociedade a partir de sua posição social, na qual há uma relação entre o que a sociedade espera do indivíduo e o que ele oferece para a sociedade (KREBS, 1995, p. 30). Esses elementos se encontram nas relações estabelecidas no microsistema; contudo, os papéis, por exemplo, têm sua origem no macrosistema, mas são influentes diretos nas relações do microsistema.

O sistema ecológico que estrutura a TBDH foi reconhecido como “*uma série de estruturas encaixadas, umas dentro das outras, como um conjunto de bonecas russas*”, que são divididas em microsistema, mesossistema, exossistema, macrosistema e cronossistema (também tratado como tempo em que o desenvolvimento ocorre) (BRONFENBRENNER, 2011, p. 86, grifo do autor).

O microsistema é o nível mais profundo, mais próximo da pessoa em desenvolvimento, e envolve “estruturas e processos que ocorrem num contexto imediato no qual a pessoa em desenvolvimento está inserida” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 114). Esse sistema compreende o conjunto de relações estabelecidas entre a pessoa em desenvolvimento e o seu ambiente mais imediato. As interações ocorrem a partir dos aspectos físicos, sociais e simbólicos e dependem das condições e da estrutura que o ambiente oferece (POLETTI; KOLLER, 2008). O microsistema para a criança, de acordo com Bronfenbrenner (2011), é, em geral, formado pelas relações estabelecidas com cada membro da família e da escola/creche. Para o adulto, esse microsistema pode ser constituído tanto pelas relações com as pessoas com quem convive na família (pais, cônjuge, filhos), quanto com colegas de trabalho e grupo de amigos com os quais convive com frequência.

Quanto aos estudos iniciais de Bronfenbrenner, que datam de 1979, Krebs (1995) refere que o autor enfatizou que haviam três fatores que poderiam intervir no microsistema, a saber: as atividades molares, os papéis e as relações interpessoais. As atividades molares correspondem às formas de comportamento entre duas ou mais pessoas; o papel refere-se à importância que cada pessoa desempenha em um determinado ambiente; e as relações interpessoais são oriundas do contato entre duas pessoas, ou díades, que ocorrem sempre nesta interação, quando uma pessoa presta atenção ao comportamento de outra pessoa em atividade,

resultando em uma troca de experiências iniciais. Além desses fatores, Bronfenbrenner (1996) referia que o desempenho de atividades estava organizado com base em atividades moleculares, ou seja, aquelas que, apesar de ter significado, têm importância mínima no curso de desenvolvimento da pessoa, uma vez que ocorrem além das díades.

As atividades molares constituem a manifestação principal e imediata tanto no desenvolvimento humano quanto nas forças ambientais que influenciam esses processos. Essas atividades são formas de comportamento continuado, mas nem todas são atividades molares, pois nem todos os comportamentos são significativos para o desenvolvimento. Elas são definidas por momentos próprios e são percebidas “como tendo significado ou intenção pelos participantes do ambiente” (BRONFENBERNER, 1996, p. 37).

O mesossistema é composto por vários microsistemas, exigindo um olhar para além dos simples contextos, que abranja também suas relações (KREBS, 1995; BRONFENBERNER, 2011). É reconhecido como os ambientes dos quais a pessoa em desenvolvimento participa ativamente, por meio dos vínculos e processos que ocorrem entre dois ou mais ambientes (KREBS, 1995; BRONFENBERNER, 2011). Segundo Bronfenbrenner (2011), as conexões estabelecidas nesse nível podem ser tão mais decisivas no desenvolvimento quanto aquelas que ocorrem dentro de cada microsistema. Tanto para a criança quanto para o adulto, esse sistema pode ser representado pelas relações estabelecidas entre a família e a escola/universidade, a família e a vizinhança; para o adulto, em especial, a família e seu trabalho.

As interações que ocorrem no/com o sistema no qual a pessoa está inserida e que permitem as interações com estruturas sociais diferentes são reconhecidas como transições ecológicas, compreendidas como a “passagem da pessoa em desenvolvimento de um contexto ecológico para outro contexto novo e diferente” (BRONFENBERNER, 2011, p. 82).

Quanto às forças existentes no mesossistema, Bronfenbrenner atribuía os mesmos pressupostos do microsistema; contudo estas são originadas das inter-relações estabelecidas entre dois ou mais ambientes em que a pessoa convive. Ele propõe quatro tipos de inter-relações: a) participação multiambiental, na qual uma pessoa participa ativamente de dois ambientes que a influenciam; b) laços indiretos, em que há influência dos ambientes sem que a pessoa esteja participante ativamente, por meio de interlocutores; c) comunicação interambiental, que se refere a toda a “informação transmitida intencionalmente de um ambiente para outro” (KREBS, 1995, p. 36) e; d) conhecimento interambiental, que refere às “informações ou experiências que existem em um ambiente, em relação ao outro” (KREBS, 1995, p. 35).

O exossistema invoca a hipótese de que o desenvolvimento humano é “profundamente influenciado pelos eventos que ocorrem no quais ela não está presente” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 87). O exossistema consiste de um ou mais ambientes, os quais influenciam indiretamente a pessoa em desenvolvimento, ou seja, ela não é uma participante ativa nas atividades/interações, mas sofre a influência dos eventos que ocorrem com pessoas com as quais ela se relaciona ou no ambiente do qual ela participa (POLETTI; KOLLER, 2008). Segundo Krebs (1995, p. 37-38), há duas condições mínimas para identificar as operações no exossistema: a) que os eventos que ocorrem no microsistema tenham conexão com os que ocorrem no outro microsistema e b) que os eventos que ocorrem no microsistema, conectados com o ambiente externo, “tenham relação com a pessoa em desenvolvimento”.

Bronfenbrenner identificou três principais exossistemas que influenciam o desenvolvimento infantil, qual sejam, “o trabalho dos pais, a rede de apoio social e a comunidade em que a família está inserida” (POLETTI; KOLLER, 2008). Nos adultos, essa rede poderia ser também compreendida, uma vez que, como pessoas em desenvolvimento numa diferente fase do ciclo vital, sofrem com a influência de diferentes sistemas. Dessa forma, pode-se sugerir que, na fase adulta, os principais exossistemas que os influenciam são o trabalho do cônjuge/namorado(a), do amigo com quem divide apartamento ou amigo mais próximo, dos pais; a rede de apoio social e a comunidade em que este adulto está inserido, incluindo as redes que estruturam por meio do seu próprio trabalho.

O macrosistema, por sua vez, é definido “como um padrão global de ideologia e organização das instituições sociais comuns em uma cultura ou subcultura.” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 115). De outro modo, o macrosistema engloba o micro, o meso e o exossistema de uma sociedade, os quais tendem a ser similares entre cada cultura, pois, mesmo com diferentes culturas no mesmo contexto, constituem-se no mesmo modelo, fazendo os sistemas funcionarem de maneira semelhante (BRONFENBRENNER, 2011).

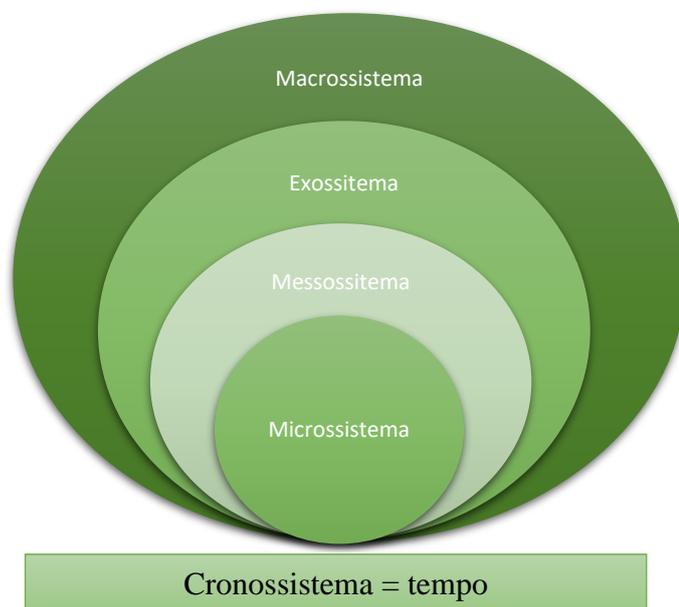
Ao nível de macrosistema, o conceito de “experiência transformadora” também necessita ser considerado, pois implica em influência no movimento em cada um dos componentes do sistema. Experiência transformadora é, pois, “aquela que coloca em questão, ou ativamente altera, práticas, crenças que são parte do macrosistema prevalente o qual vivem os sujeitos de pesquisa” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 84). Poderia se dizer que a experiência transformadora a nível de macrosistema, no que tange ao processo de inclusão, foi a passagem do paradigma da integração para o da inclusão e as práticas advindas dessas mudanças que incidiram nos sistemas menores. Exemplos são o desenvolvimento da Política de Educação Especial, de 2008 no Brasil, a lei de cotas para pessoas com deficiência em

instituições públicas (BRASIL, 2016a), entre outros marcos que vão constituindo a organização deste sistema. Para o autor:

[...] o conjunto de sistemas encaixados e interconectados é percebido como uma manifestação de padrões globais de ideologia e de organização das instituições sociais comuns a uma determinada cultura ou subcultura. Esses padrões generalizados são chamados de macrossistemas. Assim, dentro de uma determinada sociedade ou grupo social, a estrutura e a essência dos micro, meso e exo sistemas tendem a ser similares, como se fossem construídos do mesmo modelo principal, fazendo os sistemas funcionarem de maneira semelhante (BRONFENBRENNER, 2011, p. 90).

Por fim, o cronossistema foi adicionado à teoria, na sua última revisão. Esse sistema leva em consideração o tempo histórico – presente, passado e futuro –, que permeia as ações dos indivíduos e das sociedades. Tais influências advêm também dos sistemas organizacionais da sociedade tanto em contexto global quanto local (SCHMITT, 2016). Para ilustrar a organização desse modelo, a Figura 3 é apresentada com base nas definições de Krebs (1995) e Bronfenbrenner (2011).

Figura 3 – Organização dos sistemas do modelo bioecológico de desenvolvimento humano.



Descrição da imagem: Figura na cor verde, constituída por círculos concêntricos encaixados, com escrita do maior para o menor: “Macrossistema”, “Exossistema”, “Mesossistema” e “Microssistema”. Na parte exterior inferior aos círculos, há um quadro em que consta “Cronossistema = tempo”.

Fonte: Elaborada pela autora (2019), com base em Krebs (1995) e Bronfenbrenner (2011).

Nos processos que envolvem o movimento dos sistemas ecológicos, estão também as “transições ecológicas”, que são as mudanças nos papéis exercidos por cada pessoa dentro de uma sociedade ou no contexto em que estão inseridas. Tais transições são constantes por toda a vida e, em função do tempo, influenciam as dinâmicas que ocorrem na sociedade e, por conseguinte, na vida de cada pessoa em seu contexto de vida pessoal e social. Os papéis que cada pessoa desempenha na sociedade, para o autor, têm a capacidade de modificar a maneira como são tratadas e como pensam e agem (BRONFENBRENNER, 2011).

3.3.1.2 Pesquisas com base na TBDH

As pesquisas que se utilizam da TBDH apresentam uma diversidade de assuntos relacionados aos processos envolvidos com o ciclo vital. Há registro, na literatura, de estudos majoritariamente com crianças, pessoas em situação de rua, pessoas em situação de vulnerabilidade social, gravidez na adolescência, situações de conflitos e as implicações com o desenvolvimento infanto-juvenil, entre outros (ZILMER; SCHWARTZ; MUNIZ, 2011; NOBRE; COUTINHO; VALENTINI, 2014; SCHMITT, 2016; SOUZA, 2017; BRUM, 2017).

Nesse aspecto, Schmitt (2016) faz um levantamento dos principais estudos que aplicaram a TBDH como base de pesquisa. Entre eles, importa citar aqueles desenvolvidos na Universidade de Cornell, pela *Bronfenbrenner Center for Translational Research* (BCTR), criado em 2011, pelo *College of Human Ecology* da instituição mencionada. Esse centro de estudos foi criado a partir de dois projetos, o *Family Life Development Center* e o *Bronfenbrenner Life Course Center*, iniciados ainda na década de 1970. Schmitt (2016) ainda aponta para uma diversidade de áreas do conhecimento que fazem uso da TBDH para pesquisar as relações humanas e ambientais e o desenvolvimento do homem como ser social.

Schmitt (2016) apresenta os trabalhos realizados nos diversos países, tanto na Europa quanto na América Latina. Entretanto, não cita um importante trabalho desenvolvido em Portugal, por meio da Associação Nacional de Intervenção Precoce (Anip). A TBDH ganha espaço fecundo pela Anip, uma vez que é um dos modelos teóricos que sustenta as práticas de intervenção precoce na infância. A Anip realiza as ações com crianças de 0 a 6 anos que apresentam necessidades especiais³⁴ e suas famílias, focando em ações nos campos assistenciais, de formação, apoio social, investigação e divulgação de boas práticas de

³⁴ Nesse caso, as necessidades especiais envolvem a presença de deficiências ou quaisquer atrasos no desenvolvimento psicomotor infantil, sem haver critério de rendimentos da família, ou seja, qualquer família pode requisitar, por meio do centro de saúde local, a assistência da Anip.

intervenção e tem na TBDH o fundamento para pensar tais ações que envolvem o bem-estar infantil e as relações estabelecidas à sua volta (ANIP, 2016).

Brum (2017) estudou os elementos que constituem as vulnerabilidades na prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis/*Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome* (IST/HIV/AIDS) de um grupo de adolescentes, identificando as demandas de cuidado à saúde com base no Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano. A autora verificou a importância do micro e do mesossistema no suporte ofertado para os adolescentes nos cuidados em relação à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e à necessidade de fortalecimento dos vínculos entre equipe de saúde, família e amigos, para qualificar o suporte prestado. Da mesma maneira, os demais sistemas apontados por Bronfenbrenner influenciam as vivências das pessoas, demonstrando a necessidade de olhar para o contexto, para a pessoa, para o processo e para o tempo, nos estudos que envolvem o desenvolvimento humano em suas diferentes fases.

A resiliência foi tema de um estudo teórico publicado por Poletto e Koller (2008), o qual tratava sobre os fatores de risco e fatores protetores para o desenvolvimento de processos resilientes nos seres humanos. A resiliência, por ser um processo dinâmico, que pode surgir em algumas situações e desaparecer em outras, tem origem nas interações existentes entre os ambientes e as características da pessoa, tratando, assim, do contexto, dos processos e da pessoa. Pode ser estudado por meio do modelo bioecológico, pois são processos intimamente relacionados com o micro e o mesossistema, que têm influência no exo e no macrosistema, dependendo dos fenômenos que podem ser estudados, como as guerras, por exemplo, as quais podem incidir sobre todos os sistemas que compõem a vida infantil.

Sobre o desenvolvimento motor de escolares e as relações destes com o ambiente, Nobre, Coutinho e Valentini (2014) buscaram avaliar quantitativamente a proficiência motora de escolares do Ensino Fundamental público, interpretando os resultados a partir da TBDH. Neste estudo, foi possível observar que os atrasos motores são decorrentes, além da situação de vulnerabilidade familiar, da ausência de estruturas físicas e de materiais pedagógicos adequados, da falta de oportunidades, da baixa capacitação docente e da falta de uma proposta pedagógica que pudesse promover a proficiência motora dos escolares. O estudo possibilitou demonstrar a capacidade do modelo proposto por Bronfenbrenner para compreender o desenvolvimento infantil no contexto em que ela está inserida.

O estudo de Marcondes e Sigolo (2012) buscou analisar as relações estabelecidas entre a escola e a família de crianças com baixo rendimento escolar, por meio de estudo de caso. As autoras verificaram a necessidade de reconstruir a relação para ampliar a comunicação entre

família e escola, trabalhando num regime de colaboração. Fato este fundamentado nos ambientes – micro e mesossistema –, formados pela família e pela escola em que a criança frequenta, fundamentais para o desenvolvimento infantil.

Nesse mesmo sentido, Souza (2017) teve como objetivo avaliar a relação família-escola a partir das atitudes educativas familiares e sua relevância para o desenvolvimento e a aprendizagem das crianças, utilizando a TBDH para análise das relações intrafamiliares. Nesse estudo, a autora observou a importância das interações entre o microsistema família e o microsistema escola na aprendizagem da criança e no seu desenvolvimento biopsicossocial.

Ambos os estudos, de Marcondes e Sigolo (2012) e Souza (2017), reiteram aquilo que Phillippe Perrenoud vem defendendo há anos (2000), a necessidade de comunicação contínua entre família e escola para a aprendizagem da criança e para o seu desenvolvimento. Essa observação se traduz para a universidade, pois, no contexto do Brasil, em que os jovens ingressam no Ensino Superior com 18, 19 anos, há necessidade de apoio familiar, dadas as exigências que esse nível de ensino traz para a vida do novo acadêmico.

Sobre estudos realizados com docentes, Schmitt (2016) utilizou a TBDH para estudar os processos envolvidos com a evasão e a permanência de estudantes universitários, evidenciando o potencial da teoria para analisar as influências socioambientais no desenvolvimento dos estudantes, bem como no progresso acadêmico. Esses estudos evidenciam a amplitude de utilização da TBDH para explicar os processos envolvidos com o desenvolvimento humano. Vale ainda observar que não foram encontrados estudos que se propuseram a utilizar a TBDH para pesquisar docentes universitários, caracterizando suas concepções sobre determinadas temáticas e o desenvolvimento a partir do envolvimento ambiental nessa compreensão, o que demonstra a relevância desta pesquisa.

Outro estudo utilizou a TBHD como base teórica para estudar as práticas docentes, nos diferentes níveis de ensino. O estudo realizado por Tavares, Santos e Freitas (2016, p. 527), cujo objetivo foi “investigar a formação em educação inclusiva de professores da rede pública que atuam com crianças com deficiência, em escolas regulares do ensino fundamental”, verificou que os professores ainda não estão capacitados para atuar com pessoas com deficiência; contudo, o ambiente e as experiências com pessoas com deficiência favorecem o desenvolvimento de práticas inclusivas. Além disso, um ambiente que trabalha com os preceitos da inclusão, ou seja, um contexto de escola inclusiva, favorece e influencia a atuação em prol da inclusão. Esses aspectos fortalecem as indicações da TBDH para compreender o desenvolvimento de ações inclusivas, quanto às influências ambientais para tais ações (BRONFENBRENNER, 2011).

3.3.2 Modelo processo-pessoa-contexto-tempo

Os processos proximais anteriormente citados oferecem significativas influências nas interações que ocorrem em nível do microssistema e que, por conseguinte, acabam influenciando também os demais conjuntos do sistema. Esses processos são entendidos como as forças mais atuantes no desenvolvimento, pois combinam as interações interpessoais e as relações com os diferentes ambientes e necessariamente devem ser considerados nas pesquisas que abordam a temática do desenvolvimento humano.

O modelo processo-pessoa-contexto consiste nas atividades que resultam no desenvolvimento humano a partir da interação entre os atos executados pela pessoa ou por terceiros consigo, que estão organizados na sequência de um processo positivo ou negativo em um determinado contexto ambiental.

O uso do modelo processo-pessoa-contexto nas pesquisas científicas permite avaliar a “contribuição do indivíduo a seu próprio desenvolvimento” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 114). A propriedade definidora do modelo tem como primeira condição que hajam informações sistemáticas em, no mínimo, três áreas: “a) o contexto no qual o desenvolvimento está ocorrendo; b) as características da pessoa (biológica ou psicológica) presentes neste contexto; e c) o processo pelo qual o desenvolvimento é realizado” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 112).

A segunda condição é que uma análise possibilite verificar que “a força e a direção do processo podem variar em função conjunta entre as propriedades do contexto e as características da pessoa em desenvolvimento” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 112). Os processos que ocorrem estão sujeitos aos efeitos moderadores interativos de pessoa e contexto, definidos com base nas curvas geométricas hipérbole e parábola. Assim, essa superfície define o modelo em positivo, quando os efeitos provocam “qualquer influência moderadora que influencia ambas, mas atenua quaisquer memórias negativas” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 112), ou negativo. Porém, é importante não confundir efeitos moderadores com mediadores. Os mediadores são aqueles que vão atuar em uma cadeia casual direta ou indireta, mediando o processo, já os efeitos moderadores são aqueles que vão influenciar o curso do processo.

Na reformulação da teoria em 2005, Bronfenbrenner sugeriu que as pesquisas incluíssem o elemento “tempo”, uma vez que ele determina condutas perpetuadas ao longo do ciclo vital. Dessa maneira, o modelo processo-pessoa-contexto-tempo é importante pois fornece condições de análise da mediação e da moderação dos processos que constituem as ligações

entre e dentro dos quatro sistemas-ambientes (micro-meso-exo-macrossistema), que formam o curso do desenvolvimento humano, segundo a teoria.

A abordagem do contexto, aquela que se estrutura pelas formações concêntricas, cujo centro é o sujeito (no caso desta tese, os docentes), considerado em desenvolvimento (BRUM, 2017), pondera as características biopsicológicas das pessoas envolvidas no processo e é fator importante na pesquisa científica que considera a TBDH como eixo norteador.

O processo é, segundo Poletto e Koller (2008) e Brum (2017), o principal mecanismo responsável pelo desenvolvimento humano. O ser humano é considerado um ser biopsicologicamente ativo e em constante processo de evolução. Os processos proximais, principais motores do desenvolvimento psicológico ou das formas de interação, são aqueles que incidem sobre as relações estabelecidas entre as pessoas com as quais os sujeitos convivem direta e ativamente, podendo, dessa maneira, determinar a trajetória de vida (POLETTTO; KOLLER, 2008). Eles são, assim, os mecanismos primários produtores de desenvolvimento humano, necessitando, portanto, de “bases regulares favoráveis através de períodos estendidos de tempo” (BRUM, 2017, p. 33).

Já a pessoa, nesse modelo, é analisada a partir de suas características biológicas, embora estas também sejam determinadas pelas experiências vividas tanto no que se refere às demandas sociais quanto no que se refere à própria necessidade humana. Entende-se que as características das pessoas são tanto produtoras quanto produzidas pelas interações resultantes dos processos proximais, constantes ao longo da vida humana, bem como dos fatores ambientais, advindos da própria organização social em que estes estão envolvidos (POLETTTO, KOLLER, 2008; SCHMITT, 2016; BRUM, 2017).

O tempo é um fator que também influencia diretamente os processos envolvidos com o desenvolvimento, uma vez que a compreensão das experiências vivenciadas sofre influência do tempo que cada indivíduo leva para analisá-las. Segundo Poletto e Koller (2008), o tempo é analisado em micro, meso e macro. O microtempo refere-se “à continuidade e descontinuidade observadas dentro dos episódios de processo proximal” (POLETTTO; KOLLER, 2008, p. 407). Num processo contínuo e progressivo, os demais sistemas temporais ocorrem entre as relações temporais estabelecidas pela duração das interações entre as pessoas, e as atividades, em ambientes estáveis e previsíveis especialmente. O tempo é também fator que interfere nas atitudes e relações estabelecidas pelas gerações, em diferentes sociedades (POLETTTO; KOLLER, 2008). Desse modo, a análise do tempo pode ser feita pelas observações dos diferentes acontecimentos que ocorrem na vida de cada pessoa, desde os mais distantes aos mais próximos e que influenciam suas condutas e as daqueles com os quais se relaciona.

Importa referir também que Bronfenbrenner considerou, além dos tempo, do ambiente e das relações interpessoais, elementos envolvidos com o desenvolvimento as características das pessoas, que são de dois principais tipos: 1) “os processos de interação social da pessoa em desenvolvimento com uma ou mais pessoas” (em geral mais velhas) e 2) aquelas amplamente trabalhadas por Vygotsky, Leontiev e outros, no qual o “principal motor do desenvolvimento humano é engajado em atividades e tarefas progressivamente mais complexas” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 129-30). As características desenvolvimentalmente instigadoras, como foram chamadas pelo autor, são aquelas que movimentam, sustentam e encorajam os processos de interação da pessoa em desenvolvimento, tanto com as outras pessoas, quanto com as suas características físicas e simbólicas que permitem o envolvimento em atividades cada vez mais complexas (BRONFENBRENNER, 2011).

Por fim, o autor cita as principais características desenvolvimentalmente instigadoras, que devem ser observadas para a compreensão do desenvolvimento nas interações interpessoais. A mais estudada na literatura refere-se às qualidades pessoais que estimulam ou desencorajam as reações externas e podem interromper ou promover o desenvolvimento psicológico. Outras, como as características de outras pessoas participantes do mesmo ambiente e que influenciam o desenvolvimento, as crenças, “que em vez de evocar reações por parte dos outros, envolvem uma atividade orientada e uma interação com o ambiente”, são consideradas por Bronfenbrenner as mais poderosas sobre o impacto no desenvolvimento humano, mas foram pouco estudadas (BRONFENBRENNER, 2011, p. 168). Essas se referem à evolução psíquica dos indivíduos que vão além do desenvolvimento produzido na interação social entre pessoas, mas dividem uma responsabilidade diferencial e ativa, de acordo com o contexto social e físico, em níveis progressivamente mais complexos ao longo do processo de desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2011).

O desenvolvimento humano, nesse contexto, envolve uma série de fatores relacionados às características pessoais, as quais, para Bronfenbrenner, estão presentes desde o nascimento, mas são moldadas de acordo com a realidade em que cada pessoa vive, bem como ao longo do tempo e no contexto em que estão inseridas. Por isso, é necessário considerar os diferentes aspectos que envolvem o processo de desenvolvimento que incentiva as concepções que cada pessoa tem sobre a vida humana.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

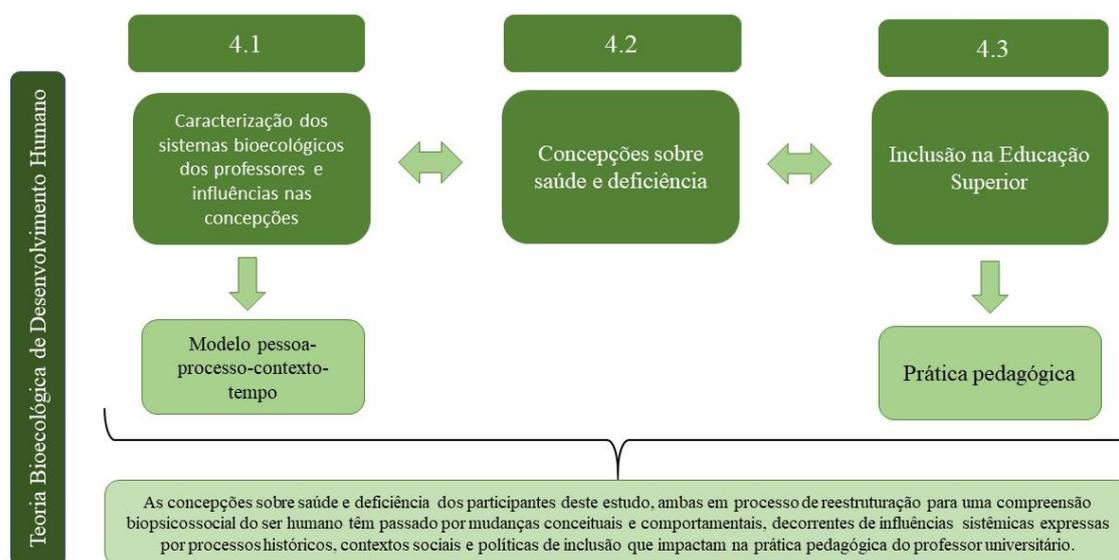
“Mudar os seres humanos é um esforço cujas chances de sucesso não são grandes; nossa melhor esperança como cientistas é tentar compreender sua natureza. E são nos macrossistemas, onde nós humanos fazemos em grande escala o melhor ou o pior para o nosso próprio desenvolvimento” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 134).

O estudo aqui desenvolvido buscou distanciar-se, como já referenciado, da dicotomia entre pesquisa qualitativa e quantitativa, por unir as duas abordagens na busca por respostas aos objetivos propostos. Essa tendência, para responder a questões complexas e com diferentes facetas, ganhou maior enfoque nos últimos 20 anos (CRESWELL, 2009). Tal abordagem, a pesquisa mista, utilizada dentro de um estudo de caso, apresenta uma complexidade de informações impossíveis de serem abordadas com maior profundidade apenas por um método específico. Trata-se, portanto, de um desafio compor argumentos plausíveis para construir uma tese.

Para construir os argumentos a partir das informações coletadas, cujo método de análise, dos dados qualitativos, foi o estatístico e, dos dados quantitativos, a análise de conteúdo (BARDIN, 2011), foi realizada a combinação das informações na interpretação dos resultados, sem ordem de prioridade. Mesmo que os dados quantitativos representem concepções de um grupo maior de pesquisados, os dados qualitativos vêm para ilustrar e complementar as informações, principalmente quanto às pessoas, aos contextos e aos processos envolvidos com a TBDH, impossíveis de serem captadas no todo pela pesquisa quantitativa.

Portanto, os resultados são apresentados em seções e subseções, fundidas entre os dados quantitativos e qualitativos, cuja base se estrutura sobre a Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano (TBDH), sendo as seguintes: “Caracterização dos sistemas bioecológicos dos professores e influências nas concepções” (4.1), que se subdivide na subseção “Modelo pessoa-processo-contexto e tempo (PPCT) (4.1.1)”; “Concepções sobre saúde e deficiência” (4.2) e “Inclusão na Educação Superior” (4.3), a qual compreende a subseção “Prática pedagógica” (Figura 4).

Figura 4 – Organização categórica.



Descrição da imagem: Figura em diferentes tons da cor verde, contendo, da esquerda para a direita, um retângulo na posição vertical com o texto “Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano”, seguida por três retângulos na posição horizontal com a sequência: seção 4.1, “Caracterização dos sistemas ecológicos dos professores e influências nas concepções” e “Modelo Pessoa-processo- contexto-tempo”, uma abaixo da outra. A partir do retângulo “Caracterização...”, há uma flecha de duas pontas, com dois retângulos com indicativo da seção 4.2, “Concepções sobre saúde e deficiência”. Desta, surge outra flecha de duas pontas indicando a seção 4.3, com a escrita nos retângulos abaixo “Inclusão na Educação Superior” e “Prática pedagógica inclusiva na Educação Superior”. Esses retângulos são unidos abaixo por colchetes indicando, em outro retângulo, o texto “As concepções sobre saúde e deficiência dos participantes deste estudo, ambas em processo de reestruturação para uma compreensão biopsicossocial do ser humano têm passado por mudanças conceituais e comportamentais, decorrentes de influências sistêmicas expressas por processos históricos, contextos sociais e políticas de inclusão que impactam na prática pedagógica do professor universitário”.

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

As características da amostra são apresentadas, de maneira simultânea, na seção “Caracterização dos sistemas bioecológicos dos professores e influências nas concepções”, uma vez que a TBDH faz exigências quanto aos elementos que somente poderiam ser conhecidos com exames mais próximos dos contextos em que as pessoas vivem. A subseção “Modelo pessoa-processo-contexto e tempo (PPCT)” discute aspectos mais profundos e particulares da organização dos sistemas. Por isso, é ofertado um enfoque maior às informações extraídas das entrevistas ao abordar as pessoas e o tempo, que também têm uma relação ampla com o sistema socioeconômico vigente. Já ao abordar os contextos e processos, os dados quantitativos contribuem para a compreensão dessa organização na formação dessas concepções e no desenvolvimento dos docentes.

A seção “Concepções sobre saúde e deficiência” aborda os conceitos que perpassam a prática pedagógica docente com estudantes com deficiência da Educação Superior, em um contexto de instituição que prima pela inclusão. Já a seção “Inclusão na Educação Superior” traz as concepções de saúde e de deficiência para o contexto inclusivo, apresentando a subcategoria “Prática pedagógica”, trazendo os aspectos que envolvem o desenvolvimento de práticas pedagógicas inclusivas.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SISTEMAS BIOECOLÓGICOS DOS PROFESSORES E INFLUÊNCIAS NAS CONCEPÇÕES

Nesta seção, apresenta-se a organização dos sistemas bioecológicos dos professores, tanto no que se refere aos dados quantitativos, que devem ser observados de maneira cautelosa, uma vez que, segundo Bronfenbrenner (2011), os micro e mesossistemas, especialmente, são individuais e muito particulares de cada pessoa, quanto dos dados qualitativos que vêm contribuir para o aprofundamento do estudo. Essa conformação foi projetada com o intuito de demonstrar quais são as fontes das possíveis influências nas concepções dos docentes. Para tanto, são apresentadas inicialmente as características das amostras e os processos envolvidos com a aquisição das informações.

Os dados quantitativos aqui apresentados foram coletados por meio do envio de questionários através do Portal do Servidor, pelo Centro de Processamento de Dados (CPD) da Instituição de Ensino Superior (IES) pesquisada, com a expectativa de que um maior número de professores participasse da pesquisa. Do total de 2.028 docentes ativos na IES no ano de 2019, o CPD fez o envio para 778 docentes, correspondendo aos três centros selecionados, com três notificações no período de 30 dias em que o instrumento esteve disponível. Desse modo, retornaram 81 respostas, perfazendo uma taxa de retorno de 10% dos questionários enviados. A Tabela 2 apresenta os dados de caracterização dos professores que responderam ao instrumento *online*.

Tabela 2 – Características da amostra.

				(continua)	
CARACTERÍSTICA			%	MÉDIA	DESVIO-PADRÃO
Média de Idade		-----		43,47	± 12,72
	Sexo	Feminino	65	1,35	0,48
		Masculino	35		

Tabela 2 – Características da amostra.

			(conclusão)	
Estado civil	Casado	57	1,57	0,76
	Solteiro	32		
	Divorciado	9		
	Viúvo (a)	2		
Possui filhos	Com filhos	53	1,53	0,50
	Sem Filhos	47		
Possui irmãos	Sim	93	1,93	0,26
	Não	7		
Auxílio nas tarefas domésticas	Sim	53	1,53	0,50
	Não	47		
Como considera a sua saúde	Muito boa	35	1,78	0,71
	Boa	56		
	Regular	9		
	Ruim	1		
Encontro com pais	Semanalmente	30	2,72	1,39
	Quinzenalmente	14		
	Mensalmente	23		
	Semestralmente	22		
	Anualmente	11		
Encontro com irmãos	Semanalmente	6	3,22	1,33
	Quinzenalmente	15		
	Mensalmente	26		
	Semestralmente	32		
	Anualmente	16		
Encontro com amigos	Semanalmente	31	2,32	1,13
	Quinzenalmente	25		
	Mensalmente	28		
	Semestralmente	14		
	Anualmente	2		
Relações com colegas de trabalho	Com todos eles	12	2,88	1,22
	Com a maior parte	38		
	Com nenhum deles	4		
	Com a menor parte	41		
	Indiferente	5		
Tipo de escola	Pública	48	1,75	0,81
	Privada	28		
	Pública e privada	23		
Centro de ensino	CCS	42	1,91	0,96
	CCSH	33		
	CT	16		
	Outros	9		
Nível de formação acadêmica	Graduação	2	3,98	0,72
	Mestrado	12		
	Doutorado	68		
	Pós-doutorado	17		
Média de tempo de docência universitária	-----	-----	14,95	±10,04
Experiência com estudantes com deficiência	Sim	69%	1,31	0,46
	Não	31%		
Experiência com estudantes com NEE*	Sim	47%	1,53	0,50
	Não	53%		

* NEE: necessidade educacional especial.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Os dados demonstram que a maior parte dos docentes que participaram do estudo são do sexo feminino e consideram sua saúde boa (56%). No Censo da Educação Superior de 2016, entre as instituições públicas e privadas do País, a maior parte dos docentes era do sexo masculino (BRASIL, 2016). Os participantes desta pesquisa têm média de idade de 43,47 anos, são casados (57%), têm filhos (53%), contam com o auxílio de empregadas domésticas (53%), encontra-se semanalmente com seus pais (30%), semestralmente com irmãos (32%), semanalmente com amigos (31%) e mantêm amizades com a menor parte dos colegas de trabalho (41%).

Sobre a escolarização e a prática docente, a distribuição de participação na pesquisa foi de 42% vinculados ao Centro de Ciências da Saúde (CCS), 33% do Centro de Ciências Sociais e Humanas (CCSH), 16% do Centro de Tecnologia (CT) e 9% não responderam à pergunta. Os professores declararam ter estudado em escolas públicas (48%), a maior parte tem o nível de doutorado (68%), tem média de 14,95 anos de docência no Ensino Superior, sendo que 69% relataram ter experiência acadêmica com pessoas com deficiência e 47% com pessoas com necessidades educacionais especiais (NEEs).

A amostra qualitativa, por sua vez, foi selecionada por conveniência. Foram convidados seis docentes, dois de cada centro com maior número de matrículas de pessoas com deficiência (CCSH, CCS e CT), para participar da entrevista (ver seção 2, subseção 2.4). É importante referenciar que até acessar os docentes que aceitaram participar da pesquisa, foram realizadas diversas tentativas de contato, por e-mail³⁵, com vários docentes, que, em geral, não responderam ao e-mail, especialmente aqueles vinculados à área da Saúde³⁶.

Quanto às respostas dos entrevistados, pode-se observar que os docentes da área de Ciências Sociais e Humanas têm maior receptividade e abertura para as entrevistas, talvez pelo fato de realizarem com maior frequência pesquisas qualitativas, que exigem análises de aspectos mais subjetivos. Além desses, o entrevistado “D” (para o qual será utilizada a sigla ED), do Centro de Tecnologia, também se mostrou mais à vontade com as perguntas e, nesse caso, a característica dialógica e de espontaneidade presente no entrevistado pode ser a justificativa para ter desenvolvido mais as respostas.

³⁵ Os e-mails não retornaram como falha de envio, mas podem ter sido direcionados para a caixa de *spam* ou semelhante.

³⁶ Contraditoriamente, o CCS foi o centro que mais colaborou com as respostas ao questionário *online*. Esse fato é mencionado e considerado importante, tendo em vista a baixa colaboração em geral em pesquisas por parte dos docentes. Por outro lado, entende-se a demanda que a carreira universitária exige, envolvendo o ensino, a pesquisa, a extensão e a gestão, que podem ter culminado na baixa adesão.

Os docentes com formação nas Ciências da Saúde e um docente do Centro de Tecnologia, apesar da receptividade, manifestaram respostas mais objetivas e pontuais, provavelmente pela característica de formação profissional que requer objetividade na prática, bem como a característica de trabalharem, em sua maioria, com números. No Quadro 4, pode ser observada a caracterização dos docentes, sendo dois de cada centro e com idades variando entre 30 e 54 anos, com média de 44 anos. Vale mencionar, contudo, que a característica sexo não foi apontada, buscando preservar ao máximo a identidade dos entrevistados³⁷.

Quadro 4 – Características dos entrevistados (E).

ENTREVISTADO	EA	EB	EC	ED	EE	EF
Centro	CCSH	CCSH	CT	CT	CCS	CCS
Idade	54	36	37	52	30	53

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

No que se refere à organização dos sistemas bioecológicos, pode-se observar, conforme mencionado por Bronfenbrenner (2011), que esses sistemas foram semelhantes entre os participantes da pesquisa, ou seja, dentro de uma sociedade, os sistemas de bonecas russas parecem ser constituídos do mesmo modelo, fazendo com que funcionem de maneira similar em sua organização. Portanto, a apresentação da constituição desses sistemas se dá a partir do microsistema, culminando na representação geral das informações.

Os docentes que participaram da pesquisa por meio do questionário *online* apresentam sistemas ecológicos semelhantes aos dos participantes da entrevista. Contudo, vale referenciar que essa é apenas uma estimativa, uma vez que os sistemas são particulares de cada pessoa e não foi possível reconhecer cada uma das suas dimensões particulares por meio de questionários *online*. Portanto, optou-se por realizar uma entrevista que oferece melhores condições de caracterizar de forma mais profunda os sistemas nos quais eles estão inseridos de maneira geral e considerando as orientações de Bronfenbrenner (2011) quanto à organização dos estudos.

O microsistema dos professores que participaram do questionário *online* é constituído pelas suas famílias, uma vez que a maior parte é casado, possui filhos e tem auxílio de empregadas domésticas. De maneira semelhante, os docentes entrevistados apresentaram microsistemas com composição de famílias nucleares, havendo diferenças somente de um docente que não convive diariamente (microsistema) com sua família, que reside em outro

³⁷ Pelo mesmo motivo, nas transcrições das entrevistas, o gênero foi padronizado no masculino, independentemente do sexo do respondente.

país. Entre os demais, os microsistemas são formados pelos cônjuges e filhos ou pais e irmãos (Figura 5).

Figura 5 – Sistemas bioecológicos dos professores entrevistados.

EA	EB	EC																								
 <table border="1" data-bbox="313 375 772 774"> <tr><td>Sistema neoliberal-Inclusão</td></tr> <tr><td>Brasil, Rio Grande do Sul</td></tr> <tr><td>Município de Santa Maria, trabalho do cônjuge, trabalho dos amigos de futebol, trabalho dos colegas</td></tr> <tr><td>Colegas de trabalho, irmão, sogros, amigos do futebol, IES</td></tr> <tr><td>Cônjuge, dois filhos e local de trabalho</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	Sistema neoliberal-Inclusão	Brasil, Rio Grande do Sul	Município de Santa Maria, trabalho do cônjuge, trabalho dos amigos de futebol, trabalho dos colegas	Colegas de trabalho, irmão, sogros, amigos do futebol, IES	Cônjuge, dois filhos e local de trabalho				 <table border="1" data-bbox="1030 391 1467 790"> <tr><td>Sistema neoliberal-Inclusão</td></tr> <tr><td>Brasil, Rio Grande do Sul</td></tr> <tr><td>Município de Santa Maria, trabalho do irmão, trabalho dos colegas</td></tr> <tr><td>Colegas de trabalho, irmão, IES</td></tr> <tr><td>Pais, irmão e local de trabalho</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	Sistema neoliberal-Inclusão	Brasil, Rio Grande do Sul	Município de Santa Maria, trabalho do irmão, trabalho dos colegas	Colegas de trabalho, irmão, IES	Pais, irmão e local de trabalho				 <table border="1" data-bbox="1724 367 2172 774"> <tr><td>Sistema neoliberal- Inclusão</td></tr> <tr><td>Brasil, Rio Grande do Sul; País de Origem</td></tr> <tr><td>Município de Santa Maria, Trabalho dos colegas e amigos</td></tr> <tr><td>Colegas de Trabalho;IES</td></tr> <tr><td>Mãe; Colega de sala e e local de trabalho</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	Sistema neoliberal- Inclusão	Brasil, Rio Grande do Sul; País de Origem	Município de Santa Maria, Trabalho dos colegas e amigos	Colegas de Trabalho;IES	Mãe; Colega de sala e e local de trabalho			
Sistema neoliberal-Inclusão																										
Brasil, Rio Grande do Sul																										
Município de Santa Maria, trabalho do cônjuge, trabalho dos amigos de futebol, trabalho dos colegas																										
Colegas de trabalho, irmão, sogros, amigos do futebol, IES																										
Cônjuge, dois filhos e local de trabalho																										
Sistema neoliberal-Inclusão																										
Brasil, Rio Grande do Sul																										
Município de Santa Maria, trabalho do irmão, trabalho dos colegas																										
Colegas de trabalho, irmão, IES																										
Pais, irmão e local de trabalho																										
Sistema neoliberal- Inclusão																										
Brasil, Rio Grande do Sul; País de Origem																										
Município de Santa Maria, Trabalho dos colegas e amigos																										
Colegas de Trabalho;IES																										
Mãe; Colega de sala e e local de trabalho																										
ED	EE	EF																								
 <table border="1" data-bbox="313 893 772 1292"> <tr><td>Sistema neoliberal-Inclusão</td></tr> <tr><td>Brasil, Rio Grande do Sul</td></tr> <tr><td>Município de Santa Maria, trabalho do cônjuge, trabalho dos colegas</td></tr> <tr><td>Pais e irmã, colegas de trabalho; IES</td></tr> <tr><td>Cônjuge e filhos, secretária e local de trabalho</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	Sistema neoliberal-Inclusão	Brasil, Rio Grande do Sul	Município de Santa Maria, trabalho do cônjuge, trabalho dos colegas	Pais e irmã, colegas de trabalho; IES	Cônjuge e filhos, secretária e local de trabalho				 <table border="1" data-bbox="1030 877 1467 1284"> <tr><td>Sistema neoliberal- Inclusão</td></tr> <tr><td>Brasil, Rio Grande do Sul</td></tr> <tr><td>Município de Santa Maria, trabalho do cônjuge, trabalho dos colegas, trabalho dos amigos</td></tr> <tr><td>Colegas de trabalho, colegas de trabalho do cônjuge e amigos de infância, IES</td></tr> <tr><td>Cônjuge, mãe e local de trabalho</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	Sistema neoliberal- Inclusão	Brasil, Rio Grande do Sul	Município de Santa Maria, trabalho do cônjuge, trabalho dos colegas, trabalho dos amigos	Colegas de trabalho, colegas de trabalho do cônjuge e amigos de infância, IES	Cônjuge, mãe e local de trabalho				 <table border="1" data-bbox="1724 877 2172 1284"> <tr><td>Sistema neoliberal- Inclusão</td></tr> <tr><td>Brasil, Rio Grande do Sul</td></tr> <tr><td>Município de Santa Maria, Trabalho dos colegas; Trabalho dos amigos; Escola do Filho</td></tr> <tr><td>Mãe do filho; Pais; Colegas de Trabalho; Amigos próximos, IES.</td></tr> <tr><td>Cônjuge, filho e local de trabalho</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>	Sistema neoliberal- Inclusão	Brasil, Rio Grande do Sul	Município de Santa Maria, Trabalho dos colegas; Trabalho dos amigos; Escola do Filho	Mãe do filho; Pais; Colegas de Trabalho; Amigos próximos, IES.	Cônjuge, filho e local de trabalho			
Sistema neoliberal-Inclusão																										
Brasil, Rio Grande do Sul																										
Município de Santa Maria, trabalho do cônjuge, trabalho dos colegas																										
Pais e irmã, colegas de trabalho; IES																										
Cônjuge e filhos, secretária e local de trabalho																										
Sistema neoliberal- Inclusão																										
Brasil, Rio Grande do Sul																										
Município de Santa Maria, trabalho do cônjuge, trabalho dos colegas, trabalho dos amigos																										
Colegas de trabalho, colegas de trabalho do cônjuge e amigos de infância, IES																										
Cônjuge, mãe e local de trabalho																										
Sistema neoliberal- Inclusão																										
Brasil, Rio Grande do Sul																										
Município de Santa Maria, Trabalho dos colegas; Trabalho dos amigos; Escola do Filho																										
Mãe do filho; Pais; Colegas de Trabalho; Amigos próximos, IES.																										
Cônjuge, filho e local de trabalho																										

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) considera “família” o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco residentes na mesma unidade doméstica. A partir do Censo de 2010, passou a ponderar os diferentes arranjos familiares (IBGE, 2010). Além disso, a família é considerada importante local de proteção, segurança, amor, cuidado, fundamental para o desenvolvimento de seus membros, bem como para a formação de núcleos de redes sociais essenciais para a sobrevivência. Segundo dados do Censo (IBGE, 2010), a maior parte das famílias brasileiras é formada por duas ou mais pessoas com parentesco (87,2%), seguida pelo tipo uniparental, ou seja, que vivem sozinhas (12,1%), o restante é caracterizado por unidades domiciliares que não contavam com pessoas aparentadas entre si (0,7%).

Nesse estudo, os professores possuem, em sua maioria, a mesma configuração familiar que a população brasileira. Bronfenbrenner (1996) considera a família e o local de trabalho como os ambientes primários mais potentes nas sociedades humanas, implicando nas trajetórias desenvolvimentais, padrões que mantêm a motivação e o engajamento nas atividades desenvolvidas, sendo, portanto, fonte de apoio e motivação. Papalia e Feldmann (2013, p. 42) evidenciam a importância da família na constituição dos sujeitos sociais:

Seres humanos são seres sociais. Desde o começo, desenvolvem-se dentro de um contexto social e histórico. Para um bebê, o contexto imediato normalmente é a família, que, por sua vez, está sujeita as influências mais amplas e em constante transformação da vizinhança, da comunidade e da sociedade.

Essas influências afetam diretamente o desenvolvimento humano, seja das crianças ou dos demais membros, uma vez que todos estão em desenvolvimento constante. Assim, a configuração étnica e cultural vai influenciar a composição da família, tanto no que se refere aos recursos econômicos e sociais, quanto aos hábitos de vida e à forma como a família percebe o mundo (PAPALIA; FELDMANN, 2013).

Nesse microsistema, também é adicionada a convivência diária com pessoas que não têm relação de parentesco entre si, mas que interferem diretamente na rotina e nas concepções dos demais. Os dados demonstram que a maior parte dos professores se utilizam de serviços de empregadas domésticas (53%), como é o caso de ED, que tem uma empregada com a qual mantém uma relação de confiança e companheirismo. Segundo Bronfenbrenner (2011), cada pessoa pode ter vários microsistemas, uma vez que terá um papel diferente em cada um deles e que, por conseguinte, vai constituir o mesossistema. No caso de EE, a mãe, apesar de não viver na mesma casa, reside no mesmo prédio e tem convivência direta com a família.

As famílias contemporâneas seguem novos arranjos, que impõem a necessidade de estabelecimento de flexibilidade e compreensão dessas novas configurações, assim como dos papéis que cada membro exerce nesse contexto. Além das novas configurações, a sociedade como um todo influencia essa organização e os papéis que cada membro exerce dentro da própria família. De acordo com Fráguas, Almeida e Soares (2018, p. 155), “a família vive um estado de fluxo contínuo e a mudança ocorrida em um de seus membros afeta todos os outros em graus variados”. Portanto, para as autoras, o comportamento de cada um dos indivíduos que compõem a família é independente, e as características de cada pessoa não são suficientes para justificar o comportamento dos outros, ou seja, diversos fatores e relações estabelecidas entre os outros sistemas intervêm nesse comportamento. Essa consideração firma a importância do estudo dos sistemas bioecológicos como influentes nesse desenvolvimento.

Ainda, os microssistemas são formados pelo local de trabalho, pois se configuram como potenciais locais de desenvolvimento, pelas interações que possibilitam, tanto positivas quanto negativas, mas que exigem maleabilidade e aprendizagem nas relações interpessoais e na própria estrutura. São potenciais locais de desenvolvimento, pois as ações desenvolvidas neles e pelas pessoas que o integram influenciam as condutas de todos os envolvidos.

Nesta interação entre os microssistemas, constituem-se os mesossistemas dos professores. Os mesossistemas dos docentes participantes do questionário *online* são formados basicamente por familiares (pais e irmãos), amigos e, em alguns casos, mas com menor ocorrência, pelos colegas de trabalho. O mesossistema de EF, por exemplo, é composto pela família, que é numerosa e costuma fazer encontros com frequência, além da mãe de seu filho, os pais e os colegas de trabalho com os quais refere manter uma relação de amizade próxima. A constituição do mesossistema com pressupostos de solidariedade e confiança é fundamental para exercer a prática docente universitária (SAMPAIO; CALDAS; CATRIB, 2015).

Os mesossistemas de EA, EB, EC, EE e EF são formados também pelos colegas de trabalho. É interessante observar que o mesossistema de EC é formado basicamente pelos colegas de trabalho, uma vez que vive na mesma cidade que trabalha há pouco mais de um ano e considera ainda estar em fase de adaptação. Importa mencionar que, em muitos casos, os professores passam mais tempo com os colegas de trabalho do que com a família, dada a importância dessas relações. A esse respeito, Tardif (2017) aponta para a importância de estabelecer relações positivas, de confiança e troca de experiência, entre os colegas de trabalho, como forma de encontrar suporte e auxílio para a resolução de problemas que envolvem a prática docente, especialmente com aqueles mais experientes. EB relata que:

Eu acho que eu não tenho muitos amigos, embora o Facebook diga que sim, com alguns amigos a gente conversa mais seguido e tem algum contato... E também eu acho que, às vezes, é difícil de eu fazer amizades assim, não sou aquela pessoa que chega conheceu hoje e já vamos fazer alguma coisa, não sei eu sou mais desconfiado...

Em relação a esse aspecto, Bronfenbrenner (1996) também acredita que, ao ingressar em novos ambientes, todos aqueles envolvidos na sua constituição dispõem de informações, conselhos e experiência que potencializam o desenvolvimento. Por isso, estabelecer relações de amizade com colegas de trabalho, como vínculo apoiador, é fator importante para o desenvolvimento dos docentes e influencia o curso e as concepções que se estruturam a partir dessas relações.

A interação social é um fator fundamental para o desenvolvimento do ser humano desde os primeiros meses de vida. Essas relações sociais positivas com vizinhos, amigos, colegas e a própria família repercutem no bem-estar emocional, assim como influenciam, especialmente no adulto, na aquisição de hábitos de vida saudáveis (PAPALIA; FELDMANN, 2013). Segundo Papalia e Feldman (2013), no que tange à condição de saúde, as pessoas que têm redes sociais amplas e papéis sociais diversos na sociedade em que vivem têm menos probabilidade de desenvolver doenças cardíacas e apresentam menor incidência de doenças psicossomáticas (ansiedade, depressão, estresse). Sobre essa rede de apoio, o entrevistado EE refere que mantém amizades que se perpetuam desde a infância e a adolescência, assim como aquelas constituídas no período de graduação. O estabelecimento de laços afetivos fortes e duradouros também é fator protetivo para a saúde mental.

Pela configuração dos microssistemas, os mesossistemas dos professores, em alguns casos, são formados também pelos colegas de trabalho dos cônjuges, com os quais mantêm relações de amizade, constituindo novos mesossistemas que vão influenciar diretamente o curso de seu desenvolvimento. O potencial de desenvolvimento de um ambiente aumenta à medida que há a comunicação entre as pessoas (BRONFENBRENNER, 1996).

Quanto ao mesossistema, EA relata ter uma relação próxima com seus sogros, com os quais se encontra pelo menos uma vez por semana, assim como com um de seus irmãos, já que, com os outros dois irmãos, tem contato frequente e, com os amigos do futebol, semanalmente. ED tem um mesossistema formado pelos pais e por uma irmã com os quais

convive pelo menos uma vez por semana. Esse apoio social³⁸, segundo Papalia e Feldmann (2013), é importante para auxiliar nos momentos de grande estresse, pois fornece apoio e auxílio na tomada de decisão.

ED referiu que possui muitos amigos, relatando inclusive que é “muito sociável”, mas que sua realidade atual de trabalho e estudos, além do envolvimento com os filhos, impede que tenha encontros frequentes com os amigos, como gostaria. Nesse mesmo sentido, o entrevistado EE apresentou-se como uma pessoa bastante sociável, que sempre teve muitos amigos. Todavia, assim como ED, EE refere que “*essa fase da vida diminuiu um pouco, as pessoas começam a ter filhos, acabam se afastando um pouco*”, ou seja, as responsabilidades de diferentes momentos de vida acabam afastando as pessoas, fato presente na sociedade atual. Além disso, o entrevistado relata que mantém contato com os amigos pelas redes sociais, como o Facebook e o WhatsApp.

Sobre o uso de redes sociais como fonte de apoio social, Papalia e Feldmann (2013) referem que há controvérsias, na literatura, sobre seus benefícios e malefícios, frente ao aumento do uso de *sites* de relacionamentos. Um exemplo dos benefícios é o fato de ser possível manter relacionamentos com amigos e parentes que estão distantes geograficamente. Todavia, entre os usuários da rede social que não mantêm encontros face a face, há uma tendência de haver mais estresse, ansiedade e depressão. Além disso, as redes sociais parecem ter uma influência negativa mais entre os jovens do que entre os adultos (PAPALIA; FELDMANN, 2013). Outro aspecto importante das redes sociais é que têm se colocado como facilitadores da vida cotidiana em alguns aspectos, como a possibilidade de trabalhar em casa, ou a distância.

O trabalho que envolve o ensino, a pesquisa e a extensão, muitas vezes, dificulta as atividades de lazer e o encontro com amigos e familiares, importantes para a saúde mental, fato que pode levar ao desenvolvimento de doenças como a Síndrome de *Burnout*, entre outras. Sampaio, Caldas e Catrib (2015) evidenciam a importância do estabelecimento de redes sociais sólidas que possibilitem segurança aos docentes universitários, além de atuarem como fatores preventivos para a saúde.

O estudo de Brito-Laredo (2018), desenvolvido sobre a saúde ocupacional de docentes universitários do Estado de Baja Califórnia, no México, demonstrou que os professores universitários apresentaram um esgotamento psicológico e físico, devido à sobrecarga de

³⁸ O apoio social refere-se a recursos materiais, informativos e psicológicos oriundos da rede social em que as pessoas estão integradas e que, por isso, podem buscar ajuda entre as pessoas desta rede para lidar com o estresse (PAPALIA; FELDMANN, 2013).

trabalho, aumentando o risco para a Síndrome de *Burnout*. Além disso, a autora evidenciou que esses docentes apresentaram baixos níveis de rendimento, interferindo no ensino aos estudantes. A autora recomenda, portanto, o desenvolvimento de estratégias preventivas nas IESs.

Segundo Zuin e Biachetti (2015), a carreira docente universitária tem uma demanda de trabalho exaustiva, principalmente para aqueles professores vinculados à pós-graduação. Este vínculo exerce pressão sobre o docente para que publique em periódicos científicos com maior impacto, exigindo bastante tempo de dedicação, que, muitas vezes, não está contabilizado nas horas oficiais destinadas ao trabalho, determinando tempo que poderia ser utilizado para outros fins, como o lazer. Além disso, Sampaio, Caldas e Catrib (2015) apontam que a estrutura atual das universidades³⁹ (no caso português, mas que pode ser traduzido para o Brasil, devido à semelhança organizacional) é fator que repercute negativamente para o estabelecimento de laços de confiança entre os docentes.

A Conferência Mundial sobre Ensino Superior, realizada no ano de 2009, intitulada “As novas dinâmicas do Ensino Superior e pesquisas para a mudança e o desenvolvimento social”, aponta para a necessidade de aperfeiçoamento dos professores no sentido de qualificar a formação dos profissionais colocados no mercado de trabalho. Contudo, não deixa explícita a necessidade de ofertar suporte para esses docentes (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA, 2009), uma vez que essa demanda se une a várias outras atribuídas à carreira universitária.

Nessa configuração do mesossistema, o próprio curso e a IES em que os professores trabalham podem constituir-se como seus mesossistemas, posto que eles não apenas são estabelecidos entre pessoas, mas também podem estar relacionado aos setores em que cada pessoa trabalha (BRONFENBRENNER, 2011; SCHMITT, 2016), além de influenciarem e serem influenciados para seu andamento. Para Bronfenbrenner (1996, p. 167):

O potencial de desenvolvimento do mesossistema aumenta na extensão medida em que existem ligações indiretas entre os ambientes e que encorajam o desenvolvimento de confiança mútua, de uma orientação positiva, de um consenso de objetivos e de um equilíbrio de poder responsivo à ação em benefício da pessoa em desenvolvimento.

Essa hipótese levantada por Bronfenbrenner (1996) deixa explícito que a IES pode se tornar um mesossistema tanto para os docentes quanto para os próprios estudantes, uma vez

³⁹ Essa estrutura se refere à organização para o ensino, a pesquisa, a extensão e a gestão, que envolve, além dessas atividades, a exigência de produtividade nos diversos segmentos.

que nela são estabelecidas diferentes relações, as quais têm como objetivo o desenvolvimento humano. Estabelecer relações com as pessoas é uma forma de trocar experiências e adquirir novos conhecimentos que favorecem um processo de mudança de opinião.

Nessa pesquisa, a maior parte dos docentes que participaram do estudo referiram que mantêm relações de amizade com a menor parte dos colegas de trabalho (41%). Entretanto, o fato de manter laços positivos não significa que esses docentes não constituam o seu mesossistema, uma vez que, no andamento das atividades do curso nos quais eles trabalham, há uma interação. Essas relações com os colegas de trabalho, que formam díades, podem tanto ser positivas quanto negativas, mas ambas intervêm no processo de desenvolvimento humano, uma vez que estão relacionadas às atividades molares ou mesmo moleculares, que influenciam o curso de desenvolvimento, pois demarcam atitudes, crenças e conceitos.

Segundo Bronfenbrenner (1996), quando várias atividades são desenvolvidas de maneira conjunta em múltiplas situações, mas num contexto de relacionamento interpessoal prolongado, esse estimula o desenvolvimento para níveis mais altos de motivação, assim como fortalece e desenvolve esses níveis.

O exossistema tem uma importância significativa no desenvolvimento, pois, embora não envolva diretamente as pessoas, oferta outros significantes à vida (BRONFENBRENNER, 2011). Como exemplo, pode-se citar o estresse gerado pelo trabalho, o qual implica em afastamento das atividades de lazer e da própria família, como explicitado por ED. Além disso, no exossistema, a instituição como um todo e as políticas federais, por exemplo, podem influenciar nas condições de vida familiar.

Desse modo, o exossistema dos docentes é formado basicamente pelo trabalho dos seus cônjuges, familiares e amigos, nos quais não estão presentes, mas cuja dinâmica implica na organização da família, ou seja, no seu microsistema, e pelo o município em que eles vivem. Como previsto, foi possível, entre os entrevistados, observar com mais clareza como os exossistemas estão organizados. Os exossistemas dos entrevistados são formados pelo trabalho dos cônjuges (EA, ED, EE, EF); pelo trabalho dos amigos (EA, EB, ED, EE, EF); pelas instituições de ensino frequentadas pelos filhos (EA, ED, EF); pelo contexto estrangeiro em que vivem os familiares (EC) e pelos colegas de trabalho⁴⁰; pela IES, a partir dos espaços em que o docente não convive, mas que sofrem influências de sua organização; e pelo Município de Santa Maria, com sua organização, legislações e características (EA, EB, EC,

⁴⁰ Aqui se refere aos colegas de trabalho alocados nos diferentes setores da IES, que não são de atuação direta do docente, ou seja, colegas de departamentos, centro e de universidade, mas que interferem de maneira direta, mesmo que não exista a participação direta da pessoa no contexto.

ED, EE, EF). De acordo com Bronfenbrenner (2011), o desenvolvimento social não está relacionado apenas ao indivíduo, mas também à organização social da qual ele faz parte.

Além disso, os docentes estão incluídos dentro de um exossistema formado pelas IESs, que têm características próprias de funcionamento, com base em resoluções internas e no Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI). A IES pesquisada, devido à sua característica de instituição pública federal, está inserida em um contexto de macrossistema, que segue uma legislação federal, sob a égide de um País com características e cultura própria e diversa.

O macrossistema, portanto, é constituído, nesta pesquisa, pelo País e pelo Estado do Rio Grande do Sul, pelas políticas públicas, pela legislação (federal e estadual), pela cultura e pelo ambiente que caracterizam o País como um todo. Essa caracterização também foi apresentada por Schmitt (2016) na caracterização dos sistemas dos estudantes participantes do seu estudo. Esse macrossistema envolve uma experiência transformadora⁴¹, que pode ser reconhecida tanto como a transformação dos meios de produção capitalista para o neoliberalismo e mais especificamente, quanto como a mudança do paradigma da segregação para o da integração e, em seguida, da integração para o da inclusão, discutida na seção 3.

O cronossistema é entendido, neste estudo, como a economia global e as transições socioeconômicas e demográficas que influenciam o desenvolvimento de políticas públicas nos países. No contexto educacional, estão inseridos os órgãos mundiais, como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (em inglês, *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* [Unesco]), a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros que atuam na perspectiva de analisar essas transformações e sugerir formas de condução das políticas públicas. Importa referir a delicadeza necessária ao mencionar esses órgãos mundiais, lembrando que eles, em sua maioria, operam dentro de uma perspectiva capitalista que rege os interesses globais.

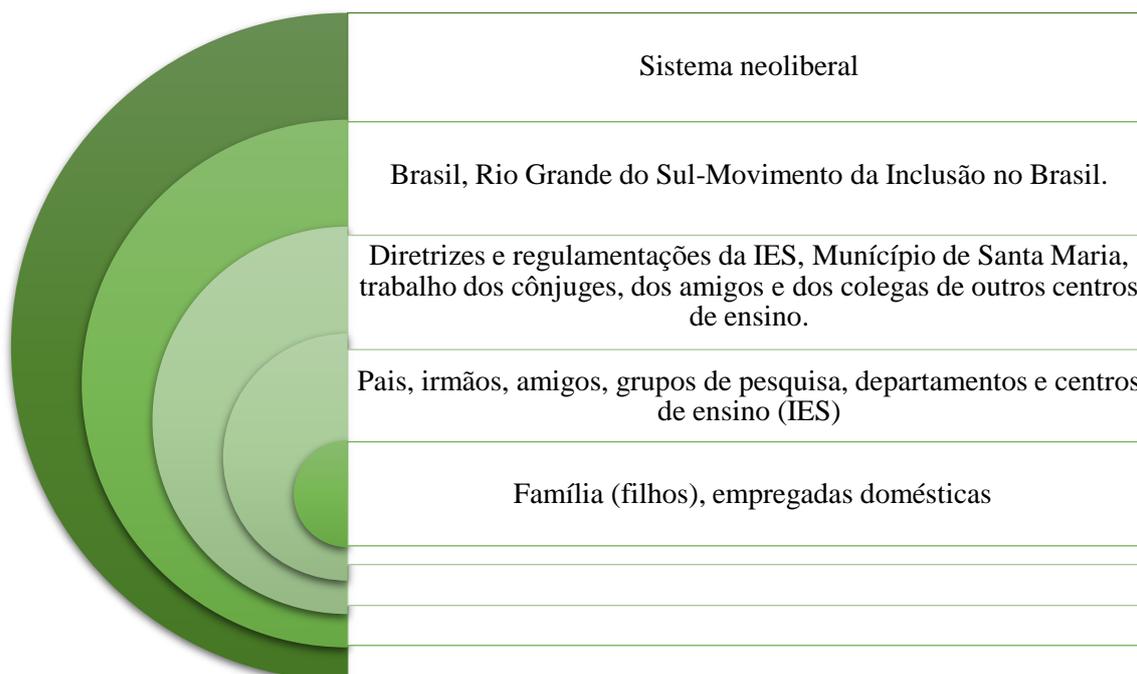
O cronossistema, pois, mereceria uma seção à parte, dada a sua complexidade e os diversos fatores que implicam na constituição dos sujeitos dentro da sociedade e da economia global, como peças basilares da organização social. Entretanto, considerando as características desta tese, ele se limita a compreender de onde provém as concepções de saúde e deficiência a partir da história da saúde e da doença, amplamente discutidos na seção 3.

Desse modo, após a análise de todas as informações coletadas, é possível sugerir a constituição dos sistemas dos professores da IES, que podem influenciar as concepções de que aqui se trata (Figura 6). Os sistemas dos docentes são caracterizados por microsistemas

⁴¹ Experiência transformadora é aquela que coloca em questão, ou ativamente altera, práticas e crenças que são parte do macrossistema prevalente no qual vivem os sujeitos da pesquisa (BRONFENBRENNER, 2011, p. 84).

formados por famílias nucleares (pais e filhos), cujo mesossistema é constituído por pais, irmãos, amigos, departamentos e centro de ensino. No exossistema, estão as diretrizes e regulamentações da IES, e nele os docentes não participam diretamente, embora sejam influenciados pela sua organização, pelo município em que vivem, pelo trabalho dos cônjuges, pelos familiares próximos, pelos amigos e pelos colegas de outros centros de ensino, departamento e programas de pós-graduação ao qual estão vinculados. O macrosistema é formado pelo País, uma vez que o contexto da IES é público federal e ela está condicionada aos processos que envolvem as decisões e legislações federais. Além disso, elenca-se o Estado do Rio Grande do Sul, onde a IES está situada, com uma cultura própria. O cronossistema está formado pelo sistema socioeconômico que rege as ações governamentais e mundiais e, em especial, pelo paradigma vigente da inclusão.

Figura 6 – Sistema bioecológicos dos professores participantes.



Descrição da imagem: Figura na cor verde formada por círculos concêntricos dos quais emergem quadros na cor branca e escrita em preto. Esses quadros contêm as seguintes descrições, do maior para o menor “Sistema neoliberal”, “Brasil, Rio Grande do Sul- Movimento da Inclusão no Brasil”, “Diretrizes e regulamentações da IES, Município de Santa Maria, trabalho dos cônjuges, dos amigos e dos colegas de outros centros de ensino”, “Pais, irmãos, amigos, grupos de pesquisa, departamentos e centros de ensino (IES)” e “Família (filhos), empregadas domésticas”.

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

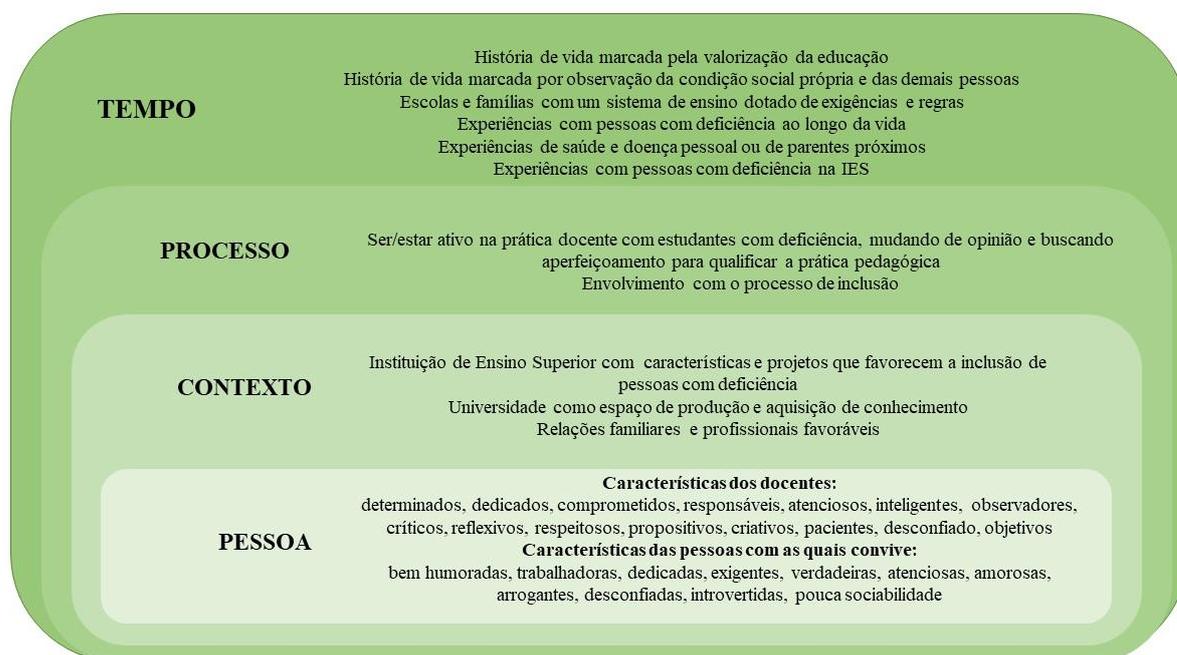
Essa organização permite observar e caracterizar as influências ambientais com base na organização dos sistemas ecológicos, na constituição das concepções de saúde e de deficiência dos docentes da Educação Superior, de onde provêm as influências dos conceitos oriundos da pesquisa. Há, portanto, uma gama de elementos e efeitos que perpassam essas concepções, que, em suma, são deflagrados pelas experiências pessoais, especialmente com pessoas com deficiência, conforme será apresentado na seção seguinte (4.2), mas também pelas políticas públicas e organização da IES, que exigem uma nova compreensão dos contextos. Portanto, estar aberto para essas novas perspectivas é um fator que influencia o desenvolvimento humano.

Vale mencionar que essa pesquisa não permitiu uma análise mais aprofundada dos sistemas bioecológicos dos docentes, uma vez que, para tanto, outros elementos que compõem os sistemas deveriam ser mais explorados, por meio de suas características, por exemplo. Além disso, Bronfenbrenner (2011) sugere que o elemento tempo seja analisado por um período longo, ofertando maior profundidade na análise dos fatores que interferem no desenvolvimento por meio dele e considerando os demais elementos, pelas suas características transformativas.

4.1.1 Modelo pessoa-processo-contexto e tempo (PPCT)

O modelo PPCT requer analisar os processos e contextos em que os docentes (pessoa) estão inseridos e como eles influenciam o desenvolvimento humano e, por conseguinte, suas concepções acerca dos conceitos aqui tratados, ou seja, a saúde e a deficiência. Os elementos que constituem o modelo são interinfluentes e integrados, sofrendo mudanças ao longo dos tempos em que ocorrem. A Figura 7 busca representar essa organização e os fatores que influenciam no desenvolvimento e na formulação de concepções dos docentes entrevistados.

Figura 7 – Modelo PPCT dos professores.



Descrição da imagem: Figura formada por retângulos encaixados em diferentes tons de verde e com escrita em preto. O primeiro retângulo contém o texto “Tempo: História de vida marcada pela valorização da educação, História de vida marcada por observação da condição social própria e das demais pessoas, Escolas e famílias com um sistema de ensino dotado de exigências e regras, Experiências com pessoas com deficiência ao longo da vida, Experiências de saúde e doença pessoal ou de parentes próximos, Experiências com pessoas com deficiência na IES”. O segundo retângulo contém: “Processos: Ser/estar ativo na prática docente com estudantes com deficiência, mudando de opinião e buscando aperfeiçoamento para qualificar a prática pedagógica, Envolvimento com o processo de inclusão”. O terceiro retângulo apresenta o texto “Contexto: Instituição de Ensino Superior com características e projetos que favorecem a inclusão de pessoas com deficiência, Universidade como espaço de produção e aquisição de conhecimento, Relações familiares e profissionais favoráveis”. Por fim, o quarto retângulo apresenta: “Pessoa: **Características dos docentes:** determinados, dedicados, comprometidos, responsáveis, atenciosos, inteligentes, observadores, críticos, reflexivos, respeitosos, propositivos, criativos, desconfiado, objetivos, **Características das pessoas com as quais convive:** bem humoradas, trabalhadoras, dedicadas, exigentes, verdadeiras, atenciosas, amorosas, arrogantes, desconfiadas, introvertidas, pouca sociabilidade”.

Fonte: Elaborada pela autora (2016).

No modelo ilustrado, o aspecto pessoa é central. Para Bronfenbrenner (1996), os indivíduos e os ambientes são propriedades indissociáveis, e as ações dos indivíduos interferem diretamente no ambiente em que ele vive. O elemento pessoa oferta enfoque às características daquelas pessoas com as quais os docentes convivem com mais frequência, que, segundo Bronfenbrenner (2011), influenciam diretamente o desenvolvimento humano. As características citadas foram tanto positivas quanto negativas. As positivas foram mais evidenciadas pelos entrevistados, talvez para evitarem exposição, considerando tratar-se de

uma pesquisa que resulta em publicação, mesmo sendo adotadas todas as premissas éticas da pesquisa com seres humanos.

Ao desvelar esses elementos, percebe-se que os docentes apresentam características desenvolvimentalmente instigadoras semelhantes, mesmo com diferentes idades e microssistemas característicos, os quais, por mais que apresentem constituições semelhantes, não imprimem igualdade. As características desenvolvimentalmente instigadoras, como mencionado na seção 3, subseção 3.3.2, envolvem características que favorecem as interações entre as pessoas dentro dos diferentes contextos em que elas transitam, positiva ou negativamente.

Entre os entrevistados, a maior parte das características que foram possíveis de serem observadas pela entrevista são comuns e denotam as propriedades exigidas pela carreira docente. São essas características: ser respeitoso, determinado, dedicado, comprometido, responsável, solidário, atencioso, inteligente, observador, crítico, reflexivo, observador, propositivo, paciente, ético e desconfiado. Os entrevistados EC, EE e EF apresentaram uma característica que pode estar relacionada ao tipo de pesquisa quantitativa a que estão habituados a desenvolver, a objetividade.

As características respeitoso, dedicado, comprometido, atencioso, solidário, paciente e éticos estão relacionadas à prática docente e podem ser consideradas como qualidades de estímulos pessoais, ou seja, movimentam os processos recíprocos de interação pessoal, nesse caso entre docente e estudante especialmente. Já as características determinado, crítico, reflexivo, inteligente, observador, comprometido, desconfiado e responsável são consideradas atributos mais poderosos para o desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 2011), uma vez que são constituídas principalmente pela organização do ambiente familiar em que cada um se desenvolveu.

Entretanto, vale mencionar que não há uma ordem na constituição dessas características e que os fatores ambientais, situacionais, cognitivos, socioemocionais e motivacionais podem interferir na manutenção e na transformação delas. “A pessoa é o principal agente ativo que contribui para o seu desenvolvimento” (BRONFENBRENNER, 2011, p. 151), assim, ela colabora para as transformações e a criação dos ambientes externos, que vão interferir no seu próprio percurso de desenvolvimento.

O estudo realizado por Navarro et al. (2016, p. 949) sobre as características dos docentes, identificadas a partir da percepção dos estudantes, foram: “*una persona confiable, sociable, cercana, integradora, empática, colaborativa, comprensiva, segura, paciente, humilde, alegre y respetuosa*”. Essas características foram consideradas pelos autores como

cotidianas e acadêmicas, mas não se restringem aos limites da instituição, pois envolvem todas as ações diárias dos docentes. Além disso, aquelas grifadas representam, do ponto de vista dos autores, as principais no que tange à atuação com pessoa com deficiência.

Importa considerar também as crenças e o comportamento dos demais, que orientam e direcionam a estruturação dos ambientes, fato pelo qual são consideradas as características das pessoas próximas dos professores. Entre essas características, estão trabalhadores, bem-humorados, dedicados, exigentes, verdadeiros, atenciosos, amorosos, arrogantes, introvertidos e desconfiados. É interessante observar que, entre essas características, são apresentados mais pontos negativos, talvez pelo fato de serem características que incomodam e que, portanto, tem um potencial importante no desenvolvimento, convidando ou desencorajando reações nesse ambiente (BRONFENBRENNER, 2011). Todos estes atributos que estão envolvidos nos diferentes ambientes em que a pessoa convive favorecem o desenvolvimento de habilidades para se engajar em atividades diversas, autodirigidas, “como uma função articulada não apenas de sua carga biológica, mas igualmente do ambiente no qual se desenvolveu”, ofertando subsídios para a maturação psicológica e ambiental (BRONFENBRENNER, 2011, p. 172).

Além disso, o fato de os professores se envolverem e se empenharem diretamente com os estudantes a partir de suas características pessoais, por períodos relativamente longos, buscando formas de qualificar sua prática pedagógica, ou seja, como atividades molares, demonstra que há um crescimento psicológico. O elemento processo, neste estudo, está envolvido com a inclusão enquanto paradigma vigente e localizado no sistema bioecológico, em nível do macrossistema. Para os docentes, a inclusão tem perpassado a sua prática cotidiana, não apenas em sala de aula, mas também num contexto macrossistêmico que exige um novo posicionamento frente à diferença. Portanto, ser e estar ativo nesse processo exige transformação e desenvolvimento humano. Ser professor determina a busca constante de conhecimento para além dos aspectos que envolvem a inclusão, incluindo também a formação de pessoas críticas, reflexivas e propositivas.

Considerando ser o processo o principal mecanismo pelo qual o desenvolvimento humano ocorre, como evidenciado na seção 3, por Poletto e Koller (2008) e Brum (2017), evidencia-se a configuração dos processos proximais que incidem sobre as relações estabelecidas entre as pessoas com os quais os docentes convivem. Os processos proximais são identificados como as relações estabelecidas com os familiares próximos (microsistema), como base de apoio, carinho, atenção e cuidado, para as atividades desempenhadas ao longo da vida; com os colegas de trabalho e com os amigos (mesossistema), com os quais há

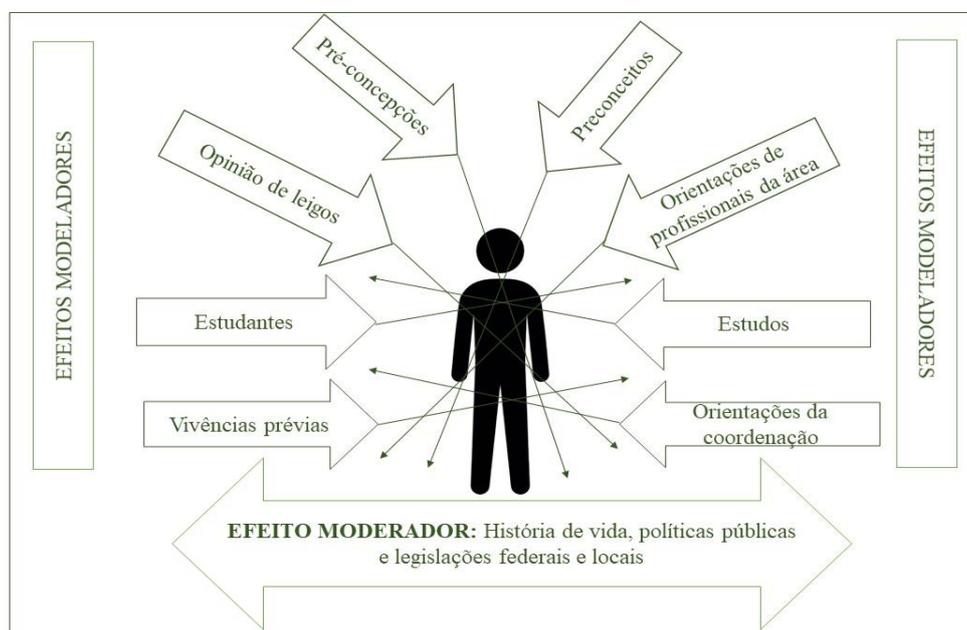
possibilidade e abertura para reflexões sobre os diferentes aspectos que envolvem as atividades profissionais e aspectos da vida pessoal; com os estudantes com deficiência, com os quais formam díades para a troca de experiências reais sobre a abordagem; com a coordenação e a equipe de apoio da Coordenadoria de Ações Educacionais (Caed) (mesossistema), que orientam sobre os pressupostos básicos para atender às demandas dos estudantes com deficiência.

O estudo de Sampaio, Caldas e Catrib (2015) sobre a rede social de professores universitários portugueses evidenciou a importância das relações familiares e com amigos fora do trabalho ou de outros departamentos para a segurança emocional e para a promoção de saúde. Essas redes viabilizam a construção e a manutenção de laços sociais que são fonte de saúde, pela interação, pela solidariedade e por proporcionam bem-estar e qualidade de vida.

O conceito de saúde, dentro desses processos, está implícito, uma vez que, dada a concepção biomédica tratada pelos docentes e discutida na seção 3.2, remete a tratar a deficiência como falta, concepção que tem uma perspectiva de abordagem entrelaçada com o conceito de saúde. Já a concepção sobre deficiência perpassa a discussão e toma forma dentro dos processos proximais de maneira ampla, pois, ao tratar da inclusão enquanto prática, há necessidade de uma compreensão, mesmo que limitada ou tradicional, de deficiência.

Nessa formulação de concepções, existem forças que atuam no sentido de moderar ou modelar os processos que passam a constituir e modelar, juntamente com os demais elementos, as concepções dos docentes. A Figura 8 ilustra esses efeitos com base nas explicações de Bronfenbrenner (2011) e Brum (2017).

Figura 8 – Efeitos moderadores e efeitos modeladores.



Descrição da imagem: Figura formada por um quadro, em cujo centro há um pictograma de uma pessoa atravessada por diversas flechas advindas de palavras contidas em flechas. Na esquerda, as palavras “Pré-concepções; Opinião de leigos; Estudantes; Vivências prévias”; na direita, as palavras “Preconceitos; Orientações de profissionais da área; Estudos; Orientação da coordenação”. Nas laterais, há uma faixa com a inscrição “Efeitos modeladores”. Abaixo da imagem, há uma flecha de duas pontas com o texto “Efeito Moderador: História de vida, políticas públicas e legislações federais e locais”.

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

A Figura 8 apresenta os efeitos moderadores, ou seja, trata daquilo que permeia o percurso de desenvolvimento dos docentes, a sua história de vida, bem como o contexto socioeconômico e político que rege a organização das ações no País e no mundo. Já os efeitos modeladores são aqueles que vão intervir no processo e nas interações pessoais ao longo do percurso e, portanto, modificar a interpretação e a abordagem com os demais. Cita-se especialmente as experiências com pessoas com deficiência ou em condições de saúde desfavoráveis, os próprios estudantes com deficiência que lançam um desafio a prática docente, as orientações da Coordenação e dos órgãos de apoio institucionais, as reflexões com amigos e familiares considerados leigos na temática, mas dotados de conhecimentos e opiniões particulares que influenciam a percepção dos docentes e os estudos para buscar alternativas reflexivas para a compreensão das diferentes situações e fenômenos. São esses efeitos moderadores e modeladores, associados aos diferentes contextos, processos e pessoas que vão influenciar o curso do desenvolvimento humano.

O contexto em que esses processos e pessoas se desenvolvem, nesta tese, é caracterizado basicamente pelo sistema de estruturas concêntricas nas quais os docentes estão inseridos, especialmente no que trata da IES em estudo enquanto espaço que perpassa o micro, o meso e o exossistema dos docentes, com suas características e organização que favorecem o processo da inclusão e os sistemas nos quais cada um dos docentes está envolvido. A IES é, portanto, um contexto favorável para que a aprendizagem se efetive dentro de uma perspectiva inclusiva. Além disso, o contexto envolve as relações estabelecidas entre as pessoas que compõem os microsistemas e os processos que ocorrem entre esses sistemas, fato pelo qual elencar as características das pessoas que podem influenciar o desenvolvimento favorece o reconhecimento das concepções aqui apresentadas.

O elemento tempo talvez seja o mais relevante para as concepções aqui abordadas, uma vez que houve uma tendência de reproduzir modelos de saúde e de deficiência considerados ultrapassados, tanto na literatura quanto na legislação que trata sobre a saúde e a deficiência, a partir de um modelo biopsicossocial, amplamente discutidos na seção 3. Destarte, no elemento tempo, estão contidas características e histórias das diferentes fases da vida de cada docente e que foram e continuam moldando o seu desenvolvimento humano, desde a infância. Os fatores levantados neste estudo estão relacionados a vidas marcadas pela valorização da educação, como forma de ascensão social, assim como por vivências que resultaram em observação da condição social em seu entorno e que favoreceram desenvolver um nível mais aprofundado de sensibilidade em relação às demais pessoas.

Os docentes apresentaram suas famílias e escolas com características de rigorosidade e exigências, que direcionaram para uma formação que exigiu e ainda exige maior dedicação e responsabilidade na busca pela excelência na atuação. Além disso, relataram experiências de saúde e doença pessoal ou de parentes próximos, assim como pessoas com deficiência tanto na vida privada quanto na IES, que fazem refletir sobre o cuidado, seja ele num sentido de caridade ou de solidariedade ou de ofertar subsídios para minimizar as dificuldades.

Segundo Bronnfenbrenner (2011, p. 45), diversas pesquisas têm apontado para a “coexistência de forças subjetivas positivas ou negativas”, derivadas das experiências, envolvendo os diferentes tempos em que cada pessoa vive e que podem modelar a direção do desenvolvimento humano no futuro. Assim, os processos que envolvem a inclusão no contexto da instituição e a característica da IES, cuja premissa da inclusão vem sendo amplamente abordada desde 2008, estimulam uma concepção favorável em relação à inclusão. Desse modo, os movimentos, as atividades e os efeitos que perpassam a vida dos professores estão estreitamente relacionados à inclusão como paradigma, que vem exigindo do professor essa

adaptação, haja vista o aumento do número de estudantes com deficiência que ingressam nas IESs.

4.2 CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE E DEFICIÊNCIA

Abordar as concepções sobre saúde e deficiência de maneira conjunta parece reproduzir um modelo de deficiência pautado na presença da doença. Essa premissa, que vigorou por anos, é uma das bases de origem desta pesquisa, que traz como panorama geral os aspectos históricos que perpassam a constituição das concepções sobre deficiência e saúde e ainda vigoram. Nesta tese, tanto os conceitos de saúde quanto os de deficiência são entendidos a partir do mesmo modelo biopsicossocial, como já argumentado na seção 3.

A saúde, destarte, envolve aspectos que vão além da presença da doença, incluindo também todos os fatores ambientais, socioeconômicos e políticos que implicam na vida humana, gerando a cada indivíduo uma compreensão particular sobre sua própria saúde. Importância é dada aos fatores socioeconômicos e políticos em relação às condições de saúde de uma população. Coelho e Dias (2015), ao discorrerem sobre os serviços de saúde, consideram que estes necessitam ser melhorados nos territórios; todavia, isso só mudará a condição de saúde de uma população se a situação econômica também for rediscutida e melhorada. Nesse aspecto, estão também relacionadas as condições ambientais⁴², que sofrem influência direta da organização socioeconômica global.

A deficiência, nesse mesmo sentido, envolve as alterações a partir de um modelo de normalidade, mas que não responde ao todo, uma vez que a “falta” não restringe a participação plena do ser humano na sociedade, mas a sociedade impõe barreiras para sua participação (BRIDI; BAPTISTA, 2014). Desse modo, as concepções que permeiam a definição de saúde são consideradas a partir dos diferentes elementos, apresentando os conceitos que os participantes do questionário *online* e dos entrevistados atribuem à saúde e à deficiência e apontando os aspectos que constituem a concepção atual destes, meio e fim que perpassa esta tese.

Para melhor compreender os fatores que intervêm nas concepções tratadas, os elementos constituintes foram entrelaçados, como um emaranhado de informações que

⁴² Essas condições ambientais estão relacionadas às estruturas estáticas que formam os sistemas ecológicos (micro, meso, exo, macro e cronossistema), os quais envolvem o local de moradia (casa e suas condições e comunidade), o trabalho, a alimentação, o lazer, a renda, o acesso aos serviços e políticas públicas, entre outros, que são determinantes para o desenvolvimento nas diferentes fases do ciclo vital.

concretizam os entendimentos. Para tanto, apresentam-se como foram agrupadas as perguntas dos respondentes do questionário *online* correspondentes aos conceitos (Quadro 5), bem como foram entrelaçadas as respostas dos entrevistados, que oferecem um aprofundamento e diferentes percepções daquelas produzidas pelo questionário.

Quadro 5 – Codificação das perguntas sobre saúde, deficiência e influências gerais para análise.

Código	Pergunta: Concepção de saúde
S04Q06	A saúde é compreendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença.
S04Q10	O conceito de saúde varia de acordo com a concepção de cada indivíduo e tem relação com a sua satisfação sobre a vida.
S04Q23	A saúde é a ausência de doença.
S04Q24	A saúde e a deficiência são conceitos que se articulam.
	Concepção de deficiência
S04Q04	Considero que as experiências com pessoas com deficiência influenciam as minhas concepções sobre saúde e deficiência.
S04Q05	Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com deficiência auditiva.
S04Q07	Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com deficiência física.
S04Q09	Deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como um desvio importante ou uma perda.
S04Q11	Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com altas habilidades/superdotação.
S04Q12	As pessoas com deficiência deveriam estudar em universidades especiais, que pudessem atender a todas as suas necessidades.
S04Q13	As pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas
S04Q16	As deficiências podem ser parte ou uma expressão de uma condição de saúde, mas não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo deve ser considerado doente.
S04Q18	Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com deficiência visual
S04Q19	As deficiências cobrem um campo mais vasto que as perturbações ou as doenças, por exemplo, a perda de uma perna é uma deficiência de uma estrutura do corpo, mas não é uma perturbação ou uma doença.
S04Q20	As deficiências são incapacidades do corpo passíveis de tratamento, para restauração das capacidades corporais.
S04Q21	Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com autismo.
S04Q24	A saúde e a deficiência são conceitos que se articulam.
S04Q25	Não tenho dificuldade de ministrar aulas para estudantes com deficiência
S04Q30	Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com deficiência intelectual.
S04Q29	Considero que a opinião dos meus amigos influencia minhas concepções sobre a deficiência.
	Influências gerais
S04Q08	Considero que as pessoas em geral são influenciadas pelos meios de comunicação.
S04Q14	Considero que minha cultura influencia minhas concepções sobre a deficiência e a saúde.
S04Q15	Considero que as experiências que vivi durante a infância influenciam minhas concepções sobre deficiência e saúde.
S04Q28	Considero que não sofro influência das minhas relações interpessoais na opinião sobre a saúde e a deficiência.

Para compreender as concepções dos professores, as respostas foram organizadas no modelo de escala Likert, com ordem aleatória (Tabela 3), as variações de respostas para as perguntas referentes à concepção de saúde, além daquelas referentes à deficiência e as que se referem às influências gerais sobre as concepções. Entretanto, por tratar-se de uma pesquisa mista, com análise quantiquantitativa concomitante, os significados produzidos pelos números são apresentados no decorrer do texto, emaranhados com as respostas às entrevistas.

Tabela 3 – Concepções sobre saúde, deficiência e influências gerais.

	Q04	Q05	Q06	Q07	Q08	Q09	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q18	Q19	Q20	Q21	Q23	Q24	Q25	Q28	Q29	Q30
1- Discordo plenamente	1,2 %	25,9	6,2	6,2	1,2	6,2	9,9	13,6	45,7	6,2	7,4	13,6	4,9	27,2	4,9	16,0	43,2	37,0	7,4	11,1	8,6	37,0	27,2
2- Discordo parcialmente	4,9	29,6	2,5	17,3	1,2	6,2	6,2	13,6	33,3	7,4	6,2	9,9	3,7	33,3	4,9	22,2	37,0	23,5	13,6	32,1	21,0	27,2	38,3
3- Não concordo nem discordo	8,6	17,3	6,2	12,3	9,9	19,8	11,1	21,0	14,8	17,3	11,1	18,5	12,3	13,6	22,2	22,2	8,6	14,8	30,9	25,9	22,2	14,8	17,3
4- Concordo parcialmente	37,0	18,5	16,0	37,0	38,3	46,9	37,0	34,6	4,9	29,6	38,3	32,1	30,9	19,8	25,9	25,9	9,9	17,3	24,7	23,5	27,2	16,0	14,8
5- Concordo plenamente	48,1	8,6	69,1	27,2	49,4	21,0	35,8	17,3	1,2	39,5	37,0	25,9	48,1	6,2	42,0	13,6	1,2	7,4	23,5	7,4	21,0	4,9	2,5

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

A análise das perguntas *online* a partir da graduação atribuída pela escala Likert evidenciou que 69,1% dos respondentes concordam plenamente com o conceito de saúde atribuído pela OMS em 1978, na Conferência de Alma-Ata, sob a égide “Saúde para todos no ano 2000”, ou seja, concordam com o conceito de que a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença (FEIO; OLIVEIRA, 2015). Entre os entrevistados, essa também foi a tendência, excluindo dessa definição da OMS o fragmento “meramente a ausência de doença”. Esse entendimento se enreda em uma concepção baseada no modelo biomédico de saúde, que trata da saúde como ausência de doença. Esse fato pode ser observado nas falas de EC, “*saúde para mim é não se sentir mal, não se sentir doente, para mim isso é saúde, não ter dor [...]*”, e de ED:

[...] saúde pra mim eu acho que é tu se sentir bem, sabe...além daqueles tradicionais exames que tu tem que estar bem, eu acho que é muito mais tu se sentir bem contigo mesmo sabe, por que as vezes tu está com um pesinho a mais, mas está bem, é um conjunto, pra mim saúde é um conjunto, por que não adianta tu estar com o colesterol os triglicérides tri bom e não estar de cabeça boa, então acho que é um conjunto[...].

O entrevistado EE apresenta posicionamento semelhante, ao afirmar: “*[...] na verdade é tu estar num bem-estar físico, emocional e psicológico, então é tu estar saudável em todos estes âmbitos, mais ou menos isso*”. Essa concepção pode ser observada também na fala de EB: “*acho que um pouco da própria questão do teu organismo, dele estar em ordem, de ele não ter que esbarrar com alguma coisa, de te bloquear em fazer alguma coisa*”. Para Canguilhem (2009, p. 38), “a saúde e a doença não são modos que se diferem essencialmente”, não há uma luta entre os dois para permanecer no organismo, são modos que se destingem pelos excessos, pela desproporção, pela desarmonia dos fenômenos normais, os quais se constituem em estados doentios. Assim, tudo que muda esse padrão, previamente estabelecido pela área da Saúde, como forma de regular o organismo, pode ser considerado como doença, a qual sofre a ação de diferentes influentes.

A concepção de saúde dos entrevistados não considerou os fatores biopsicossociais, apontando apenas para os fatores psicológicos e a presença ou ausência de doença. É interessante observar que, quando os entrevistados foram questionados sobre algum aspecto relacionado à saúde que ficou marcado na sua vida, todos, sem exceção, tratam da presença de doenças que aconteceram consigo ou com familiares, reforçando a concepção de saúde a partir do modelo biomédico.

As influências gerais sobre as concepções foram cruzadas para identificar se há diferença entre os participantes dos três centros pesquisados, e o valor de “p” não foi significativo para nenhuma variável, ou seja, as respostas dos professores dos três centros não demonstraram relação, ou seja, pensam de forma semelhante. Entende-se, portanto, que a área de atuação não foi determinante dessas influências. Entretanto, pelo Teste de Kruskal-Wallis para amostras independentes, apenas a variável “considero que as experiências que vivi durante a infância influenciam as concepções sobre saúde e deficiência” (S04Q15) demonstrou existir diferença entre as médias dos centros pesquisados (Tabela 4).

Tabela 4 – Centros de ensino e influências gerais.

ESCALA LIKERT S04Q15	CCS	CCSH	CT	OUTRO
Discordo plenamente	6,2%	2,5%	4,9%	0,0%
Discordo parcialmente	7,4%	1,2%	1,2%	0,0%
Não concordo nem discordo	7,4%	3,7%	2,5%	4,9%
Concordo parcialmente	13,6%	12,3%	4,9%	1,2%
Concordo plenamente	7,4%	13,6%	2,5%	2,5%
Total	42,0%	33,3%	16,0%	8,6%
Valor de p				,074
Teste de Kruskal-Wallis				0,48

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Entretanto, se analisada a afirmação “a saúde é a ausência de doença”, 37% discordam totalmente dela, demonstrando a interlocução com o conceito da OMS, que considera a saúde não como mera ausência de doença. Essa mudança teórico-conceitual, implicada em transformações de concepções e paradigmas, com o intuito de ofertar novas respostas às necessidades de saúde, abordada na seção 3, subseção 3.1.4, reflete na percepção que as pessoas têm sobre sua saúde, mas não implicam necessariamente numa visão mais ampliada, vinculada aos determinantes sociais de saúde (DSS), que perpassam a compreensão de saúde nesta tese.

Profissionais da saúde ainda perpetuam o modelo biomédico de concepção da saúde, especialmente no que tange aos serviços de saúde ofertados, inclusive aqueles vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), que trata da saúde numa perspectiva mais ampla (BOMFIM; GOULART; OLIVEIRA, 2014; FERTONANI et al., 2015). Fertoni et al. (2015) mencionam que a formação dos profissionais da saúde ainda está vinculada ao paradigma biomédico, mesmo que as Diretrizes Curriculares Nacionais, baseadas em documentos internacionais,

tenham orientado para uma tendência de mudança de paradigma. Portanto, esperar que as outras áreas apresentem uma visão mais ampliada pode ser um equívoco, haja vista que pouco ou nada se detém aos estudos que envolvem a temática da saúde.

O bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida estão relacionados a diversos fatores, intrínsecos, como o tipo de personalidade, os afetos, as relações interpessoais, e extrínsecos, como o trabalho, o lazer, as condições de moradia, entre outros. Ambos os fatores variam de acordo com o padrão de vida ideal estabelecido individualmente (PAPALIA; FELDMANN, 2013). É, portanto, uma concepção subjetiva particular que se relaciona intimamente com a concepção de saúde, a partir de uma perspectiva biopsicossocial. Essa satisfação com a vida para os entrevistados percorre principalmente a ausência de doença, mas também os aspectos relacionados ao trabalho, à condição financeira, em alguns casos, e às relações com os demais.

Nesse sentido, o estudo de Bomfim, Goulart e Oliveira (2014), com profissionais da área da Saúde que atuam na formação para a Saúde Coletiva, observou que ainda perdura o modelo biomédico de concepção da saúde, além de atribuir ao sistema, à política partidária, às equipes e aos próprios usuários, a origem dos problemas de saúde. Este fato é interessante pois se espera que os profissionais da área da Saúde estejam atentos às expressões da questão social, como o modelo de saúde biopsicossocial sugere, para desenvolver sua prática num sentido amplo. Portanto, é visível a necessidade de um trabalho que invista em novos olhares para a saúde.

O conceito de saúde da OMS também traz a discussão sobre os fatores psicológicos relacionados à condição favorável de saúde. Nesse sentido, os entrevistados deixam clara a relação entre os aspectos emocionais e a concepção de saúde, como pode ser visto a seguir, na transcrição de suas falas:

[...] tem dois tipos de saúde, a saúde física e a espiritual, nós temos a saúde física quando a gente está bem, não tem nenhum problema, eu acho que a saúde plena é quando você está bem fisicamente e espiritualmente bem, acho que as duas coisas se unem, muitas vezes a gente adocece, mas as coisas estão na nossa própria mente, na nossa cabeça (EA).

[...] então, acho que saúde passa por isso né, muito se fala em saúde mental e eu acho que a saúde mental tem um pouco a ver, com as fantasias que tu cria ou não ou que criam em ti, a respeito disso, de como isso perpassa, a história que eu falei antes, eu tinha bronquite asmática, aquilo era uma coisa que me impedia de fazer as coisas, outra coisa eu sou toda torta mas eu não dou mais bola pra isso, em termos, ah, mas você ainda tem os problemas de coluna, mas isso não está me afetando pra fazer as coisas que eu quero, não é um problema de saúde grave que está me afetando, mas é um problema de saúde [...] (EB).

O conceito de saúde dos professores engloba os aspectos relacionados à saúde mental e os considera fundamentais para a percepção de cada um sobre sua condição de saúde e sobre sua potencialidade em desenvolver as atividades. Portanto, as concepções dos docentes deixam clara a importância de condições psicológicas favoráveis tanto para sua percepção de saúde quanto para a execução de atividades.

No que tange à ampliação do conceito de saúde, somente dois docentes entrevistados tratam dos fatores sociais na concepção de saúde, transitando pelo atual conceito de saúde, que engloba aspectos sobre o ambiente e a sociedade (ALMEIDA FILHO, 2011; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). O entrevistado EB refere que a saúde perpassa o bem-estar físico e emocional, tanto “*quanto do meio que tu convives, de não te sentir acuado ou pressionado para fazer alguma coisa, ou ao contrário*”. Já EF refere, ao ser questionado sobre a concepção de saúde, que...

[...] saúde é uma coisa muito complexa, cujo conceito evoluiu ao longo dos anos, inclusive alguns foram superados por outros mais abrangentes e mais modernos, mas acho que é um estado de bem estar, psicológico, físico, social... talvez filosófico, dá um sentido para a vida e ter energia e alegria de se envolver com as metas de vida, filosoficamente se a pessoa não tem convicção do que tá fazendo, pra onde tá indo, não tem metas, não adianta tá a parte orgânica funcionando bem porque ela não tá num bem-estar, né... não consegue se justificar porque a vida... responder as perguntas fundamentais com algum grau de satisfação para poder tocar a vida, né... então esse estado de bem estar múltiplo, de múltiplos fatores [...] (EF, grifo nosso).

É interessante observar que este docente aponta a concepção filosófica de saúde, abordada por Canguilhem (2009). A concepção de saúde está relacionada, para ao maior parte dos docentes entrevistados, diretamente ao seu bem-estar, como pode ser observado na fala de EB: “*eu acho que é bem-estar, seu bem-estar, do tipo de você se sentir bem e conseguir as coisas que você precisa realizar, de cerca forma acho que isso impacta o seu bem-estar, você conseguir tocar as coisas adiante*”. A concepção de bem-estar é tratada pelo entrevistado EA como:

[...] levantar bem, acordar bem, vir para o trabalho com felicidade, motivado, que tu não tenhas dificuldade de mobilidade ou qualquer coisa, ter uma dor de cabeça ou coisa assim, estar se sentindo bem fisicamente. E tem a parte emocional da saúde, tem que vir bem emocionalmente, que afeta também, isso já está comprovado [...] (EA).

O termo “saúde” engloba várias interpretações, de acordo com a compreensão particular de cada um. O conceito abordado por Canguilhem (2009), tratado na seção 3, subseções 3.1.1 e 3.1.4, numa perspectiva mais filosófica, abre espaço para que interpretações particulares sobre

o conceito e sobre a percepção de cada pessoa acerca da sua condição de saúde sejam um dos entendimentos mais adequados.

O desenvolvimento das pessoas, independentemente da fase do ciclo vital em que estejam, ocorre por influência de diferentes fatores, entre eles os biológicos, ambientais e sociais. Para além desse desenvolvimento individual e da interferência direta no processo, há aspectos relacionados à cultura e à organização do Estado que interferem no desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996, 2011). Esses fatores estão incluídos no contexto de macro ou do exossistema em que os indivíduos convivem. Sobre a influência da cultura nas concepções sobre saúde e deficiência, os participantes do questionário concordam parcialmente (39,6%) que ela pode influenciar essas concepções; contudo, há uma diferença significativa entre os sexos sobre a afirmação referente à cultura, tanto pelo Teste de Mann-Whitney ($p < ,001$), quanto pelo valor de $p < ,004$, a um nível de significância de 95%.

Bronfenbrenner (1996, 2011) afirma a importância da ação da cultura de cada comunidade como fator influenciador das condutas humanas. As concepções que perpassam a vida dos participantes de maneira geral sofrem influência também dos processos históricos e culturais (macrossistema) que envolvem as pessoas com deficiência e os conceitos de saúde e de deficiência amplamente discutidos (JANUZZI, 2005; LOBO, 2015; ALMEIDA FILHO, 2011; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). Além disso, há uma tentativa, por meio das legislações (macrossistema), que tem o poder de alcance aos diferentes espaços, de mudanças de paradigmas, tentando garantir direitos e por conseguinte mudança de concepções.

No que se refere às concepções de saúde e às influências gerais nesta concepção com as diferenças entre homens e mulheres, pode-se observar que há algumas diferenças, evidenciadas na Tabela 5.

Tabela 5 – Diferenças sexuais nas concepções de saúde e influências gerais.

Escala Likert	S04Q06		S04Q08		S04Q10		S04Q14		S04Q15		S04Q23		S04Q24		S04Q28	
	F	M.	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M
1	3,7	2,5	0,0	1,2	6,2	3,7	2,5	4,9	8,6	4,9	29,6	7,4	2,5	4,9	6,2	2,5
2	1,2	1,2	1,2	0,0	3,7	2,5	1,2	4,9	7,4	2,5	14,8	8,6	9,9	3,7	16,0	4,9
3	2,5	3,7	3,7	6,2	3,7	7,4	3,7	7,4	8,6	9,9	7,4	7,	17,3	13,6	12,3	9,9
4	8,6	7,4	23,5	14,8	21,0	16,0	28,4	9,9	22,2	9,9	11,	6,2	17,3	7,4	16,0	11,1
5	49,4	19,8	37,0	12,3	30,9	4,9	29,6	7,4	18,5	7,4	2,5	4,9	18,5	4,9	14,8	6,2
Total	65,4	34,6														
Valor de p		,498		,134		,030		,004		,529		,143		,223		,664
Teste U		,099		,040		,009		,001		,467		0,27		,091		,695

Valores da escala Likert em porcentagem (%).

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A Tabela 5 demonstra que, entre os sexos, houve associação entre as variáveis “o conceito de saúde varia de acordo com a concepção de cada indivíduo e tem relação com a sua satisfação sobre a vida” (S04Q10) e “considero que minha cultura influencia minhas concepções sobre a deficiência e a saúde” (S04Q14). Essa associação significa que, entre homens e mulheres pode-se dizer que há uma tendência para as mulheres concordarem plenamente com as afirmações e os homens, parcialmente. A Tabela 5 também permite analisar as informações pelo Teste U (Teste de Mann-Whitney). O teste mostrou que há diferença entre as concepções de mulheres e homens em relação às questões S04Q08, S04Q10, S04Q14 e S04Q23, ou seja, mulheres e homens diferem sobre as afirmações de que a cultura implica nas concepções sobre deficiência, de que o conceito de saúde varia de acordo com a concepção de cada indivíduo e tem relação com a sua satisfação sobre a vida, de que a cultura influencia as concepções e de que a saúde é tratada como ausência de doença. Segundo Papalia e Feldmann, (2013, p. 44) “quando estamos imersos numa cultura, é difícil perceber o quanto do que fazemos é afetado por ela”.

Nessa relação entre fatores que influenciam as concepções, está a percepção de cada pessoa sobre sua saúde. No questionário, havia uma pergunta que tratava deste elemento, e a maior parte considerou sua saúde boa (55,6%) ou muito boa (34,6%). A IES em estudo apresenta, por meio da Pró-Reitora de Gestão de Pessoas (Progep), a Coordenadoria de Saúde e Qualidade de Vida do Servidor, responsável pela implementação de programas voltados à saúde física, social e mental dos servidores, ofertando atenção aos seus trabalhadores. Além disso, a Progep organiza-se para ofertar cursos de capacitação nas diferentes áreas, inclusive para a formação de professores e os cuidados com a saúde.

Ao associar essa percepção de saúde (boa) com as variáveis que estavam relacionadas ao conceito de saúde (S04Q06, S04Q10, S04Q23, S04Q24,) e as influências gerais (S04Q08, S04Q14, S04Q15, S04Q28), pelo Teste Qui-Quadrado (valor de “p”), não se pode afirmar que houve uma associação entre a percepção de boa saúde com as variáveis empregadas para a concepção de saúde. Contudo, houve exceção na variável S04Q08, em que ocorreu associação entre considerar a saúde boa e ponderar que as pessoas são influenciadas pelos meios de comunicação, a um nível de significância de 5%, cujo objetivo era identificar a influência dos meios de comunicação com as influências. Também foi exceção a variável S04Q14, cujo teste “t” demonstrou que existe uma diferença significativa entre as respostas (Tabela 6).

Tabela 6 – Associação entre a percepção de saúde e as variáveis de concepção de saúde em estudo.

	S01Q05	N	%	M	DP	Valor de p	Teste “t”
S04Q08	MB	28	38	4,50	,745	,000	,783
	B	45	62	4,29	,727		
S04Q14	MB	28	38	3,46	1,503	,431	,001
	B	45	62	4,11	,959		

MB: saúde muito boa; B: saúde boa

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A maioria dos docentes respondentes do questionário *online* (49,4%) concordam totalmente que os meios de comunicação influenciam nas concepções das pessoas, isto é, que os meios de comunicação têm a característica de conseguir manipular a forma de pensar das pessoas. Entre os participantes do questionário, 49,4% concordam totalmente que as pessoas são influenciadas pelos meios de comunicação, 37% das mulheres concordam totalmente e 14,8% dos homens concordam parcialmente com a afirmação. Esta afirmação foi confirmada tanto pelo valor de “p” significativo (,000) demonstrando que há associação entre a variável sexo, quanto no Teste de Mann Whitney ($U=0,40$), a um nível de significância de 5%, afirmando que a distribuição de respostas é diferente entre os sexos, ou seja, que as mulheres, neste caso, têm uma tendência maior de afirmar que os meios de comunicação influenciam as concepções (Tabela 6).

Apesar de a TBDH tomar como base potencial para o desenvolvimento as interações pessoais, por meio de díades e atividades molares e moleculares que interagem para influenciar o ambiente, sabe-se que, atualmente, devido à tecnologia disponível, as pessoas são influenciadas, mesmo que inconscientemente, pelos meios de comunicação de massa e especialmente pela mídia, que podem estar alocados a nível do exossistema. Na criança especialmente, a mídia funciona como uma influência normativa, que acaba regulando seu funcionamento por meio de recursos tecnológicos, se os devidos cuidados com a alta exposição não estiverem sendo tomados pelos adultos. Além disso, esse acesso é feito, muitas vezes, pelos adultos como modelos para as crianças, sendo tratado assim como um efeito de segunda ordem (BRONFENBRENNER, 1996). Entre os adultos, a mídia influencia especialmente nos aspectos envolvidos com o consumo em suas diferentes faces e meios.

O estudo realizado por Shipper e Witzel (2015), aponta que a mídia tem tentado ofertar um olhar diferenciado para a inclusão e para as pessoas com deficiência. Entretanto, para as

autoras, os atravessamentos, como o próprio financiamento de campanhas publicitárias e os paradigmas instituídos, muitas vezes ultrapassados, utilizados para a interiorização da inclusão, utilizando-se da emoção como base de sustentação, reproduzem os modelos enraizados em processos de exclusão, vinculados à caridade e à solidariedade.

Além disso, foi possível observar, a partir do valor de “p”, que não há diferença significativa entre ter problema de saúde atualmente ou algum problema na família com a concepção de saúde, com exceção do elemento que coloca a cultura como influente nas concepções de saúde e deficiência (0,39), demonstrando que houve associação entre a variável problema de saúde e a influência dos meios de comunicação.

A cultura está inserida dentro do macrosistema dos professores e tem características distintas, numa relação de continuidade. Entretanto, Bronfenbrenner (1996) elenca características que são comuns na organização e no seu funcionamento, os tipos de ambiente em que as pessoas entram nos estágios de suas vidas, o conteúdo e a organização das atividades molares, dos papéis e das relações de cada ambiente, extensão e natureza das conexões entre os ambientes que afetam a vida da pessoa.

A cultura é um dos elementos amplamente discutidos entre os pesquisadores como importante influente no desenvolvimento humano, uma vez que perpassa a constituição das famílias, delimitando costumes, tradições, crenças e valores, conhecimento, linguagem, comportamento e atitudes aprendidas e compartilhadas com os demais, entre outros aspectos comuns para cada sociedade. Todavia, a cultura, especialmente quando se encontra com outras, sofre processos de transformação que são constantes, fato facilitado nos dias atuais pelos meios de comunicação e pela internet (PAPALIA; FELDMANN, 2013). Portanto, as concepções sobre saúde e deficiência trazem fortes elementos culturais, que tendem a ser modificados, especialmente com as políticas públicas. Contudo, a presente pesquisa não permitiu um aprofundamento sobre a influência desse elemento nas concepções.

As concepções sofrem influência dos diversos fatores envolvidos com o desenvolvimento humano em suas diferentes fases. Problemas relacionados à saúde do ponto de vista biomédico são inerentes à vida humana, isto é, nenhum ser humano está imune de sofrer, em algum momento da vida, de alguma alteração relacionada às funções e às estruturas do corpo. Entre os docentes entrevistados, todos passaram por situações que envolvem a presença de doença em seus microsistemas em diferentes fases da vida, o que implica na forma com que as pessoas lidam com cada situação, com base nas experiências vivenciadas.

De acordo com Fráguas, Almeida e Soares (2018), cada família tem uma maneira de perceber a doença, sendo influenciada pelo ambiente, pelos seus valores e pela cultura, o que,

por sua vez, vai implicar na maneira que cada uma tem de cuidar dos seus membros. Além disso, para os autores, a presença da doença no seio familiar envolve uma mudança nas atitudes, nas percepções e nas relações, influenciando na sua maneira de cuidar. Cada família se estrutura com interpretações diferentes de saúde e de doença. Reforça-se, assim, a importância de os profissionais da Saúde e da Educação, que trabalham com as famílias, conhecerem o contexto e os processos envolvidos com cada uma delas.

O elemento família é uma temática amplamente discutida, especialmente quando se trata da escolarização ou de doenças específicas que envolvem fatores biopsicossociais, anunciando as duas vertentes que regem esta tese. Sobre os processos que envolvem a escolarização, Perrenoud (2000) enfatiza a importância da presença da família na escola e de seu envolvimento direto com a aprendizagem, especialmente quando os jovens ingressam na universidade. Esta discussão é especial quando se trata de pessoas com deficiência. A família é uma parceira fundamental para os processos inclusivos (SOUZA, 2017) (ver seção 3, subseção 3.2.4), além de ser o principal ponto de apoio para o microsistema.

Os entrevistados EA, EB e ED apontam para a importância das relações familiares como fatores de satisfação e apoio nas diferentes fases da vida. Para eles, a família constituída pelos seus microsistemas é o suporte para sua constituição como sujeitos. Importa referir que essa constituição de família não se restringe às nucleares, constituídas por pai, mãe e filhos, mas abarca as relações de afeto, cuidado e atenção que definem um contexto de família, independente de quem são as pessoas ou do gênero que as define, conforme disposto no Censo de 2010 (IBGE, 2010).

Bronfenbrenner (2011) relata que os eventos ambientais mais imediatos, como, por exemplo, a vivência com a doença ou pessoas com deficiência, podem afetar significativamente o desenvolvimento, são aqueles que acontecem com ela ou na presença da pessoa em desenvolvimento. Isso evidencia que as experiências vivenciadas, para o autor, podem influenciar as concepções que as pessoas têm sobre determinadas temáticas.

Conforme mencionado, Bronfenbrenner (1996, 2011) afirma que as relações estabelecidas entre as pessoas como díades desenvolvidas como atividades molares são potentes influenciadoras do desenvolvimento. Assim, os docentes foram questionados se entendem que sofrem influência das relações interpessoais na sua opinião sobre a saúde e a deficiência, e a maior parte deles, 38,3%, concordou parcialmente com a afirmação. O Quadro 6 demonstra as respostas sobre este questionamento e a convivência com o seu microsistema.

Quadro 6 – Experiências e concepções de saúde e deficiência.

Pergunta	Escala Likert	Escala Likert					Valor de p
		1	2	3	4	5	
Considero que as experiências com pessoas com deficiência influenciam as minhas concepções sobre saúde e deficiência	Quanto tempo você se encontra na presença de seus pais para conversas longas						
	Discordo plenamente	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	,761
	Discordo parcialmente	2,5	1,2	0,	1,2	0,0	
	Não concordo nem discordo	1,2	0,0	2,5%	2,5	2,5	
	Concordo parcialmente	8,6	6,2	7,4	9,9	4,9	
	Concordo plenamente	17,3	6,2	12,3	8,6	3,7	
	Quanto tempo você se encontra na presença de seus irmãos para conversas longas.						
	Discordo plenamente	1,2	1,2	0,0	3,7	2,5	,873
	Discordo parcialmente	3,7	2,5	6,2	8,6	0,0	
	Não concordo nem discordo	1,2	2,5	8,6	4,9	4,9	
	Concordo parcialmente	2,5	3,7	7,4	4,9	2,5	
	Concordo plenamente	2,4	3,7	7,4	4,9	2,5	
	Quanto tempo você se encontra na presença de seus amigos para conversas longas.						
	Discordo plenamente	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	,364
	Discordo parcialmente	2,5	1,2	0,0	1,2	0,0	
	Não concordo nem discordo	2,5	1,2	3,7	1,2	0,0	
	Concordo parcialmente	16,	9,9	7,4	1,2	2,5	
	Concordo plenamente	8,6	12,3	17,3	9,9	0,0	
	Você mantém relações de amizade com seus colegas de trabalho?						
Discordo plenamente	0,0	0,0	0,0	1,2	0,0	,746	
Discordo parcialmente	1,2	1,2	1,2	1,2	0,0		
Não concordo nem discordo	1,2	3,7	1,2	2,5	0,0		
Concordo parcialmente	4,9	14,8	0,0	14,8	2,5		
Concordo plenamente	4,9	18,5	1,2	21,0	2,5		

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Embora o Teste Qui-quadrado não tenha demonstrado associação entre as respostas dos grupos, a maior parte dos participantes que convivem tanto semanal quanto anualmente com

seus pais, irmãos e amigos e possuem relação de amizade com colegas de trabalho concorda com a afirmação. Isso significa dizer que a aquisição de conhecimento advinda da experiência com pessoas com deficiência favorece a percepção em relação à deficiência e à saúde. Essa observação também foi feita por Pieczowski (2014), em sua tese de doutorado sobre a inclusão de estudantes com deficiência na Educação Superior. A autora reitera que a experiência com as pessoas com deficiência modifica tanto a prática docente quanto a percepção do docente em relação à deficiência.

O entrevistado EA, por exemplo, relatou que sofreu de depressão e que sua concepção sobre a sua própria saúde mudou, principalmente pelo fato de buscar formas alternativas de cura e/ou estabilização da doença, como a aproximação com a espiritualidade e o apoio familiar. Entre o grupo respondente ao questionário, a experiência foi um fator entendido como parcialmente aceito pela porcentagem válida (32,1%) e aceito pela maioria se considerada a porcentagem cumulativa (74,1%), ao responder se as experiências vivenciadas na infância podem influenciar as concepções de saúde e deficiência.

Todavia, para Canesqui (2018, p. 415), as experiências pessoais com doenças de longo prazo, em especial, refletem “no corpo, nas subjetividades, nas relações sociais, suas identidades de ser ou não doentes, nas estratégias utilizadas diante dos serviços de saúde, sempre configuradas nos diferentes grupos sociais e nos devidos contextos socioculturais”. As pessoas assumem, portanto, um novo olhar para com o outro, fator que, para a autora, são fundamentais para o cuidado em saúde. No entanto, são aspectos que podem ser facilmente trazidos para a sala de aula, por um olhar que não está restrito ao estudante com deficiência (que não é doente), mas que remete maior atenção dos docentes.

Nesse aspecto, quando se refere a transtornos mentais, como a depressão, Souza e Baptista (2008) defendem que o suporte familiar, reconhecido por manifestações de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva, autonomia e independência, é tratado como um agente protetor de doenças mentais, além de atuar como suporte para as situações de estresse.

Entre os participantes do questionário, 32,1% concordaram parcialmente que as experiências que viveram durante a infância influenciam as concepções sobre deficiência e saúde. Nesse mesmo aspecto, o entrevistado ED faz um relato da sua infância e do medo de adquirir alguma doença, considerando o fato de viver próximo de um bairro com condições de vida desfavoráveis.

[...] por que o bairro, hoje em dia também...era parecido com uma favela, então eu até era amigo dos meninos da rua, por que eu tinha um cachorro e sempre que ele fugia os guri da rua achavam e me traziam de volta, e eu sempre me dava bem com eles, esses da rua que eu conhecia, mas os de traz era bem degradante, e aí ao mesmo tempo que eu tinha pena e queria ajudar eu tinha medo de pegar alguma coisa, acho que é meio comum de criança também, ou não, ou em casa que diziam que a gente tinha que lavar as mãos, a gente fica com aquilo meio [...].

Condições de salubridade, que envolvem, entre outros fatores, o saneamento básico, são aspectos fundamentais para a prevenção de doenças e para o estabelecimento de condições de saúde favoráveis. De acordo com Buss e Pelegrini Filho (2007, p. 86), em texto que apresenta os determinantes sociais de saúde, no modelo de saúde de Dahlgren e Whitehead, o terceiro nível trata da:

[...] atuação das políticas sobre as condições materiais e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham, buscando assegurar melhor acesso à água limpa, esgoto, habitação adequada, alimentos saudáveis e nutritivos, emprego seguro e realizador, ambientes de trabalho saudáveis, serviços de saúde e de educação de qualidade e outros. Em geral essas políticas são responsabilidade de setores distintos, que frequentemente operam de maneira independente, obrigando o estabelecimento de mecanismos que permitam uma ação integrada.

Esses aspectos são considerados como refrações da questão social, ou seja, como fatores resultantes do conflito suscitado entre a compra e a venda da força de trabalho, como mencionado por Imamoto (2012). Aspectos esses que estão diretamente relacionados com a saúde, tendo em vista que seu conceito ampliado considera condições de trabalho adequadas, renda digna, habitação, alimentação, acesso aos bens e serviços essenciais, como educação e saúde, acesso ao lazer, entre outros (SOUZA; SILVA; SILVA, 2013).

Sobre essas expressões da questão social, que implicam nas condições de saúde, vale pontuar que as transformações recentes da sociedade, regidas pelo sistema do capital, têm proporcionado a manutenção e, em muitos casos, a ampliação dos índices da desigualdade e exclusão social não só em território brasileiro ou de capitalismo periférico, mas também em grandes centros capitalistas que se constituem e/ou se apresentam como países desenvolvidos.

Essa realidade, resultante do modelo econômico centrado no novo liberalismo, no qual as taxas de retorno do capital sempre se mantêm superiores às aquelas de retorno ao trabalho, como aponta Piketty (2014), tem fortalecido antigas e gerado novas manifestações da questão social. Essas, inexistentes ou poucas vezes visualizadas em tamanha profundidade na história contemporânea, evidenciam-se especialmente por meio do desemprego, o qual possui centralidade por se apresentar de forma transversal, implicando pobreza extrema e absoluta,

fome, analfabetismo reforçado, exclusão social, condições inadequadas de habitação, saneamento básico, entre outros aspectos que impactam a vida das pessoas.

A questão social, que passa a ser entendida, nesse contexto, como sendo desigualdade e rebeldia, justamente por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades sociais, resistindo e se opondo, tem o seu cerne enraizado no conflito entre capital e trabalho, suscitado pelo conflito entre a compra efetuada pelos donos dos meios de produção e a venda da força de trabalho oportunizada pelos trabalhadores (IAMAMOTO, 2012), gerando, assim, as manifestações já citadas, importante para a compreensão deste estudo. Como destacado, a questão social expressa-se por meio da rebeldia e da resistência, encontrando nos “conselhos de direitos, sindicatos, políticas, associações, programas e projetos sociais” (FRAGA, 2010, p. 45), uma forma de enfrentamento e transformação social.

Importa esclarecer que as expressões da questão social se apresentam essencialmente por meio do desemprego, que é estrutural no Brasil, da violência, da pobreza, do analfabetismo, da precarização do trabalho, da inexistência de habitações em condições dignas de moradia e condições de saúde, entre outras formas que vão reduzindo as possibilidades de equidade social na sociedade contemporânea.

Nesse aspecto, o entrevistado EA aponta que “o Estado tem que estar presente nessa questão da educação da saúde...”, fator que é condizente com o referenciado na Lei nº 8.080, de 1990, cujo Artigo 1º afirma que a saúde “é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”. Conforme a Lei nº 8.080, o Estado tem como responsabilidade a formulação e a execução de políticas econômicas e sociais para a redução de agravos à saúde e de doenças, mas salienta a responsabilidade de cada pessoa e da família no cuidado com a saúde (BRASIL, 1990).

No que tange à Educação, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) (BRASIL, 1996), em seu Artigo 2º, dispõe que a educação é “dever da família e do Estado, inspirada nos princípios de liberdade e nos ideais de solidariedade humana, tem por finalidade o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho”. A LDBEN sofreu diferentes reformulações nos últimos anos; entretanto, a educação como dever do Estado permanece inalterada com as devidas atribuições dos diferentes níveis de governo (União, Estados e o Distrito Federal e Municípios).

O acesso aos bens e serviços essenciais, como saúde e educação, foram elementos citados pelos docentes, mas também não claramente compreendidos como determinantes das condições de saúde favoráveis. Todos os docentes tiveram acesso à educação em momentos distintos, em escolas privadas e públicas, vivenciado diferentes realidades. A Educação,

enquanto um bem essencial, é um fator que implica na saúde, tanto do ponto de vista biomédico, no que tange à prevenção de doenças especificamente, quanto do ponto de vista biopsicossocial, que fundamenta a aquisição de educação formal e informal como forma de compreensão e interpretação do mundo, tornando os seres humanos menos alienados e cientes de sua posição e importância no contexto de sociedade em que vive.

A educação é um fator primordial para o combate à desigualdade social, especialmente no Brasil, o que justifica a necessidade de criação de políticas públicas que favoreçam a redução dessas desigualdades (MENEZES FILHO; KIRSCHBAUM, 2015). Para além disso, a educação é tida como uma forma de emancipação humana, condição fundamental para a transformação social (FREIRE, 2016). Essa concepção de educação para a transformação social está intimamente relacionada à concepção de saúde como bem fundamental, a partir de sua compreensão ampla. Desse modo, para adquirir condições de saúde mais favoráveis para a longevidade e qualidade de vida, propósito da ciência, é preciso investir na educação, tanto do ponto de vista formal, quanto informal.

Os elementos apontados até então são condizentes com o conceito de saúde ampliado, que considera os determinantes sociais como fatores influentes na saúde. Observou-se que, nas diferentes fases da vida dos docentes, esses fatores surgem como importantes para a determinação das características individuais no seu desenvolvimento. O docente EA relata que veio de uma família que vivia em condições de dificuldades, que marcaram sua infância, pois teve de buscar formas de subsistência para alcançar condições de vida mais favoráveis. Este docente deixa clara a importância do trabalho⁴³ para a qualidade de vida, mesmo não reconhecendo o trabalho como um determinante social de saúde (DSS).

Sobre os diferentes contextos sociais em que as pessoas vivem e o quanto isso impacta na percepção das pessoas, especialmente das crianças, principalmente quando esses ambientes

⁴³ O trabalho é entendido por Marx (1988) como o dispêndio de força física do homem no sentido fisiológico ou voltada a um fim, visando transformar a natureza e garantir a própria subsistência, ou seja, Marx coloca o trabalho como centro das atividades humanas. Assim, o trabalho é composto por vários elementos, que balizam a constituição do ser social, o qual engloba a concepção e execução das atividades, os instrumentos e meios utilizados para a sua realização, sendo um princípio educativo que se constrói ao longo da vivência. Fischer e Tiriba (2009, p. 293) compreendem que o trabalho se constitui como um elemento central na formação humana, por meio da mediação entre os seres humanos e a natureza. Tolfo e Piccinini (2007) tratam do trabalho como fator preponderante na constituição do ser social, ofertando sentido à existência individual e social para as pessoas e sua construção de identidade e subjetividade, enquanto meio de produção de vida e subsistência. Vale, contudo, diferenciar a concepção de trabalho e emprego, uma vez que, entre os entrevistados, a concepção que permeia suas atitudes é de trabalho, e não a de emprego. O emprego é entendido como uma fonte de renda, na qual há uma relação contratual e direitos e deveres entre empregador e empregado, que consiste apenas na venda da força de trabalho, não sendo entendido como um espaço de criação. O trabalho, por sua vez, é entendido como um dos determinantes de saúde. Assim, condições que favoreçam um ambiente com baixos níveis de estresse, ambientes salubres, tarefas sem ou com baixa carga, são importantes para garantir a saúde do trabalhador.

ocorrem em contextos culturais diferentes, refletindo na percepção sobre a vida humana (BRONFENBRENNER, 1996), o entrevistado EB conta que a mudança de escola privada para a pública na sua infância foi um fator importante para o seu desenvolvimento.

[...] eu via que tinha colega que passava frio, que ia de chinelo na aula, passava frio, eu percebia, foi um choque de realidade, uma outra vivência, uma escola que não era toda pintadinha e tal, tinha reboco caindo, mas acho que foi bom pro meu aprendizado, de conviver com essas diferenças, conviver com outras realidades, conhecer outras pessoas né, eu estava na quarta série mas eu tinha colegas que tinham o dobro da minha idade...diferente, outra realidade (EB).

Entre os entrevistados, a maior parte realizou sua escolarização em escolas públicas (48%); entretanto, o valor de “p” não demonstrou relação entre o tipo de escola e as concepções sobre deficiência. Esse fato pode ser justificado pelo alto nível de escolarização dos participantes. O fato de estudar em escolas públicas possibilita uma vivência com a diversidade social que implica no desenvolvimento humano e, ao longo da vida, transforma-se devido à ampliação de experiências das pessoas.

Na análise dos dados quantitativos, que representam uma parcela maior dos docentes da IES, foi questionado se os conceitos de saúde e de deficiência se articulam, e 30,9% não concordam nem discordam com a afirmação. Essa informação pode refletir dois aspectos principais: que não havia sido realizada essa articulação pelos professores ou que, dependendo da situação em que a pessoa se encontra, eles podem estar articulados.

No que se refere às concepções de deficiência, as questões do instrumento *online* foram estruturadas com base na concepção de deficiência relacionada à doença, a partir do modelo biomédico de saúde (ver seção 2), justamente para identificar a tendência de respostas positivas ou negativas para essa concepção. Inicialmente, foi verificado se existe associação entre os sexos e as concepções sobre deficiência, a partir das perguntas que delimitavam essas concepções (ver Quadro 5). Foi identificada associação com algumas variáveis (Tabela 7).

Tabela 7 – Sexo dos respondentes e concepções sobre deficiência.

(continua)

Escala Likert	S04Q04		S04Q12		S04Q14		S04Q16	
	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.
Discordo plenamente	1,2	0,0	35,8	9,9	2,5	4,9	2,5	2,5
Discordo parcialmente	1,2	3,7	18,5	14,8	1,2	4,9	0,0	3,7
Não concordo nem discordo	4,9	3,7	8,6	6,2	3,7	7,4	3,7	8,6

Tabela 7 – Sexo dos respondentes e concepções sobre deficiência.

(conclusão)

Concordo parcialmente	21,0	16,0	1,2	3,7	28,4	9,9	21,0	9,9
Concordo plenamente	37,0	11,1	1,2	0,0	29,6	7,4	38,3	9,9
Total	65,4%	34,6%	65,4%	34,6%	65,4%	34,6%	65,4%	34,6%
Valor de p		,140		,108		,004		,004
Teste U		,034		,029		,001		,001

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

A partir desses dados, pode-se perceber que houve associação entre as variáveis “considero que minha cultura influencia minhas concepções sobre a deficiência e a saúde” (S04Q14) e “as deficiências podem ser parte ou uma expressão de uma condição de saúde, mas não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo deve ser considerado doente” (S04Q16). Assim, pode-se afirmar que, entre as mulheres, a concepção sobre essas duas variáveis é considerada concordante. Além disso, o Teste U permitiu verificar que, entre homens e mulheres, há uma diferença significativa entre as médias de respostas.

Desse modo, para as mulheres, as experiências com pessoas com deficiência bem como a cultura influenciam as concepções sobre saúde e deficiência. Sobre esse aspecto, 35,8% discordam plenamente de que pessoas com deficiência deveriam estudar em universidades especiais (S04Q12), que pudessem atender a todas as suas necessidades. Da mesma maneira, 38,3% concordam plenamente que as deficiências podem ser parte ou uma expressão de uma condição de saúde, mas não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo deve ser considerado doente (S04Q16). Sobre a última afirmação, é interessante observar a diferença entre homens e mulheres: houve mais variação de respostas entre os homens, do que entre as mulheres, apresentam respostas mais semelhantes.

Dessa forma, os docentes foram instigados a concordar ou discordar da afirmação “as deficiências podem ser parte ou uma expressão de uma condição de saúde, mas não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo deve ser considerado doente”, com a qual 48,1% concordam totalmente, ou seja, estar na condição de pessoa com deficiência não significa que a pessoa esteja doente. Shipper e Witzel (2015, p. 309) chamam a atenção para a patologização da deficiência, que pode “carregar um sentido de inadaptção, gerando expectativas negativas através de classificações marginalizantes, que mantém a segregação e os padrões de inadaptção”. Tendo isso em vista, dedica-se especial importância à necessidade de desvincular a deficiência da doença ou de um problema de saúde.

Os professores foram perguntados ainda sobre a afirmação “as deficiências cobrem um campo mais vasto que as perturbações ou as doenças, por exemplo, a perda de uma perna é uma deficiência de uma estrutura do corpo, mas não é uma perturbação ou uma doença”, com a qual 42% dos respondentes concordam totalmente. Vale mencionar que essa relação entre deficiência e problema de saúde somente será estabelecida quando, em decorrência da condição de deficiência, existir a presença da doença, como nos casos de usuários de cadeira de rodas que desenvolvem úlceras de decúbito, doenças do aparelho genitourinário, nos casos especialmente de utilização de sondas vesicais, condições de saúde em que algumas deficiências predis põem ao surgimento de doença.

Entretanto, os respondentes também foram questionados sobre a afirmação “as deficiências são incapacidades do corpo passíveis de tratamento, para restauração das capacidades corporais”, com a qual 25,9% concordaram parcialmente, apresentando uma tendência à contradição nas respostas. Essa tendência pode ser explicada pelo tipo de instrumento de pesquisa. Nos questionários com questões fechadas, não há a possibilidade de discorrer sobre a temática; assim, essa concepção pode ser tendenciosa, o que é diferente nas entrevistas. Desse modo, essa contradição pode ser explicada justamente pelas nuances que podem ser percebidas nas entrelinhas do discurso.

Sobre a concepção de deficiência dos professores por centro, o Teste Qui-quadrado não mostrou associação entre as variáveis, exceto para a afirmação “as deficiências podem ser parte ou uma expressão de uma condição de saúde, mas não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo deve ser considerado doente” ($p < 0,00$), com a qual os docentes do CCS e CCSH concordam totalmente, os professores do CT concordam parcial ou totalmente, e os que não responderam o centro nem concordam nem discordam (Quadro 7). Portanto, há associação entre os centros e as respostas a concepção de deficiência. O CCS desvincula deficiência de doença.

Quadro 7 – Concepção de deficiência além da doença e centros pesquisados.

	Escala Likert	CCS	CCSH	CT	Não respondeu
As deficiências podem ser parte ou uma expressão de uma condição de saúde, mas não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo deve ser considerado doente (S04Q16).	Discordo plenamente	4,9	0,0	0,0	0,0
	Discordo parcialmente	0,0	0,0	3,7	0,0
	Não concordo nem discordo	0,0	3,7	2,5	6,2
	Concordo parcialmente	11,1	12,3	4,9	2,5
	Concordo plenamente	25,9	17,3	4,9	0,0
	Total		42,0%	33,3%	16,0%
	Valor de “p”				,000

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Na comparação entre as médias dos professores dos centros com as concepções sobre deficiência, houve diferença para as variáveis S04Q15, “considero que as experiências que vivi durante a infância influenciam as concepções sobre deficiência e saúde” (,048) e “as deficiências podem ser parte ou uma expressão de uma condição de saúde, mas não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo deve ser considerado doente” (,004). Isto é, quanto a esses aspectos, os docentes de cada centro têm uma concepção diferente, que varia entre o concordo totalmente ou concordo parcialmente com a afirmação (Tabela 8).

Tabela 8 – Centros de ensino e concepção de deficiência.

Escala Likert	S04Q15				S04Q16			
	CCS	CCSH	CT	Não respondeu	CCS	CCSH	CT	Não respondeu
Discordo plenamente	6,2	2,5	4,9	0,0	4,9	0,0	0,0	0,0
Discordo parcialmente	7,4	1,2	1,2	0,0	0,0	0,0	3,7	0,0
Não concordo nem discordo	7,4	3,7	2,5	4,9	0,0	3,7	2,5	6,2
Concordo parcialmente	13,6	12,3	4,9	1,2	11,1	12,3	4,9	2,5
Concordo plenamente	7,4	13,6	2,5	2,5	25,9	17,3	4,9	0,0
Total	42,0%	33,3%	16,0%	8,6%	42,0%	33,3%	16,0%	8,6%
Teste de Kruskal Wallis	,048				,004			

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Sobre a relação entre o microsistema e as concepções de deficiência, o estado civil demonstrou associação entre as concepções; já o fato de ter filhos, contar com o trabalho de empregadas domésticas e manter amizades com colegas de trabalho não foram associados pelo o Teste Qui-quadrado (Quadro 8). Desse modo, entende-se que ser casado interfere nas concepções sobre deficiência no que se refere às variáveis S04Q09, S04Q12, S04Q13, S04Q16.

Quadro 8 – Microssistema e concepções sobre deficiência.

Concepções sobre deficiência	Escala Likert	Estado civil			
		Casado (a)	Solteiro (a)	Divorciado (a)	Viúvo (a)
S04Q09 - Deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda.	Discordo plenamente	1,2	4,9	0,0	0,0
	Discordo parcialmente	3,7	1,2	0,0	1,2
	Não concordo nem discordo	12,3	3,7	2,5	1,2
	Concordo parcialmente	32,1	12,3	2,5	0,0
	Concordo plenamente	7,4	9,9	3,7	0,0
	Total	56,8%	32,1%	8,6%	2,5%
	Valor de “p”	041			
S04Q12 - As pessoas com deficiência deveriam estudar em universidades especiais, que pudessem atender a todas as suas necessidades.	Discordo plenamente	21,0	21,0	3,7	0,0
	Discordo parcialmente	23,5	6,2	1,2	2,5
	Não concordo nem discordo	7,4	4,9	2,5	0,0
	Concordo parcialmente	4,9	0,0	0,0	0,0
	Concordo plenamente	0,0	0,0	1,2	0,0
	Total	56,8%	32,1%	8,6%	2,5%
	Valor de “p”	016			
S04Q13 - As pessoas com deficiência são aquelas que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas	Discordo plenamente	1,2	2,5	1,2	1,2
	Discordo parcialmente	2,5	2,5	1,2	1,2
	Não concordo nem discordo	9,9	6,2	1,2	0,0
	Concordo parcialmente	23,5	4,9	1,2	0,0
	Concordo plenamente	19,8	16,0	3,7	0,0
	Total	56,8%	32,1%	8,6%	2,5%
	Valor de “p”	044			
S04Q16 - As deficiências podem ser parte ou uma expressão de uma condição de saúde, mas não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo deve ser considerado doente.	Discordo plenamente	2,5	1,2	0,0	1,2
	Discordo parcialmente	1,2	1,2	0,0	1,2
	Não concordo nem discordo	11,1	1,2	0,0	0,0
	Concordo parcialmente	16,0	12,3	2,5	0,0
	Concordo plenamente	25,9	16,0	6,2	0,0
	Total	56,8%	32,1%	8,6%	2,5%
	Valor de “p”	005			

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A concepção sobre deficiência, para alguns docentes entrevistados, perpassa os padrões de normalidade amplamente discutidos na literatura e presentes na sociedade. Esse fato pode ser observado na fala de EE, “deficiência é quando você tem alguma coisa, que te torna diferente do comum não é, então tu tem alguma alteração que não é o anatômico que nasceu ou adquiriu, algo diferente das outras pessoas”, bem como na percepção de EB, “é quando tu tem uma limitação em relação ao que é o normal [...]”. Essa concepção perpassa o conceito

tratado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF, 2004), que tem como base o estado médico aceito como normal do corpo e de suas funções.

Essa relação com a CIF foi estabelecida pela afirmação “Deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda”, com a qual 46,9% concordam parcialmente. Importa referir que a maior parte dos participantes da pesquisa é da área da Saúde, o que poderia explicar essa tendência, haja vista que a CIF é um documento amplamente utilizado nesta área e pouco conhecido pelas demais.

Para a CIF (2004), as deficiências são as alterações nas funções e estruturas do corpo. Entretanto, esse documento deixa clara a interferência do ambiente para a delimitação da incapacidade⁴⁴ e da funcionalidade⁴⁵. Assim, apesar de tratar de uma concepção a partir de padrões, a CIF entende o ambiente como facilitador ou dificultador para a funcionalidade das pessoas.

Além dessa associação, foi verificado se haveria relação entre a convivência frequente com pais, irmãos, amigos e colegas de trabalho, componentes de mesossistema dos professores. As respostas dos docentes, em geral, mostraram semelhança nas concepções, independentemente desta convivência, sem, contudo, apresentar associação pelo valor de “p”. No Quadro 9 são apresentados exemplos dessas variações de respostas.

Quadro 9 – Exemplos para as associações entre a convivência e as variáveis sobre as concepções sobre deficiência.

(continua)

Pergunta	Escala Likert	Semanalmente	Quinzenalmente	Mensalmente	Semestralmente	Anualmente	Valor de “p”
As deficiências podem ser parte ou uma expressão de uma condição de saúde, mas não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo deve ser considerado doente.	Quanto tempo você se encontra na presença de seus pais para conversas longas						
	Discordo plenamente	2,5	0,0	1,2	0,0	1,2	
	Discordo parcialmente	0,0	0,0	1,2	1,2	1,2	
	Não concordo nem discordo	4,9	1,2	2,5	2,5	1,2	
	Concordo parcialmente	6,2	6,2	7,4	8,6	2,5	

⁴⁴ “Incapacidade é um termo genérico (‘chapéu’) para deficiências, limitações da actividade e restrições na participação. Ele indica os aspectos negativos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus factores contextuais (ambientais e pessoais)” (UNESCO, 2004, p. 186).

⁴⁵ “Funcionalidade é um termo genérico (‘chapéu’) para as funções do corpo, estruturas do corpo, actividades e participação. Ele indica os aspectos positivos da interacção entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus factores contextuais (ambientais e pessoais)” (UNESCO, 2004, p. 186).

Quadro 3 – Exemplos para as associações entre a convivência e as variáveis sobre as concepções sobre deficiência.

(conclusão)

Pergunta	Escala Likert	Semanalmente	Quinzenalmente	Mensalmente	Semestralmente	Anualmente	Valor de "p"	
As deficiências cobrem um campo mais vasto que as perturbações ou as doenças, por exemplo, a perda de uma perna é uma deficiência de uma estrutura do corpo, mas não é uma perturbação ou uma doença.	Concordo plenamente	16,0	6,2	11,1	9,9	4,9	,930	
	Quanto tempo você se encontra na presença de seus irmãos para conversas longas							
	Discordo plenamente	0,0	0,0	2,5	0,0	1,2		
	Discordo parcialmente	0,0	1,2	2,5	1,2	0,0		
	Não concordo nem discordo	1,2	0,0	3,7	3,7	9,9		
	Concordo parcialmente	2,5	1,2	3,7	7,4	8,6		
	Concordo plenamente	1,2	3,7	2,5	13,6	12,3		,420
As deficiências são incapacidades do corpo passíveis de tratamento, para restauração das capacidades corporais.	Quanto tempo você se encontra na presença de seus amigos para conversas longas							
	Discordo plenamente	1,2	3,7	7,4	3,7	0,0		
	Discordo parcialmente	11,1	4,9	3,7	2,5	0,0		
	Não concordo nem discordo	3,7	7,4	6,2	3,7	1,2		
	Concordo parcialmente	8,6	7,4	7,4	2,5	0,0		
	Concordo plenamente	6,2	1,2	3,7	1,2	1,2	,458	
Deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda.	Você mantém relações de amizade com seus colegas de trabalho? ⁴⁶							
	Discordo plenamente	1,2	1,2	1,2	2,5	0,0		
	Discordo parcialmente	1,2	3,7	0,0	1,2	0,0		
	Não concordo nem discordo	1,2	3,7	1,2	12,3	1,2		
	Concordo parcialmente	3,7	21,0	0,0	18,5	3,7		
	Concordo plenamente	4,9	8,6	1,2	6,2	0,0	,382	

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

⁴⁶ Para a última pergunta, a associação da escala Likert foi feita a partir das respostas: 1- com todos eles, 2- com a maior parte deles, 3- com nenhum deles, 4- com a menor parte deles, 5- indiferente.

Todavia, as entrevistas possibilitam observar aspectos mais subjetivos, impossíveis de serem verificados pelas perguntas fechadas. Essa concepção pode ser observada na fala de alguns professores entrevistados. Na percepção de EF, as atividades que cada pessoa quer ou necessita desempenhar pode resultar em deficiências.

[...] é um conceito também difícil por outras razões não é... talvez características físicas ou mentais que impeçam o desempenho de determinadas tarefas e então eu acho que a diferença precisa ser vista como focal... então a deficiência...é algum tipo de impedimento físico ou psicológico, mental, filosófico que impeça alguém de desempenhar tarefas específicas, mas eu acho que alguém vivo não é deficiente pra tudo e, também alguém vivo não é habilitado pra tudo [...].

Além disso, a fala de EA também traz essa percepção sobre as dificuldades para atividades específicas, como pode ser observado no fragmento a seguir.

*Dependendo da deficiência é muito amplo, tem vários tipos de deficiência, muitas vezes a gente pode ter deficiência de relacionamento (risos), não é só isso, não é só deficiência física, de mobilidade, de audição, ele é bem amplo, tem vários tipos de deficiência é bem amplo...mas a deficiência nesse sentido que se pôs é aquela dificuldade de realizar alguma atividade que exige um acompanhamento ou pelo menos alguns objetos ou utensílios e outras coisas que facilitam, para que ele possa seguir uma vida, conseguir seguir uma vida **normal** para ele, não sei, acho que mais ou menos isso [...] [grifo nosso].*

Essa fala traz uma certa banalização da deficiência, que precisa ser observada, principalmente considerando que, entre esses discursos, produz-se uma exclusão que pode estar velada, uma vez que, na prática, reproduz-se o contrário. A concepção de EA também aponta para o padrão de normalidade. Contudo, deixa claro o conceito de deficiência atribuído pela CIF, que considera deficiência como “problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda”, que podem ser temporários ou permanentes; progressivos, regressivos ou estáveis; intermitentes ou contínuos (CIF, 2004, p. 15).

A afirmação “Deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda” está associada à compreensão de deficiência com base na CIF. As entrevistas possibilitaram ampliar a compreensão para além da concepção de deficiência de maneira objetiva, conforme preconiza a CIF em relação à temática. O entrevistado EB associa a deficiência com as barreiras presentes na sociedade, demonstrando uma certa contradição na concepção que baseia sua observação em padrões de normalidade, em que qualquer alteração corporal, permanente ou temporária, pode resultar em deficiência. Tal fato pode ser observado na fala de EB: “[...] com relação à deficiência, pode ser uma

dificuldade de subir uma escada, por exemplo, eu acho que a deficiência vem muito de algo que vai te impor um limite, de fazer algo que talvez as estruturas não estejam preparadas pra isso [...]”.

Quanto a esse aspecto, o entrevistado EE também apresenta a concepção de alteração nas funções e estruturas do corpo, tomando como exemplo as alterações de acuidade visual, como “[...] alguma coisa de visão que corrige com óculos [...]”. A deficiência visual, porém, é considerada quando há uma perda total ou parcial, congênita ou adquirida, da visão, sendo que o nível de acuidade visual pode variar. Isso vai determinar dois grupos de deficiência, os considerados cegos, cuja acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica, e os com baixa visão, cuja acuidade visual varia entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica ou nos casos em que a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°, ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores (BRASIL, 2004).

Pode-se observar que a deficiência, para os docentes entrevistados, está atrelada às diferentes dificuldades em áreas ou tarefas específicas, como pode ser observado na fala de EC: *“deficiência é algo que uma pessoa precisa de um esforço maior para fazer uma atividade específica [...]”*. Essa concepção se vincula às dificuldades encontradas para a execução das atividades e deixa claro que existe uma possibilidade de execução, sem restrição para quaisquer deficiências, mas que essas pessoas vão necessitar de maior dispêndio de energia física especialmente para a execução.

Além disso, as falas *“qualquer um pode ter uma deficiência”* (ED) e *“[...] todos nós temos algum nível de deficiência e como eu digo eu me considero um aleijado pra jogar basquete, eu não conseguiria, mas pra outras coisas não [...]”* (EF) colocam as pessoas com deficiência, que têm uma história marcada pela exclusão social, no mesmo patamar que as demais. Considerar que cada pessoa pode ter uma deficiência, num sentido literal, implica na criação de políticas públicas que possam suprir as necessidades da população que realmente necessita de mudança de concepções e de uma abordagem direcionada a suprir suas necessidades, numa sociedade que não foi estruturada para as receber. Essa argumentação dos docentes ED e EF é reconhecida pela CIF como uma limitação de participação, como elemento relacionado à funcionalidade e não à deficiência nas estruturas do corpo humano. *“Por exemplo, se uma pessoa tem uma limitação na funcionalidade relacionada com a sua deslocação, não se justifica pressupor que ela tenha uma deficiência das funções do movimento”* (OMS, 2004, p. 198), uma vez que ela pode ser funcional.

A fala de EF permite pensar que o docente busca tratar os demais com igualdade, evidenciando que a deficiência, a qual, nesse caso citado pelo docente, não seria considerada como uma deficiência, mas como algo que necessita ser entendido como parte da vida humana, uma vez que a sociedade impõe as dificuldades para realizar determinadas tarefas. Talvez a expressão “você pode fazer tudo o que quiser”, amplamente difundida entre os adeptos da inclusão total, tenha sido interpretada de maneira literal, mas, efetivamente, na sociedade, nem as pessoas consideradas “normais” podem fazer tudo o que quiserem. Entretanto, ao se analisar os processos históricos que permeiam essas concepções, é necessário garantir a igualdade de oportunidades, para que as pessoas possam fazer tudo o que quiserem, dentro das suas possibilidades. A esse respeito, Pieczowski (2014) aponta que é preciso analisar se efetivamente ingressar no Ensino Superior não seria racionalizar o desejo de consumir um curso superior, numa perspectiva neoliberal, mas que efetivamente não garante empregabilidade e êxito profissional. Portanto, fazer tudo o que quiser precisa ser possível numa perspectiva inclusiva – porém, o que está em jogo é qual a definição de “fazer o que quiser”.

Outro fato que merece ser mencionado são as associações de conceitos para explicar a deficiência. O entrevistado EA, ao ser questionado sobre a concepção de deficiência, referiu que, depois de um acidente, um familiar ficou com mobilidade reduzida, usando cadeira de rodas. Segundo a Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015), mobilidade reduzida é uma dificuldade de movimentação, permanente ou temporária, que gera redução efetiva da mobilidade, da flexibilidade, da coordenação motora ou da percepção, incluindo pessoas idosas, gestantes, lactantes, com criança de colo e obesas (BRASIL, 2015). Assim, uma pessoa pode ter sofrido um acidente e ficar temporariamente com a mobilidade reduzida, ou até mesmo permanentemente, caracterizando-se como uma deficiência.

Entretanto, segundo a mesma legislação, as pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo (BRASIL, 2015), ou seja, somente são consideradas pessoas com deficiência aquelas que têm alterações de longo prazo. Entre os participantes do questionário, essa foi a opção que melhor definiu o conceito de pessoas com deficiência (39,5%). Na relação entre possuir experiência acadêmica com pessoas com deficiência e o conceito de pessoas com deficiência atribuído, observou-se que os docentes com experiência concordam totalmente e os sem experiência nem concordam nem discordam (8,6%) ou concordam totalmente (8,6%) com a afirmação (Quadro 10). Foi considerado que não houve diferença entre as respostas (,265).

Quadro 10 – Conceito de deficiência prevalente entre os participantes.

Pergunta	Escala Likert	Com Exp.	Sem Exp.	Total
As pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas	Discordo plenamente	3,7	2,5	6,2
	Discordo parcialmente	3,7	3,7	7,4
	Não concordo nem discordo	8,6	8,6	17,3
	Concordo parcialmente	22,2	7,4	29,6
	Concordo plenamente	30,9	8,6	39,5
Total		69,1	30,9	100,0%
Valor de p				,265

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Sobre esse entendimento conceitual, as respostas foram cruzadas com a convivência com os mesossistemas, e os resultados para os diferentes grupos foram parecidos, concordando parcial ou totalmente com a afirmação, porém o valor de “p” (Teste Qui-quadrado) não demonstrou associação entre as respostas. Esse conceito tem sido utilizado para designar as pessoas com deficiência no Brasil (BRASIL, 2015; BRIDI; BAPTISTA, 2014; MACIEL; ANACHE, 2017), sendo, portanto, o mais adequado e entendido como “politicamente correto”. Esse questionamento, de maneira objetiva, entretanto, favorece uma tendência à resposta adequada, o que pode não representar o que os professores realmente pensam sobre esse conceito, como pode ser percebido nas entrevistas.

Entretanto, na análise geral das concepções sobre deficiência, a afirmação “considero que não sou influenciado pelas minhas relações interpessoais na opinião sobre a saúde e a deficiência” (S04Q28) esteve associada às relações de amizade com colegas de trabalho, ou seja, há uma relação entre a concepção de deficiência e o fator de ser influenciado pela opinião dos outros, neste caso, as amizades com colegas de trabalho (Tabela 9).

Tabela 9 – Concepções sobre deficiência e convivência dos participantes.

(continua)

Escala Likert	S04Q19					S04Q28				
	Todos	Maior parte	Nenhum	Menor parte	Indif.	Todos	Maior parte	Nenhum	Menor parte	Indif.
Discordo plenamente	0,0	1,2	1,2	2,5	0,0	1,2	2,5	2,5	1,2	1,2
Discordo parcialmente	0,0	4,9	0,0	0,0	0,0	2,5	11,1	0,0	6,2	1,2
Não concordo nem discordo	0,0	8,6	1,2	11,1	1,2	2,5	2,5	0,0	17,3	0,0

Tabela 9 – Concepções sobre deficiência e convivência dos participantes.

(conclusão)

Escala Likert	S04Q19					S04Q28				
	Todos	Maior parte	Nenh um	Menor parte	Indif.	Todos	Maior parte	Nenhum	Menor parte	Indif.
Concordo parcialmente	2,5	12,3	0,0	8,6	2,5	4,9	9,9	0,0	9,9	2,5
Concordo plenamente	9,9	11,1	1,2	18,5	1,2	1,2	12,3	1,2	6,2	0,0
Total	12,3	38,3	3,7	40,7	4,9	12,3	38,3	3,7	40,7	4,9
Valor de p					,120					,006
Kruskal Wallis					0,50					,638

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

A Tabela 9 também possibilita verificar que, entre as relações de amizade, há diferença na afirmação “as deficiências cobrem um campo mais vasto que as perturbações ou as doenças, por exemplo, a perda de uma perna é uma deficiência de uma estrutura do corpo, mas não é uma perturbação ou uma doença”. Contudo os níveis de amizade com colegas de trabalho apresentam concepções parecidas (concordantes), exceto para aqueles que não mantêm relações de amizade com nenhum colega de trabalho.

Contudo, ainda há discordância entre os conceitos, como pode ser observado na fala do entrevistado EF sobre o conceito de deficiência e as dificuldades de aprendizagem. O entrevistado EF relata o caso de um estudante com diagnóstico de hiperatividade que teve dificuldades no processo de aprendizagem, que, segundo ele, “*talvez seja uma deficiência também, que impede a pessoa de aprender como gostaria [...]*” (EF).

As dificuldades de aprendizagem envolvem os processos e as estratégias utilizadas para aprender e não podem ser confundidas com transtornos de aprendizagem ou alterações no processamento das informações, como no caso da dislexia e da discalculalia. Uma pessoa pode ter dificuldades na criação das estratégias que favoreçam a sua aprendizagem ou um transtorno de aprendizagem. O transtorno específico de aprendizagem, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) (2014, p. 32),

[...] é diagnosticado diante de déficits específicos na capacidade individual para perceber ou processar informações com eficiência e precisão. Esse transtorno do neurodesenvolvimento manifesta-se, inicialmente, durante os anos de escolaridade formal, caracterizando-se por dificuldades persistentes e prejudiciais nas habilidades básicas acadêmicas de leitura, escrita e/ou matemática [...]. O transtorno específico da aprendizagem pode ocorrer em pessoas identificadas como apresentando altas

habilidades intelectuais e manifestar-se apenas quando as demandas de aprendizagem ou procedimentos de avaliação (p. ex., testes cronometrados) impõem barreiras que não podem ser vencidas pela inteligência inata ou por estratégias compensatórias. Para todas as pessoas, o transtorno específico da aprendizagem pode acarretar prejuízos duradouros em atividades que dependam das habilidades, inclusive no desempenho profissional.

A concepção sobre a deficiência e seu conceito, para o entrevistado EF, vem sendo modificada ao longo dos anos em virtude das transformações sociais e das legislações e resulta, muitas vezes, em confusões quanto à nomenclatura recomendada:

[...] eu acho também que socialmente a maneira de ver deficiência evoluiu ao longo do tempo [...], no sentido de uma obrigação moral que se criou e reflete em aspectos legais também, porque leis são escritas e aprovadas para isso, no sentido de minimizar os efeitos de qualquer deficiência que alguém tenha permitido que essa pessoa possa desempenhar plenamente em alguma coisa que ela escolha como profissão (EF).

Também o entrevistado ED aborda o assunto:

[...] então eu sempre fiquei pensando, hoje em dia que você tem que ser politicamente correto, eu sempre tenho muita dúvida, “que termo eu uso?” - principalmente quando eu estou falando com os alunos, mas deficiência tu pode quebrar uma perna e ficar com uma deficiência, só que eu nunca entendo, por que vai mudando a legislação e eu nunca sei o termo mais correto para usar... (ED).

As colocações dos docentes evidenciam a presença do paradigma da inclusão vigente. Pieczkowski (2014) demonstra que os docentes assumem como compromisso, em parceria com o Estado, tornar a sociedade melhor, por isso se posicionam favoravelmente às políticas de inclusão, como parte de sua tarefa de educador. Por esse motivo, buscam a melhor forma de conduzir sua prática, como confirmou ED.

Além disso, as falas, especialmente a de EF, ofertam margem para pensar que o conceito atribuído à pessoa com deficiência, não implica, para os docentes, nas suas concepções ou em mudança de atitudes frente à pessoa com deficiência. Para EF, o problema que envolve os processos inclusivos não está restrito à terminologia, mas estende-se também às ações frente a essas pessoas.

[...] a pessoa não é deficiente, pensa só, ele pode fazer tanta coisa, ele é portador de uma necessidade especial, não ele é um paciente portador de necessidade especial, uma pessoa especial, não é deficiente é especial, mas é o mesmo aleijado, depois eu percebi que ele não é um paciente é especial, ele é portador de necessidades especiais, então eu vejo isso, eu não sei se estou certo ou estou errado, é só uma observação pessoal minha, como a gente lê muito também começa a observar as palavras (EF).

Essa fala deixa evidente que, apesar da mudança terminológica empregada pelas políticas públicas, o estigma de uma história marcada pela segregação e exclusão social ainda perdura nas concepções. Portanto, considerar essa história é um fator importante para reconhecer a necessidade de estabelecimento claro dos conceitos, para a conquista de direitos e igualdade na sociedade. O entrevistado EF faz uma reflexão interessante sobre o conceito, referindo-se implicitamente aos aspectos históricos que envolvem a pessoa com deficiência, tema amplamente discutidos na seção 2, com base, principalmente, em Januzzi (2004) e Lobo (2015). Para o docente, a percepção das características físicas ou mentais das pessoas com deficiência, ainda impregnada na sociedade, implica na necessidade de mudanças de nomenclatura, na tentativa de mudar concepções e percepções. Tal fato pode ser observado no fragmento a seguir.

*[...] a feiura de uma deficiência cola na palavra e a gente fica usando a palavra e a palavra se associa ao aspecto negativo da deficiência, aí chega um momento, em algum momento de iniciativa coletiva, para mudar ou tratar melhor as pessoas com deficiência, daí muda a palavra, vamos tirar a palavra suja e colocar a palavra limpa e daí a palavra também vai ficando suja com o tempo e trocam de novo, **por que o problema não está na palavra, está no fato de que alguém que apresenta deficiência é desagradável**, gera pena ou gera chacota dos menos respeitosos, causa desconforto a deficiência, então se adota palavras cada vez mais piedosas para tirar a palavra ofensiva e colocar uma palavra nova no lugar, mas não é a palavra que é feia [...] (EF).*

A compreensão da deficiência também pode ser lida nas entrelinhas, como uma forma de expressão que, analisando-se a história das pessoas com deficiência a partir das colocações de Lobo (2015), ainda reproduz a exclusão nas expressões usadas atualmente. Essas falas ofertam subsídios para analisar essa concepção enraizada em processos históricos, que são, muitas vezes, inerentes às práticas e às ações, sem que se perceba. Na fala do entrevistado EB, as expressões utilizadas para descrever sua própria condição ofertam subsídios para essa a reflexão.

*[...] eu tenho problema de coluna [...] no início do processo sim, por que eu me sentia um **monstro aleijado** [...] eu tive que ir num ortopedista meio na marra, por que eu não aceitava que **eu era torto** [...], tenho assimetria torácica...isso é uma coisa que está muito bem trabalhada na minha vida, por que antigamente era a primeira coisa que eu iria falar era sobre isso [...] isso foi uma coisa que me afetava muito sabe, eu tinha vergonha disso [...] eu sou uma pessoa inteira torta [...] (grifo nosso).*

As expressões utilizadas demonstram a presença da história, mas não definem as ações nesse caso, uma vez que o entrevistado tem uma vivência pessoal com pessoas com deficiência, além de ter se mostrado receptivo à diversidade de estudantes com deficiência presentes na

universidade. Ademais, a fala de EB demonstra uma avaliação no sentido de mudança de pensamento e percepção de sua própria condição, como refere “*isso vai passando pela aceitação do corpo [...] outra coisa eu sou toda **torto** mas eu não dou mais bola pra isso, [...] mas isso não está me afetando pra fazer as coisas que eu quero, não é um problema de saúde grave que está me afetando, mas é um problema de saúde...*”, evidenciando que essa experiência provocou o seu desenvolvimento da.

O desagrado em relação à deficiência ou às alterações físicas, observado pelo entrevistado EF, também foi observado nas falas de EB e ED: “[...] *a gente não está preparado ainda, todo mundo, por que, às vezes, tu olha **com pena**, às vezes, tu te põe no lugar, ou ao contrário, às vezes, tu faz tudo pra parecer que tá normal e também não fica muito*” (ED, grifo nosso). Essa frase remete aos processos históricos, amplamente discutidos na seção 2 (subseções 2.1.3 e 2.1.2), que trazem a questão da caridade, colocando as pessoas com deficiência como indivíduos dignos de pena, de modo que os “normais” possam suprir as necessidades dessas pessoas, sendo solidários e compassivos.

Esse fragmento e as próprias tendências para a compreensão da deficiência ainda estão permeados por uma história de exclusão e segregação, pois, mesmo de maneira inconsciente, essa história ainda está impregnada na fala e nas atitudes de muitas pessoas. Entretanto, os dados da pesquisa quantitativa refutam essa afirmação, uma vez que a maior parte dos participantes (48,1%) concordam totalmente que as deficiências podem ser parte ou uma expressão de uma condição de saúde (S04Q16), mas não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo deve ser considerado doente (Tabela 7).

O entrevistado ED trata das percepções nas diferentes fases do ciclo vital, afirmando que a diferença não é perceptível pela criança, em um primeiro momento, com negatividade; entretanto, a criança observa tudo o que é diferente ao seu redor. Nesse trecho, ED fato ocorrido entre ele, seu filho e um profissional transexual, também parte de uma população excluída da sociedade, assim como as pessoas com deficiência: “[...] *no primeiro momento eles não olham com maldade, assim: olho por que é diferente! tudo que é diferente chama a atenção da criança por que é diferente, eles vão perguntar*”. A frase deixa evidente que, com o passar do tempo, essa percepção pode mudar, considerando o contexto social em que a pessoa vive, revelando que os fatores ambientais são preponderantes no desenvolvimento e nas concepções. Essa observação também pode ser elucidada na história contada por ED (grifo nosso):

*[...] eu me lembro que o Filho⁴⁷ era pequeno e eu ia em um salão de cabeleireiro e tinha um cara transexual, mas como ele me atendia, era maquiador e coisas assim, as crianças não viam muito ele assim... Mas um dia esse cara veio conversar comigo... e o cara de unha grande, de miniblusa e coisa assim, e aí ele só ficou olhando, quando a gente terminou de falar, ele perguntou: ele é menino ou menina, mãe? A gente tinha saído eu falei: ele é um menino, mas ele gostaria de ser uma menina, aí ele falou deve ser difícil, não é mãe, e eu falei: muito... ficou muito impressionado e passou a semana inteira me perguntando, aí eu tentava explicar do melhor jeito possível, e um dia ele falou: mas ele deve sofrer não é mãe? e eu respondi: **não sei depende com quem ele convive**, mas provavelmente sim.*

A concepção sobre deficiência sofre as influências do ambiente no qual as pessoas convivem, neste caso, a IES, e das experiências pelas quais passam. O grupo entrevistado mostrou-se bastante receptivo às pessoas com deficiência, apesar de as concepções representarem muitas percepções engendradas na sociedade, como o padrão de normalidade e o modelo biomédico de percepção da deficiência, que parece estar sendo modificado, conforme se nota pelas contradições percebidas nas falas quando abordado o conceito de deficiência.

Entre os respondentes do questionário, a maior parte teve experiência docente com estudantes com deficiência na Educação Superior (69%), fato condizente com a caracterização da IES, que tem o registro de matrícula de pessoas com deficiência há pelo menos dez anos. A média de tempo de prática docente foi de 14,95 anos ($\pm 10,04$), fator que também justifica essa elevada porcentagem. Ter ou não experiências anteriores com pessoas com deficiência pode interferir na concepção sobre o tema, mas interfere especialmente na maneira com que os docentes lidam com estas pessoas. Esse argumento é firmado uma vez que, entre os participantes do questionário, a maior parte (48,1%) considerou que as experiências com pessoas com deficiência influenciam na sua concepção sobre deficiência e saúde, como também elucidado pelo Quadro 6. Entre esses, 37% das mulheres concordam totalmente e 16% dos homens concordam parcialmente. Esse fato foi confirmado pelo Teste não paramétrico de Mann-Whitney de amostras independentes ($U=0,034$), apontando que há diferença entre as concepções entre os sexos. De maneira geral, sem especificar as diferenças entre homens e mulheres⁴⁸, Bronfenbrenner (2011) sugere, em referência à ecologia social do desenvolvimento, que a conduta de todos os participantes de um sistema é afetada e afeta os demais sistemas sociais nos quais as pessoas convivem.

Além disso, conforme refere EF, “[...] a deficiência gera uma inferioridade no meio social e essa inferioridade normalmente gera preocupação coletiva pra uma abordagem humanizada da deficiência, mas acho que sobretudo no conceito de inclusão [...]”. Desse

⁴⁷ Nome alterado para preservar a identidade do entrevistado.

⁴⁸ Aqui se refere ao sexo biológico e não ao gênero.

modo, repensar coletivamente a deficiência, enquanto conceito em evolução, e o envolvimento das pessoas com deficiência de maneira direta nessas reflexões poderia auxiliar na compreensão da deficiência. Para tanto, os processos inclusivos, especialmente na Educação Superior, garantidos em legislação, mas em processo de estruturação, constante e contínua, podem favorecer essas mudanças de concepções.

Por fim, vale refletir sobre uma observação realizada pelo entrevistado EF, na qual ele questiona a modificação dos conceitos que vem ocorrendo ao longo dos anos, conforme tratado na seção 2. O entrevistado EF afirma: “[...] *o que nós queremos com a palavra, não é a palavra que gera problema [...]*”. Sinalizar para uma mudança conceitual, apesar de necessário, não é resolutivo; afinal, o que pode mudar as concepções das pessoas são as relações que elas estabelecem com a diferença e, principalmente, o respeito que têm pelo ser humano, enquanto premissa fundamental da convivência em sociedade. Investir em políticas públicas não é suficiente, embora elas contribuam para as mudanças de concepção, se não houver por detrás uma valorização da educação formal e informal com a premissa do respeito à diversidade social e condições de vida mais dignas e igualitárias para todas as pessoas.

Os sistemas bioecológicos dos participantes são constituídos de maneira similar. Entretanto, nesta pesquisa, não foi possível estabelecer relações entre os respondentes do questionário e as relações interpessoais, exceto quando da presença do estudante com deficiência em sala de aula, com o qual forma um microssistema que afeta e é afetado. Esse fato, nas entrevistas, foi percebido de maneira diferente, considerando as características das pessoas com as quais os docentes convivem. A mídia e a cultura, pertencentes ao exossistema, parecem ser os fatores que mais interferem nas concepções dos docentes sobre saúde e deficiência.

Ademais, as concepções dos participantes do questionário online e das entrevistas foram diferentes. A partir do questionário *online*, observou-se que há uma tendência a desvincular a concepção de saúde da concepção de doença, o que não foi verificado entre os entrevistados; pelo contrário, verificou-se a vinculação. Essa constatação leva a refletir sobre os tipos de instrumentos utilizados (entrevistas e questionário *online*), dado o nível de complexidade e a amplitude do conceito de saúde. Sobre a concepção de deficiência, ao contrário do que se propunha inicialmente, há uma tendência para a sua compreensão, deflagrada a partir dos movimentos da inclusão.

4.3 INCLUSÃO NA EDUCAÇÃO SUPERIOR

A educação, na atualidade, tem uma tarefa fundamental no desenvolvimento das pessoas e da sociedade, cujo objetivo é desenvolver um ensino para formar pessoas competentes para o mercado de trabalho, mas, sobretudo, para formar pessoas pensantes e ativas. Há, portanto, a necessidade de formar cidadãos críticos e reflexivos, voltados para uma educação que os emancipe e possibilite a transformação social. Com base nesse argumento, essa subseção busca apresentar os diferentes elementos contidos nos processos inclusivos na Educação Superior e refletir sobre eles, no contexto da IES, a qual se preocupa com a inclusão nas suas diferentes faces. A presente subseção engloba aspectos da aprendizagem, do apoio pedagógico e da prática pedagógica docente para a inclusão. Apresentam-se, então, os códigos atribuídos para análise dos questionários *online*, como forma de facilitar a compreensão das informações apresentadas ao longo do texto (Quadro 11).

Quadro 11 – Codificação das perguntas sobre inclusão.

Código	Pergunta
S04Q01	A inclusão é o ato de incluir pessoas em todas as atividades.
S04Q02	Considero que a inclusão é uma utopia.
S04Q03	Considero que minha prática pedagógica está coerente com os pressupostos da inclusão educacional.
S04Q12	As pessoas com deficiência deveriam estudar em universidades especiais, que pudessem atender a todas as suas necessidades.
S04Q17	Considero que a mídia influencia minhas opiniões sobre a inclusão.
S04Q22	Considero que sou uma pessoa aberta à diversidade.
S04Q25	Não tenho dificuldade de ministrar aulas para estudantes com deficiência
S04Q26	Considero que ofereço todos os recursos possíveis para garantir igualdade de oportunidades aos estudantes com deficiência.
S04Q27	Considero que a universidade oferece as condições adequadas para a inclusão de pessoas com deficiência.

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A Tabela 10 apresenta a frequência de respostas às perguntas do questionário que estavam vinculadas à concepção sobre inclusão. Sua discussão é realizada ao longo desta subseção, buscando unir os elementos das entrevistas.

Tabela 10 – Concepção dos docentes sobre inclusão.

Escola Likert	S04Q01	S04Q02	S04Q03	S04Q12	S04Q17	S04Q22	S04Q25	S04Q26	S04Q27
Discordo plenamente	7,4	44,4	2,5	45,7	30,9	2,5	11,1	9,9	12,3
Discordo parcialmente	2,5	25,9	13,6	33,3	23,5	3,7	32,1	19,8	45,7
Não concordo nem discordo	2,5	14,8	35,8	14,8	11,1	3,7	25,9	33,3	21,0
Concordo parcialmente	38,3	11,1	34,6	4,9	27,2	30,9	23,5	24,7	17,3
Concordo plenamente	49,4	3,7	13,6	1,2	7,4	59,3	7,4	12,3	3,7

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Com o objetivo de analisar as interações do microsistema para a concepção de inclusão (Tabela 10), foi realizada a verificação da associação entre as concepções de inclusão e o estado civil, possuir filhos, ter auxílio nas tarefas domésticas e manter relações de amizade com colegas de trabalho. O valor de “p” não apresentou associação entre essas variáveis, exceto para a influência da mídia nas opiniões sobre inclusão e estado civil casado ($p < 0,008$). Assim, os docentes casados entendem que há influência da mídia nas concepções sobre inclusão. Além disso, o valor de “p” não demonstrou associação entre as concepções de inclusão e o encontro com pais, irmãos e amigos, como microsistema dos docentes, bem como não houve associação nas concepções de inclusão entre os professores dos três centros pesquisados (CCS, CCSH e CT).

Os conceitos de deficiência e NEEs são diferentes, justificando o cruzamento entre as respostas dos docentes que responderam ter experiência com estudantes com deficiência com aquelas dos que disseram não ter experiência com estudantes com NEEs. O valor de “p” não demonstrou associação entre as respostas dos professores ($p < 0,023$). Assim, não há um entendimento das diferenças conceituais.

O conceito de inclusão educacional (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA, 1990, 1994) adotado pela legislação brasileira e utilizado como base para os diferentes documentos legais brasileiros (BRASIL, 2008, 2015, 2016) está presente nos diferentes níveis de ensino, porém recebe interpretações variadas, considerando principalmente as dificuldades encontradas no processo de inclusão das pessoas com deficiência. Os docentes respondentes do instrumento *online* foram instigados a responder duas afirmações sobre as concepções de inclusão. A primeira trata da afirmação

“considero que a inclusão é uma utopia”, com a qual a maior parte dos docentes discorda plenamente (44,4%), e apenas 3,7% concorda totalmente.

Diversos autores têm discutido a inclusão, a partir da percepção do processo inclusivo vinculado à exclusão, entendendo que a inclusão só ocorre a partir de processos de exclusão, isto é, uma não anda sem a outra (KAUFFMANN; HALLAHANN, 2012; POSSA; NAUJORKS; RIOS, 2012; LOPES; FABRIS, 2013). Segundo Lopes e Fabris (2013, p. 105), “é preciso entender que a inclusão e a exclusão se alimentam e convivem em situações de trocas recíprocas, pois uma depende da outra para existir e para cambiar posições”. Assim, incluir, numa sociedade cada vez mais desigual, ofertando acesso sem as devidas condições de e para aprendizagem pode estar servindo, muitas vezes, aos interesses do mercado. Portanto, para muitos autores, como Kauffmann e Hallahann (2012), Possa, Naujorks e Rios (2012) e Lopes e Fabris (2013), a inclusão é tratada como uma utopia.

No entanto, essa tendência a afirmar que a inclusão é adequada vai ao encontro do mesmo argumento sobre as concepções de deficiência “politicamente correta”, explorada na subseção anterior. Para os entrevistados, o conceito de inclusão é considerado amplo, não estando restrito às pessoas com deficiência. De acordo com EE, “*a inclusão é colocar essas pessoas com deficiência, alteração especial, diferente, dentro da sociedade*”, reconhecendo que elas são excluídas da sociedade por não possuírem as características consideradas normais e aceitas, considerando uma estrutura que não foi criada para atender a essa população. Essa concepção é também mencionada pelo entrevistado EC, “*sinto que a inclusão, às vezes, é algo, uma colocação forçada, entende uma colocação adequada, pra mim inclusão parece que eu estou incluindo algo forçado dentro de um ambiente que não está preparado para essa inclusão [...]*”. Sobre esse mesmo aspecto, EF refere que “*querer incluir a qualquer custo vira mentira, entende, não podemos ir para outro extremo [...]*”.

No estudo de Antunes et al. (2013, p. 147), onde os docentes foram entrevistados, os autores concluíram, no que tange à conceituação da inclusão, que ela parece “reger-se pela igualdade de oportunidades e ensino diferenciado, permitindo-nos antecipar o princípio da não discriminação e a consciência de que a inclusão implica que a instituição se reestruture e proceda às alterações necessárias para receber e formar o aluno”.

Nesse aspecto, os docentes foram questionados sobre a afirmação “a inclusão é o ato de incluir pessoas em todas as atividades”, com a qual a maioria (49,4%) concorda totalmente. Incluir, portanto, seria, organizar os locais para que todas as pessoas pudessem realizar as atividades que sentem vontade ou necessidade. Contudo, considerando a frase anterior do

entrevistado EF, que vem ao encontro desse argumento, incluir é um ato impossível na sociedade do modo como está organizada.

Na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), um estudo demonstrou que existe uma resistência em relação aos processos inclusivos por parte de docentes, sugerindo a necessidade de uma mudança cultural para efetivar a inclusão (SANTOS; LIMA; ALMEIDA, 2018). Kauffmann e Hallahan (2012) tratam da inclusão total como uma ilusão, na medida em que a sociedade não está organizada de modo adequado para o paradigma da inclusão, mesmo frente às diferentes mudanças que tem ocorrido. O estudo de Santos, Lima e Almeida (2018) deixa evidente que ainda existem processos excludentes, por isso talvez pensar na inclusão total seja uma ilusão.

Para o entrevistado EB, a inclusão é “*tentar fazer com que estes limites sejam os menores possíveis, eu acho que a inclusão vai muito nesse sentido*”. Esse fragmento pode ser interpretado a partir de uma concepção de deficiência enredada pela percepção dos limites e dificuldades. Para o entrevistado, “[...] *a deficiência tem muito disso, da exclusão, tem muito a ver com isso, de não ver o outro de não saber conviver com o outro [...]*” (EB).

Esse aspecto é amplamente discutido na literatura, que sugere um olhar direcionado para as possibilidades, e não para as dificuldades. Nessa mesma linha, o entrevistado EF (grifo nosso) afirma que:

*[...] trabalhar com inclusão, ou levar no dia a dia como ponto de vista a prática da inclusão é significa **ajudar o deficiente a ter menos sofrimento e menos limitações geradas pela sua deficiência, que o deficiente consiga ter a vida mais próxima da pessoa que não tem aquela deficiência, que ele encontre melhorias dos passeios públicos, nos elevadores [...]**.*

Esse fragmento também remete à visão de solidariedade direcionada à pessoa com deficiência, vista como uma pessoa que sofre. Tal percepção tem sua origem na maneira com que as pessoas com deficiência eram tratadas pela caridade, em especial pela Igreja (LOBO, 2015), conforme discutido na seção 2. Essa percepção de caridade ainda se reproduz, mesmo passados séculos. Da mesma maneira, há uma tendência de as pessoas com deficiência despertarem sentimento de solidariedade, que nem sempre são bem recebidos, uma vez que eles podem ser entendidos como caridade (DANTAS, 2018).

Os docentes entrevistados apresentaram elementos de sua história e situações vivenciadas que podem ser caracterizados como influentes nas concepções estabelecidas, de acordo com os pressupostos da TBDH. Quanto à sua formação, a maior parte dos docentes participantes do questionário *online* (48%) estudaram durante todo o período de Educação

Básica em instituições públicas. As escolas públicas possibilitam a vivência com as refrações da questão social, como a pobreza, a falta de alimentação adequada e o desemprego das famílias, sensibilizando para um novo olhar frente à diversidade, como pode ser observado tanto na fala de EE, quanto na de EA

Talvez seja isso, sempre convivi com todo tipo de gente, talvez não deficiente, mas as pessoas são diferentes entre si, mesmo tendo deficiência, não são características que elas têm diferentes, são personalidades diferentes, umas são tímidas, outras são mais extrovertidas, outras mais reservadas [...] (EE).

[...] passei frio na minha vida e eu conto isso para os meus alunos nesse contexto, eu entendo que eles podem conseguir tudo na vida, por que acho que quando a gente tem dificuldade a gente pega, quando pega as oportunidades, agarra com mais força, e eu vejo isso na relação com os alunos, eu vejo que parece aqueles mais humildes são os que mais se agarram, pessoal do interior que ainda tem aquelas raízes, aquelas coisas, eles são mais dedicados, então principalmente a inclusão social, não só na universidade, não só aqui, mas a inclusão é um idealismo, um sonho que um dia a humanidade possa ter maior distribuição de renda, que estas pessoas possam ser incluídas, que possam frequentar os mesmos ambientes que a gente frequenta, que tenham acesso à saúde, à educação boa, de qualidade, eu vejo também tirar as crianças da pobreza, da marginalidade, então são várias coisas, que influenciam (EA).

A fala de EA traz uma contradição que é de origem social, uma vez que afirma que “eles” (as pessoas com deficiência) podem conseguir tudo na vida, desde que sejam ofertadas oportunidades para tanto. O entrevistado deixa explícita uma observação que implica diretamente nos processos inclusivos, que é a necessidade de melhor distribuição de renda em países como o Brasil e a redução das desigualdades sociais.

Segundo Arretche (2015), a redução dessas desigualdades, que ocorreram no Brasil nos últimos 50 anos, é decorrente tanto do processo democrático de organização social, quanto da criação de políticas públicas que resultam em melhor acesso das pessoas aos diversos setores da sociedade. Entre essas políticas públicas, estão aquelas voltadas para a inclusão educacional, que não são exclusivas do Brasil.

Para o entrevistado ED, a inclusão é um direito que deve ser garantido para todos. Contudo, refere se sentir preocupado com os rumos que ela tem tomado, frente às diferentes deficiências dentro do contexto de sociedade anteriormente mencionado. Para ilustrar essa preocupação, o entrevistado faz um relato de uma situação de uma estudante com deficiência auditiva,

*[...] às vezes eu acho que tinha que ter uma orientação melhor, por que, dependendo da deficiência, a área não, não sei se eu não estou sendo um pouco preconceituosa, mas, por exemplo, a gente tem uma aluna que ela é **surda e muda**, aí eu fico preocupado assim, tudo bem ela pode ter um público diferenciado, mas como que ela*

vai ser uma arquiteta? Ela tem uma doença degenerativa e ela vai ficar cega...me dá um nervoso, por que eu sei que para ela é uma realização pessoal, mas depois como é que vai ser? Então, às vezes, eu fico pensando que se ela fizesse alguma coisa que depois ela pudesse trabalhar com as mãos, uma fisioterapia uma coisa assim que tem mais contato, mas daí parece que é excludente sabe, por que ela faz o que tem vontade, então eu fico pensando nisso, por que acho legal todo mundo ter direito de fazer um curso, mas tem que pensar diferente do que é para os outros alunos, que vai ser uma forma de ganhar a vida, pra ela nem sempre vai ser, muito mais uma realização pessoal. Então eu acho que quando eu começo a entender isso, eu fico muito mais tranquila de pensar no futuro... (grifo nosso).

Esse fragmento faz refletir sobre dois aspectos principais. O primeiro refere-se à inclusão como paradigma vigente e à possibilidade ilustrada por ele de transitar por quaisquer espaços e fazer aquilo que cada um tem vontade. O segundo trata da preocupação do docente com a formação e o futuro dos seus estudantes. Sobre a inclusão como paradigma vigente, os entrevistados EC, ED, EE, EF entendem a necessidade de uma reflexão, por parte dos estudantes, sobre as possibilidades que sua deficiência oferta, assim como das demais pessoas, que não se sentem capacitadas intelectual e fisicamente para desempenhar determinadas funções. A função do docente é a de mediador, tendo como objetivos a aprendizagem em sala de aula, especificamente, e a oferta de subsídios para a reflexão sobre aspectos da vida profissional do estudante, para sua formação humana (IMBERNÓN, 2010; FREIRE, 2016). Tardif (2017), ao abordar sobre os saberes do professor (Quadro 2), apresenta a estrutura de formação do docente, que envolve elementos das diversas fases da vida, como guias para exercer sua prática, não como “super-heróis”, que terão capacidade sobrenatural de resolver todas as angústias de seus alunos, mas como orientadores.

A preocupação com a formação dos estudantes natural para os docentes, uma vez que a formação é, essencialmente, a sua tarefa, colocando-o como importante agente de mudança (FREIRE, 2016; TARDIF, 2017). Contudo, não é possível colocar somente sobre o professor a responsabilidade sobre as orientações, pois cabe também à família ofertar o suporte necessário para a tomada de decisão dos jovens (SCHMITT, 2016), dentro de suas possibilidades.

Além disso, o ingresso no Ensino Superior vai exigir do estudante um posicionamento mais autônomo, responsável e ativo na sua própria aprendizagem. O estudo de Dantas (2018, p. 535) demonstrou que o ingresso nesse nível de ensino proporciona a “formação de sujeitos autoadvogados e empoderados, seja pelas barreiras que precisam enfrentar diariamente para permanecer na universidade, seja pela obtenção de conhecimento e fortalecimento da convivência com os pares”.

Sobre a preocupação com a formação dos estudantes, como objetivo da profissão de professor, o entrevistado EF faz a seguinte reflexão:

[...] é muito sério, você forma um médico, um dentista, um fisioterapeuta incapacitado por que você ficou com pena dele, aí ele vai fazer coisas piores, então a gente tem que fazer com que eles atinjam o conhecimento mínimo e habilidades psicomotoras mínimas para desempenhar com aquele diploma que ele tem na mão, dentro disso, eles demoram um pouco mais para fazer o curso, eles reprovam mais, mas é com ajuda deles próprios [...].

Essa fala apresenta elementos que remetem à caridade e que se reproduzem no discurso não só de muitos dos docentes pesquisados, mas também de outros docentes (DANTAS, 2018), além de evidenciarem a mudança de concepção e a preocupação em relação à aprendizagem dos estudantes.

[...] porque eu noto que, na Medicina especificamente, eles têm muita dificuldade sabe, eu não sei se é porque precisa de uma pontuação mais baixa para entrar, em relação aos outros é um curso que exige muito, talvez eles não estejam preparados para isso, eu não sei se todos os alunos vão ser que nem o “A”⁴⁹, de persistir, se rodar continuar, a gente vê o aluno que não tem de deficiência desiste também pelas dificuldades que o curso impõe [...]. (EE).

Além disso, Dantas (2018, p. 536), atenta para o fato de que universidade deve funcionar:

[...] como um lugar em que a aprendizagem envolva processos culturais, modos diferentes de elaboração, de modo a reverter valores como medo, pena, proteção exacerbada, submissão e outros mecanismos sociais que não favorecem o empoderamento e a autoadvocacia de pessoas com deficiência.

A fala de EE, no entanto, além de demonstrar a preocupação com o processo de formação, apresenta outro aspecto importante, que envolve as dificuldades que muitos estudantes apresentam ao chegar na Educação Superior. Essa, contudo, é uma discussão que se estende aos diferentes níveis de ensino. Há uma necessidade de qualificação da formação desde os anos iniciais, para que os estudantes ingressem no Ensino Superior com condições de aperfeiçoamento para a prática profissional, e não como analfabetos funcionais.

*Mas eu tenho uma certa preocupação por que não é todas as especialidades que ele vai poder fazer dentro da Medicina, por que ele não tem uma comunicação fácil [...] mas é uma preocupação que a gente comentou o que é que ele vai ter que repensar o que que dá para ele fazer [...] **mas ele é bem esforçado**, então, no final, foi bem gratificante dizer, agora no final, que ele tinha passado assim, todos nós ficamos muito muito felizes porque ele mudou muito com esse acompanhamento ou apoio pedagógico de um setor institucional fez toda a diferença. (EE, grifo nosso).*

⁴⁹ O nome citado foi substituído pela letra “A” para preservar a identidade dos participantes.

Além disso, EE ainda reitera que a formação é possível, mas que cada pessoa precisa reconhecer suas potencialidades e capacidades para diferentes especialidades, considerando que a organização social ainda não tem condições de acessibilidade em todos os aspectos. Todavia, entrar na universidade, para Dantas (2018), significa que a pessoa com deficiência já superou as diversas barreiras sociais e está preparada para uma formação para atuar no mercado de trabalho.

Para o entrevistado EE, a inclusão é uma estratégia para suprir as dificuldades encontradas pelas pessoas com deficiência ao longo dos anos: *“Olha eu acho que é uma coisa necessária eu acho que é para tentar suprir anos passados, nosso passado a nossa história é uma coisa necessária”* (EE). Nesse aspecto, 45,7% dos respondentes concordam que as pessoas com deficiência devem estar incluídas e frequentar os mesmos espaços que os demais em igualdade de oportunidades. Contudo, entre homens e mulheres, há uma diferença entre as respostas ($U=0,29$). Das mulheres, 35,8% discordaram totalmente e, dos homens, 14,8% discordaram parcialmente da afirmação *“as pessoas com deficiência deveriam estudar em universidades especiais, que pudessem atender a todas as suas necessidades”*. A inclusão como estratégia para ofertar condições de igualdade de oportunidades nos diferentes setores sociais é citada pelo entrevistado EB:

[...] a gente percebe que é necessária a inclusão, por que a gente percebe que, pelas dificuldades que eles já têm, eles são excluídos...há um preconceito muito forte com isso e que a universidade, embora vai buscando alternativas pra incluir estas pessoas e não fazendo com que ela seja o diferente, ou o objeto que sofre preconceito, ainda ela não tá plena no atendimento para eles, por que não chega aos professores o instrumental para atender... (atender quando as coisas aparecem).

Além disso, EB menciona as cotas como estratégias inclusivas: *“Acho que ainda tem muito a avançar, a questão das cotas abriu a porta, mas abriu a porta sem estar estruturada para receber”* (EB). A política de cotas é uma modalidade de ação afirmativa, que, segundo Ritter (2018), foi estruturada como medida reparatória, para suprir uma dívida com os grupos historicamente excluídos das universidades públicas.

Sem se delongar sobre as cotas, o que pode ser observado é uma preocupação dos docentes em relação à aprendizagem dos estudantes e à possibilidade de frustração frente às dificuldades, principalmente em cursos que exigem profunda dedicação, como pode ser observado na colocação de EE: *“mas em relação a uma cota específica, que é a cota indígena, eu estou tendo bastante problema, todos eles rodaram esse semestre, todos os nossos cotistas, e a gente não fez nada de diferente pra eles, foi avaliação igual a todo mundo”*.

Sobre a estrutura necessária para efetivar a inclusão, o Programa Incluir foi responsável por dotar as IES de recursos de acessibilidade (MACIEL; ANACHE, 2017). A IES em estudo foi beneficiada pela estruturação do Núcleo de Acessibilidade e Núcleo de Apoio à Aprendizagem (ver seção 3, subseção 3.2.3). Entretanto, o estudo realizado por Ciantelli e Leite (2016), com os coordenadores de 17 núcleos de acessibilidade de Instituições Federais de Ensino Superior (Ifes) do País, apontou para a necessidade de adequação da estrutura física, humana e técnica, a fim de garantir a remoção de barreiras para a participação dos estudantes nos diferentes espaços da universidade.

Para suprir essas necessidades, o apoio pedagógico prestado pelas IESs, por meio dos seus Núcleos de Acessibilidade ou Núcleos de Apoio à Aprendizagem, como é o caso da IES em estudo, poderia minimizar as dificuldades apresentadas pelos estudantes, sejam eles com deficiência, com dificuldades de aprendizagem ou indígenas, como apontado pelo entrevistado EE.

Os professores foram questionados sobre a afirmação “considero que a universidade oferece as condições adequadas para a inclusão de pessoas com deficiência”, com a qual a maior parte (45,7%) discorda parcialmente. Vale sinalizar que a IES em estudo é protagonista em práticas inclusivas, como apresentado na seção 2 (subseção 2.2.3). Todavia, sabe-se que, mesmo que várias pessoas possuam deficiência visual, cada uma delas tem uma necessidade específica. Desse modo, questiona-se, para um estudo próximo, se as IES um dia conseguirão suprir todas as necessidades e tornar os ambientes e as pessoas acessíveis. Estudos têm demonstrado que essa configuração aspecto, apesar do grande investimento na estruturação das IES para receber os estudantes, sejam eles com deficiência ou NEEs, está longe de ser alcançada em plenitude (FIORIN, 2018).

O estudo de Reo Pereira et al. (2016) sinalizou para a necessidade de qualificar a acessibilidade arquitetônica das instituições e, principalmente, de investir na formação e capacitação dos docentes para atuar na perspectiva da inclusão. Assim, ofertar recursos de acessibilidade não é suficiente para garantir essa inclusão, é preciso também preparar aqueles que atuam como mediadores da aprendizagem.

Frente à realidade da IES, os docentes foram questionados sobre considerar que a universidade oferece todas as condições para a inclusão de pessoas com deficiência, e a maior parte discorda parcialmente (45,7%). Essa observação corrobora os diferentes estudos que sinalizam a falta de condições de acessibilidade adequadas nas instituições (PIECZOWSKI, 2014; REO PEREIRA et al., 2016; FIORIN, 2018). Contudo, a instituição, fundada em 1960, tem feito um esforço no sentido de ofertar essas condições aos estudantes, prova disso são as

mudanças da sua estrutura física, que requerem investimento governamental e a criação de uma coordenadoria que se preocupa com as ações voltadas aos grupos socialmente desfavorecidos (pessoas com deficiência, autismo, altas habilidades/superdotação, dificuldade de aprendizagem, negros, pardos, indígenas, quilombolas, entre outros).

Nesse sentido, Reo Pereira et al. (2016) evidenciam a importância de as universidades desenvolverem ações voltadas aos serviços educacionais e à infraestrutura adequada para suprir as necessidades dos vários tipos de deficiência, além da capacitação dos docentes. Essa sugestão, apesar de importante, traz um cunho de certa maneira utópico se considerar que, apesar de um mesmo diagnóstico clínico, as pessoas têm necessidades diferentes.

Considerando o questionamento sobre a percepção em relação à inclusão educacional, os docentes ofertaram reflexões e sugestões sobre possíveis estratégias empregadas na IES para qualificar a abordagem às pessoas com deficiência. As reflexões de EA e EF colocam sobre o ser humano a responsabilidade pela mudança de atitudes e pelo respeito à diferença.

[...] mudança no olhar de quem está próximo e acho que esse conjunto grande de atitudes coletivas, de gestão pública e do indivíduo, o que visa fazer é puxar pra perto, incluir no grupo daqueles que conseguem desempenhar na vida aqueles que tem uma deficiência... (EF).

Mudança de comportamento, não vejo outra possibilidade, quanto o mundo, o ser humano não mudar não vai acontecer isso, não vai não, não adianta, quanto o egoísmo não for banido, não houver uma elevação espiritual das pessoas que enxergam dessa maneira, que não precisam, que não pode ter uma concentração de renda dessa maneira [...] isso é um estado de bem-estar social, [...] as pessoas dizem “há mas tu venceu na vida”, mas será que teve as mesmas chances, teve as mesmas oportunidades que eu? (EA).

O entrevistado EA levanta duas questões importantes. A primeira refere-se às oportunidades iguais, e a segunda, à tendência global de exigir que todos “vençam na vida”. A garantia de oportunidades iguais é uma premissa da legislação sobre a inclusão, especialmente a educacional, no Brasil (BRASIL, 2008, 2015, 2016) e no mundo (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA, 1990, 1994). Ofertar oportunidades, como já mencionado, é rever uma dívida histórica com as pessoas que, por anos, sofreram com a segregação e a exclusão social, porém, não se restringe a desenvolver políticas públicas e legislação para tal – há necessidade de uma mudança de atitudes.

Os entrevistados foram questionados sobre reconhecer como os demais colegas entendem a inclusão, e a maior parte afirmou que há um movimento coletivo nos cursos para garantir a inclusão, mas que existem dificuldades por parte dos docentes e da própria estrutura

da IES que precisam ser resolvidas. O entrevistado EF menciona que há “[...] *empenho, dedicação, ninguém está achando ruim [...]*”. O entrevistado EE afirma:

[...] Tu sabe que eu acho que tem (aceitação), por que talvez eu achasse que não tivesse, mas, na disciplina, que são sete professores, são todos totalmente abertos, tentando melhorar, nunca vi nada que falasse contra isso...mas aqui dentro eu nunca notei nada, de nenhum colega de trabalho, todos muito envolvidos, querendo ajudar... tanto que a gente fazia reunião a cada 15 dias e o nome dele sempre era citado para a gente tentar melhorar de alguma maneira, estava muito em cima assim dos alunos, então me surpreendi positivamente nesse sentido, nunca vi nada que falasse contra a querer em que ele se inteirasse e melhorar, sabe [...].

Estabelecer relações de confiança e momentos de trocas sobre as dificuldades de maneira solidária e participativa, com a construção de colegiados pode ser uma forma potente de garantir saúde ocupacional (SAMPAIO; CALDAS; CATRIB, 2015) para os docentes e viabilizar práticas mais inclusivas. A esse respeito, segue a fala de EB:

Em algumas reuniões, a gente fala sobre isso, que a gente precisaria incluir mais, um dia uma professora disse que tentou fazer essa inclusão, mas refere que também tem o outro lado, que os professores também têm dificuldade de contemplar todas diferenças... É importante, é relevante, mas de fato não é numa aula que se resolve, já pensaram em montar uma disciplina específica sobre a acessibilidade de material gráfico, mas quem iria ministrar uma vez que ninguém tem essa formação? (EB).

Todavia, apesar dessa afirmativa no que se refere à atenção dada aos processos inclusivos, o entrevistado EB, ao fazer um relato sobre sua experiência com estudantes com deficiência, ainda quando ocorreram as primeiras iniciativas em relação à inclusão, expressa: “*eu lembro de alguns professores falando ‘aí na minha turma tem um menino surdo e eu não sei o que eu faço’*”. EB deixa nas entrelinhas que, no início, nem todos estavam receptivos à proposta. Contudo, as legislações e resoluções internas da IES têm possibilitado o ingresso dessa população, e, apesar de muitos docentes não concordarem com a inclusão como está estruturada, não podem negar ou se omitir frente à realidade de sala de aula.

O entrevistado ED levanta a questão do preconceito e do medo de não saber como agir frente ao estudante.

Olha, eu acho que, como todos os lugares, sempre tem alguém que tem certo preconceito, mas não é nenhum tipo preconceito de achar que a inclusão não é válida, eu acho que fica meio impotente quem for fazer para atender os alunos, eu acho que é um certo medo de ficar impotente frente àquele aluno, não é um medo, não é não querer que isso aconteça sabe pois é não saber como reagir. Eu acho que isso é um problema assim que, às vezes, não sabe bem como tu vai tratar a situação, então, a princípio, mas não seja como é que tu não se sente confortável, mas a vida não é só confortável, não é [...].

Os argumentos apresentados até então levam a crer que há uma necessidade latente de investir na educação formal desde a infância para a mudança de concepção em relação à inclusão das pessoas com deficiência. Esse argumento, inclusive, é citado pelo entrevistado ED, ao afirmar que a criança é mais receptiva à diferença e que não apresenta preconceitos, os quais se estruturam a partir dos exemplos dos adultos com os quais convive e da própria sociedade. A tentativa de aprender a lidar com a diferença no Brasil foi deflagrada principalmente pela Política de Educação Especial, incluindo na escola regular as pessoas com deficiência.

Contudo, ao considerar a TBDH, que permeia essa discussão e traz argumentos para o desenvolvimento a partir das influências ambientais, verifica-se, também, a necessidade de mudança nos meios de comunicação, nos governantes, nos professores, nos pais e em todos aqueles que interagem com os diferentes sistemas ecológicos, para que exista efetivamente essa possibilidade de mudança de concepção.

A inclusão na Educação Superior, segundo Pieczowski (2014, p. 182), parece estar sendo “romanceada, naturalizada, mascarada, ambivalente, cujas fragilidades e impossibilidades estão silenciadas”, para se estruturar em um paradigma que não abre possibilidades para discordar.

4.3.1 Prática pedagógica inclusiva na Educação Superior

Uma prática pedagógica inclusiva exige a abertura para a diversidade, além de aceitar o desafio de rever suas práticas de forma a ofertar os subsídios para a aprendizagem dos estudantes e dos próprios professores. Sobre essa diversidade, os professores respondentes do questionário online foram convidados a responder sobre a afirmação “Considero que sou uma pessoa aberta à diversidade”, com a qual a maior parte (59,3%) concordou totalmente. A diversidade que se encontra nas IES traz uma exigência ao docente que assume o papel de educador e promotor de transformações sociais (PIMENTA; ANASTASIOU, 2014; TARDIF, 2017).

Sobre essa prática pedagógica, o argumento amplamente discutido na literatura pelos pesquisadores que se dedicam a trabalhar na perspectiva da formação de docentes para a Educação Inclusiva sobre a falta de preparo para atuar com estudantes com deficiência (FREITAS; PAVÃO, 2012; PLETSCH; LEITE, 2017; CHRISTMANN; PAVÃO, 2018) surgiu, nesta pesquisa, como um dos principais assuntos para a dificuldade em trabalhar nesse paradigma, como foi observado nas falas de alguns entrevistados. A esse respeito, EA afirma: “[...] pedagogicamente eu não fui preparado pra nada disso, então e agora, vamos ver, vamos

lá, não sabia de ferramentas e nada [...]”, ED diz: “[...] a gente não está preparado ainda”, e EE, “Na verdade é bem difícil, eu acho que eu não fui preparado pra isso”. Esses argumentos vão ao encontro das colocações sobre a prática pedagógica discutidas na subseção 3.2.4 do referencial teórico.

Essa tendência generalizada de afirmar que os docentes não foram preparados para atender aos estudantes com deficiência (FREITAS; PAVÃO, 2012; MACIEL; ANACHE, 2017; CIANTELLI; LEITE, 2017) já se tornou exaustiva, na medida em que o fato é conhecido, mas efetivamente parece não estar havendo uma procura para que essa demanda seja cumprida. Todavia, Pletsch e Leite (2017) apontam para uma tendência positiva nas práticas e concepções docentes para atender a esse público.

O entrevistado EF, por sua vez, menciona que se sente preparado, buscando informações de acordo com o surgimento da necessidade, ou seja, não há uma tendência de aperfeiçoamento para atuar com esse público, mas sim uma ação imediata na medida em que a dificuldade surge, demonstrando sua disposição para tal.

Eu sinceramente não estava capacitado, agora talvez mais ou menos, mas, dependendo da deficiência, eu acho que é um desafio que foi uma coisa que me trouxe, não é incômodo, mas por ser um desafio isso é uma coisa diferente e me trouxe um pouco de receio sim, pensando no aluno, por mim o que que eu posso fazer melhor para este aluno, como é que eu tenho que tratar, porque ele tem que ser incluído, tem que ser igual a todo mundo, que adaptações são essas? eu não sabia que ele tinha que ficar uma hora mais na prova, até que o setor institucional disse que tinha, que ele tinha direito a uma hora mais, ou talvez ele tenha feito diferença para ele também, então são orientações que eu não tinha e que eu acho e, quando o setor institucional começou acompanhar esse aluno e passar as informações para nós, mudou totalmente a nossa abordagem e para ele com certeza, foi visível a mudança dele. Então, talvez eu não sei se é o aluno que tem que procurar eles, eu não sei, para eles nos proporcionarem as orientações ou se é a gente que procura. Então, eu acho que faltou um pouco dessa relação antes, talvez ele não tivesse perdido o primeiro semestre (EE).

Sobre esse aperfeiçoamento, não foi questionado se os docentes buscam formação para a Educação Inclusiva, mas se fazem cursos de atualização ao longo da carreira. A maioria afirmou que realiza anualmente (47%), outros que não realizam (22%) ou que realizam a cada três anos (21%). Entre os entrevistados, duas pessoas já fizeram cursos de cunho inclusivo, voltados às necessidades de atuação técnica dentro da própria instituição ou de projetos de pesquisa e extensão. A profissão de professor exige constante aperfeiçoamento frente às inovações tecnológicas, além dos desafios que o trabalho com pessoas em desenvolvimento impõe (TARDIF, 2017).

Ciantelli e Leite (2017) sugerem a utilização de cursos de capacitação *online* para facilitar o acesso dos docentes à qualificação. Além disso, indicam a importância de disponibilizar, para a comunidade acadêmica, por meio dos Núcleos de Acessibilidade, ações de sensibilização, informação e conhecimento para a remoção de barreiras, bem como alterações no regimento interno e no plano pedagógico institucional. No caso da IES em estudo, essas ações são desenvolvidas por meio de cursos de aperfeiçoamento e extensão, palestras, apoio pedagógico aos estudantes e aos docentes por meio do setor institucional Caed, cujo objetivo é a efetivação da inclusão, ofertando apoio pedagógico e social à comunidade acadêmica, ou seja, oferecendo, dentro de um contexto inclusivo, diferentes processos que podem perpassar a vida dos docentes e auxiliá-los na sua prática pedagógica. Os argumentos dos professores demonstram a importância da Caed como interlocutora dos processos inclusivos na IES.

Enquanto paradigma vigente, ser favorável à inclusão é estar “politicamente correto”. Os professores foram convidados a pensar sobre a afirmação “as pessoas com deficiência deveriam estudar em universidades especiais, que pudessem atender a todas as suas necessidades”, com a qual a maior parte (45,7%) discorda totalmente. Entre os professores que tiveram experiência com estudantes com deficiência, essa tendência se mantém; entretanto, não foram significativos entre os que não tiveram experiência (valor de $p > 0,531$).

A fim de explorar a experiência com pessoas com deficiência e as concepções sobre inclusão, foi realizado o cruzamento entre as variáveis (Tabela 10). O que se pode observar é uma tendência semelhante nas respostas entre os dois grupos. Apenas quanto à afirmação “considero que minha prática pedagógica está coerente com os pressupostos da inclusão educacional” houve associação, ou seja, os que tiveram experiência (28,4%) têm uma leitura evidente sobre sua prática pedagógica a partir dos pressupostos da inclusão. Ainda quanto à mesma afirmação, observa-se que houve diferença significativa entre as respostas dos que têm experiência e dos que não a têm (Tabela 10).

Tabela 10 – Experiência e concepções sobre inclusão.

(continua)

Pergunta	Escala Likert	Com exp. (S00Q01)	Sem exp. (S00Q01)
A inclusão é o ato de incluir pessoas em todas as atividades (S04Q01).	Discordo plenamente	3,7	3,7
	Discordo parcialmente	1,2	1,
	Não concordo nem discordo	2,5	0,0
	Concordo parcialmente	25,9	12,3
	Concordo plenamente	35,8	13,6

Tabela 10 – Experiência e concepções sobre inclusão.

Pergunta	Escala Likert	(conclusão)	
		Com exp. (S00Q01)	Sem exp. (S00Q01)
Valor de p			,644
Teste U			,247
Considero que a inclusão é uma utopia (S04Q02).	Discordo plenamente	28,4	16,0
	Discordo parcialmente	18,5	7,4
	Não concordo nem discordo	11,1	3,7
	Concordo parcialmente	7,4	3,7
	Concordo plenamente	3,7	0,0
Valor de p			,722
Teste U			,329
Considero que minha prática pedagógica está coerente com os pressupostos da inclusão educacional (S04Q03).	Discordo plenamente	0,0	2,5
	Discordo parcialmente	7,4	6,2
	Não concordo nem discordo	19,8	16,0
	Concordo parcialmente	28,4	6,2
	Concordo plenamente	13,6	0,0
Valor de p			,004
Teste U			,000
As pessoas com deficiência deveriam estudar em universidades especiais que pudessem atender as suas necessidades (S04Q12).	Discordo plenamente	32,1	13,6
	Discordo parcialmente	23,5	9,9
	Não concordo nem discordo	11,1	3,7
	Concordo parcialmente	2,5	2,5
	Concordo plenamente	0,0	1,2
Valor de p			,531
Teste U			,648
Considero que a mídia influencia minhas opiniões sobre a inclusão (S04Q17).	Discordo plenamente	21,0	9,9
	Discordo parcialmente	19,8	3,7
	Não concordo nem discordo	7,4	3,7
	Concordo parcialmente	18,5	8,6
	Concordo plenamente	2,5	4,9
Valor de p			,225
Teste U			,308
Considero que sou uma pessoa aberta à diversidade (S04Q22).	Discordo plenamente	1,2	1,2
	Discordo parcialmente	2,5	1,2
	Não concordo nem discordo	2,5	1,2
	Concordo parcialmente	23,5	7,4
	Concordo plenamente	39,5	19,8
Valor de p			,902
Teste U			,695
Considero que ofereço todos os recursos possíveis para garantir igualdade de oportunidades aos estudantes com deficiência (S04Q26).	Discordo plenamente	4,9	4,9
	Discordo parcialmente	14,8	4,9
	Não concordo nem discordo	18,5	14,8
	Concordo parcialmente	19,8	4,9
	Concordo plenamente	11,1	1,2
Valor de p			,130
Teste U			,086
Considero que a universidade oferece as condições adequadas para a inclusão de pessoas com deficiência (S04Q27).	Discordo plenamente	8,6	3,7
	Discordo parcialmente	30,9	14,8
	Não concordo nem discordo	12,3	8,6
	Concordo parcialmente	13,	3,7
	Concordo plenamente	3,7	0,0
Valor de p			,589
Teste U			,568

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

A respeito da experiência de ter contato com pessoas com deficiência, EA relata: “*muda bastante depois de ter o contato, até tu ter, tu nem está, não percebe [...] quando tem contato aí que tu vai dar valor, começa a vivenciar, quando caiu o problema em ti, aí tu começa a ver, tu vai ter que trabalhar com isso, mas antes tu não dá muita bola*”.

Para os entrevistados EB e ED, a experiência com pessoas com deficiência favorece a percepção sobre as capacidades. Diz o entrevistado ED: “[...] *eu sempre achei isso, que as pessoas tinham algum outro lado muito desenvolvido sabe e agora eu acredito que não é uma verdade absoluta não é*”. Depois da aproximação com um colega com deficiência visual, houve uma mudança significativa na sua percepção:

[...] mas acontece que hoje em dia eu sei que afeta os outros sentidos também eu sempre achei o contrário [...] eu queria que fosse que nem quando era criança sabe, que o resto é como aqueles heróis da Marvel, que perde o sentido e o resto se sobressai, essa não é a lógica, se então a gente tem que entender isso para também entender que só porque isso de não ouvir, não falar, pode não ser problema nenhum, mas vai trazer problemas de entendimento e aí a gente vai ter que ter bom senso, mais paciência e explicar [...] (ED).

O entrevistado EE aponta os aspectos em relação aos quais percebeu grande mudança, especialmente no que tange à sua prática pedagógica.

Eu acho que o que o que mais mudou é que eu acho que a gente tem que adaptar algumas coisas que eu achava que eles tinham que se adaptar, achava que assim que que ele tinha que ter as mesmas habilidades que os outros têm, que não deveriam ser tratados diferentes por ter deficiência, acho que eles têm não é tratado diferente no sentido ruim, mas eles têm que ter algumas adaptações a gente tem que ter talvez uma abordagem de ensino diferente para alguns tipos de deficiência. Eu acho que isso que mudou então, eu achava que eles tinham que se adaptar e agora eu acho gente tem que fazer adaptações para eles.

Estes fatos levam a pensar sobre a importância do estudo teórico, mas principalmente da importância da experiência para a mudança de concepção e percepção em relação à deficiência. Essa percepção, muitas vezes, é limitada pelo desconhecimento, fato que se perpetua na prática docente do nível básico até o superior (BRIDI; BAPTISTA, 2014; HATTGE; KLAUS, 2014). Além disso, a história que persegue a pessoa com deficiência, amplamente discutida na seção 3, ainda pode ser reproduzida e gerar desconforto estanho contexto dessa população. Os processos de exclusão podem ser gerados não apenas pela presença do diagnóstico clínico, uma vez que a diferença produz certo estranhamento, mas também por desconhecimento e pela própria história de segregação e exclusão social.

Para o entrevistado EB, o fato de possuir um familiar com deficiência auditiva facilitou o ensino, pois já conhecia algumas estratégias para conduzir a comunicação com um estudante com deficiência auditiva com o qual experienciou conviver na IES em estudo. O entrevistado ED, apesar de referir que não foi preparado, refere que hoje, após as experiências já vivenciadas com estudantes com deficiência, sente-se mais preparado para atender os estudantes.

Com o intuito de verificar a convivência com familiares e a disposição para a constituição dos microsistemas, pediu-se aos entrevistados que respondessem à afirmação “não tenho dificuldade de ministrar aulas para estudantes com deficiência”, com a qual 32,1% discordar parcialmente, porcentagem que foi cruzada com a convivência entre esse microsistema (Quadro 12). O que se pode perceber é uma variação grande nas respostas dos entrevistados, independentemente do tempo de contato com estas pessoas.

Quadro 12 – Microsistema e dificuldade de ministrar aulas para estudantes com deficiência.

Pergunta	Escala Likert	Quanto tempo você se encontra na presença de seus pais para conversas longas.				
Não tenho dificuldade de ministrar aulas para estudantes com deficiência.	Discordo plenamente	3,7	2,5	3,7	0,0	1,2
	Discordo parcialmente	11,1	4,9	7,4	6,2	2,5
	Não concordo nem discordo	3,7	3,7	6,2	9,9	2,5
	Concordo parcialmente	6,2	1,2	6,2	4,9	4,9
	Concordo plenamente	4,9	1,2	0,0	1,2	0,0
	Total	29,6	13,6	23,5	22,2	11,1
	Valor de p					,491
		Quanto tempo você se encontra na presença de seus irmãos para conversas longas.				
	Discordo plenamente	1,2	2,5	2,5	2,5	0,0
	Discordo parcialmente	1,2	2,5	4,9	11,1	9,9
	Não concordo nem discordo	1,2	0,0	2,5	8,6	7,4
	Concordo parcialmente	1,2	0,0	2,5	3,7	11,1
	Concordo plenamente	0,0	1,2	2,5	0,0	3,7
	Total	29,6	13,6	23,5	22,2	11,1
	Valor de p					,302
		Quanto tempo você se encontra na presença de seus amigos para conversas longas.				
	Discordo plenamente	2,5	2,5	3,7	2,5	0,0
Discordo parcialmente	12,3	7,4	7,4	3,7	1,2	
Não concordo nem discordo	6,2	7,4	4,9	7,4	0,0	
Concordo parcialmente	6,2	7,4	8,6	0,0	1,2	
Concordo plenamente	3,7	0,0	3,7	0,0	0,0	
Total	29,6	13,6	23,5	22,2	11,1	
Valor de p					,489	
	Você mantém relações de amizade com seus colegas de trabalho?					
Discordo plenamente	2,5	2,5	1,2	4,9	0,0	
Discordo parcialmente	2,5	11,1	1,2	16,0	1,2	
Não concordo nem discordo	6,2	7,4	0,0	9,9	2,5	
Concordo parcialmente	1,2	12,3	0,0	8,6	1,2	
Concordo plenamente	0,0	4,9	1,2	1,2	0,0	
Total	29,6	13,6	23,5	22,2	11,1	

	Valor de “p”	,373
--	--------------	------

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Os entrevistados EB e ED também deixaram evidente a preocupação em ofertar aos estudantes capacitação para atuar na prática profissional com pessoas com deficiência. Contudo, ED afirma que “*não é numa disciplina que vai resolver...*”, ou seja, há uma necessidade de reformulação dos currículos de graduação para que contemplem essa necessidade. Todavia, EB levanta o questionamento sobre quem vai ministrar essas aulas, uma vez que nenhum professor do quadro docente tem capacitação para tal. Por isso, a necessidade de formação constante, mesmo frente à necessidade de reconsiderar a diversidade de demandas que a carreira docente universitária exige, conforme evidenciado na subseção 3.2.3.

Entretanto, vale mencionar que, apesar do argumento sobre a falta de preparo, não há omissão entre os entrevistados quanto a receber os estudantes e procurar formas de auxiliá-los no processo de aprendizagem. Conforme mencionado por Pimenta e Anastasiou (2014), na seção 3 (subseção 3.2.4), sobre a docência na Educação Superior, há necessidade de que o docente se aproxime do estudante, conhecendo suas necessidades, para então buscar formar e auxiliá-lo na sua aprendizagem, o que, segundo os entrevistados, tem ocorrido. Além disso, o entrevistado ED faz uma consideração importante sobre a criatividade em tempos de diversidade,

[...] o grande mérito do professor atualmente é ser criativo não é, é para adaptar, mas não dá se tu não for criativo, eu disse que em qualquer profissão, você tem que ensinar a pensar e ser criativo, o resto vem com tempo sabe... tem que aprender a pensar e criar estratégias para resolver os problemas, que é criatividade... eu tenho uma preocupação assim tudo é muito automático...e pouco pensados ou pouco criativo, vai pela solução mais simples assim ou mais fácil... (ED).

No estudo de Bomfim, Goulart e Oliveira (2014) sobre a avaliação da aprendizagem, os autores evidenciam a importância de fugir do modelo tradicional de avaliação, possibilitando observar o crescimento da visão de mundo, da compreensão e da avaliação da realidade, da produção do novo dos estudantes. Isso vai ao encontro das sugestões de Paulo Freire (2016) sobre a necessidade de uma educação libertadora, que forme para além do tecnicismo.

A sociedade em constante transformação exige que os docentes preparem seus estudantes com conhecimentos técnicos que favoreçam o desenvolvimento de suas profissões, mas também, e principalmente, que os auxiliem a desenvolver a criatividade e a capacidade reflexiva, crítica e autônoma para buscar resolver os problemas de uma sociedade em constante transição. Bomfim, Goulart e Oliveira (2014, p. 751) sugerem que a formação docente com

qualidade social para tais capacidades deve incluir a “preocupação em fornecer subsídios para que os alunos possam pensar, refletir, questionar, posicionar-se perante a vida e a realidade em que atuam, o que requer apropriação dos saberes historicamente produzidos”.

Entre os participantes do questionário, foi possível observar que, entre o público-alvo da Educação Especial, o autismo é considerado uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos docentes (Quadro 14). Apesar de este estudo tratar especialmente das pessoas com deficiência, os docentes englobam as pessoas com autismo neste escopo, por tratar-se do público-alvo da Educação Especial. Pode ser que esteja havendo um equívoco nessa determinação, mas, por trata-se de um público que tem chegado às universidades, vale a reflexão.

Quadro 13 – Segurança para ministrar aulas para o público-alvo da Educação Especial.

Questão	Escala Likert				
	Discordo plenamente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo
Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com deficiência intelectual.	27,2	38,3	17,3	14,8	2,5
Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com deficiência visual.	27,2	33,3	13,6	19,8	6,2
Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com deficiência física.	6,2	17,3	12,3	37,0	27,2
Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com deficiência auditiva.	25,9	29,6	17,3	18,5	8,6
Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com autismo.	43,2	37	8,6	9,9	1,2
Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com altas habilidades/superdotação.	13,6	13,6	21	34,6	17,3
Não tenho dificuldade de ministrar aulas para estudantes com deficiência	11,1	32,1	25,9	23,5	7,4

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Os professores foram questionados sobre as dificuldades encontradas na adaptação de material pedagógico, muitas vezes necessário para conduzir suas aulas. A maior parte deles (37%), entre os que tiveram experiência com estudantes com deficiência, referiu dificuldade na adaptação de materiais. Sobre essa segurança entre os que tiveram experiência com pessoas com deficiência em sala de aula, o Teste Qui-quadrado demonstrou associação entre a segurança em ministrar aulas para estudantes com deficiência auditiva (S04Q05) e a experiência, ou seja, docentes que têm experiência sentem-se mais seguros para trabalhar com estudantes com deficiência auditiva ($p > 0,004$). Para os demais tipos de deficiência, não houve

associação. O Teste U, por sua vez, concorda com a afirmação, apontando que há diferença entre as respostas dos que tiveram e não tiveram experiência (,009) para a deficiência auditiva, a um nível de significância de 5%.

Além disso, foi questionado se os professores que lecionaram para pessoas com deficiência consideram ter tido dificuldade de adaptar material (Quadro 15). Assim, entre os que afirmaram não ter dificuldade, o autismo (11,1%) e a deficiência intelectual (9,9%) aparecem como elementos de preocupação. Entre os que responderam “sim” para a dificuldade de adaptar material à deficiência auditiva (17,3%), intelectual (22,2%), visual (22,2%) e autismo (22,2%), demonstrando a necessidade de formação específica ou busca de auxílio para essas adaptações. Vale mencionar que somente houve diferença significativa entre a dificuldade de adaptar material e a segurança em ministrar aulas para estudantes com autismo (,041), ou seja, entre essas as médias (discordar totalmente e discordar parcialmente) são diferentes.

Quadro 14 – Segurança e dificuldade de adaptar material.

(continua)

Pergunta	Dificuldade de adaptar material			
	Escala Lik.	Não resp.	Não	Sim
Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com deficiência auditiva.	Discordo plenamente	11,1	6,2	8,6
	Discordo parcialmente	6,2	6,2	17,3
	Não concordo nem discordo	0,0	6,2	11,1
	Concordo parcialmente	4,9	7,4	6,2
	Concordo plenamente	1,2	4,9	2,5
	Total		23,4	30,9
Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com deficiência intelectual.	Discordo plenamente	11,1	4,9	11,1
	Discordo parcialmente	6,2	9,9	22,2
	Não concordo nem discordo	2,5	9,9	4,9
	Concordo parcialmente	3,7	3,7	7,4
	Concordo plenamente	0,0	2,5	0,0
	Total		23,4	30,9
Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com deficiência visual.	Discordo plenamente	9,9	7,4	9,9
	Discordo parcialmente	4,9	6,2	22,2
	Não concordo nem discordo	3,7	4,9	4,9
	Concordo parcialmente	2,5	9,9	7,4
	Concordo plenamente	2,5	2,5	1,2
	Total		23,4	30,9
Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com autismo.	Discordo plenamente	14,8	11,1	17,3
	Discordo parcialmente	7,4	7,4	22,2
	Não concordo nem discordo	0,0	4,9	3,7
	Concordo parcialmente	1,2	6,2	2,5
	Concordo plenamente	0,0	1,2	0,0
	Total		23,4	30,9
Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com deficiência física.	Discordo plenamente	3,7	1,2	1,2
	Discordo parcialmente	4,9	4,9	7,4
	Não concordo nem discordo	1,2	1,2	9,9
	Concordo parcialmente	7,4	12,3	17,3
	Concordo plenamente	6,2	11,1	9,9
	Total		23,4	30,9

Quadro 14 – Segurança e dificuldade de adaptar material.

(conclusão)

Pergunta	Dificuldade de adaptar material			
	Escala Likert	Não resp.	Não	Sim
	Total	23,4	30,9	45,7
Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com altas habilidades/superdotação.	Discordo plenamente	4,9	3,7	4,9
	Discordo parcialmente	3,7	4,9	4,9
	Não concordo nem discordo	6,2	6,2	8,6
	Concordo parcialmente	4,9	11,1	18,5
	Concordo plenamente	3,7	4,9	8,6
	Total	23,4	30,9	45,7
Não tenho dificuldade de ministrar aulas para estudantes com deficiência.	Discordo plenamente	3,7	3,7	3,7
	Discordo parcialmente	7,4	8,6	16,0
	Não concordo nem discordo	8,6	7,4	9,9
	Concordo parcialmente	3,7	7,4	12,3
	Concordo plenamente	0,0	3,7	3,7
	Total	23,4	30,9	45,7

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Além da atribuição do docente de ofertar subsídios para a aprendizagem dos estudantes, como facilitador do processo, o estabelecimento de relações de confiança entre ele e os estudantes pode ser uma estratégia positiva para a qualidade no processo de aprendizagem e na prática pedagógica docente. Nesse aspecto, o entrevistado ED refere que conseguiu estabelecer essa relação com um estudante com deficiência auditiva, sanando as dificuldades encontradas em sala de aula tanto pelo uso de aplicativos de mensagem instantânea (WhatsApp), quanto pela conversa com o tradutor/intérprete de Libras. Esse entrevistado inclusive salientou a importância do diálogo com o tradutor/intérprete de Libras para conduzir suas aulas, adaptando o material de acordo com a necessidade de sua estudante surda.

A utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) é importante para a prática pedagógica, tanto quando as deficiências estão relacionadas ao sensorio, como na deficiência visual, auditiva ou surdez, quanto quando relacionadas às deficiências intelectuais ou físicas. As TICs são um recurso de acessibilidade que vêm ganhando espaço significativo nos últimos anos e são formadas por diferentes recursos que permitem eliminar barreiras (ARAÚJO; PEIXOTO, 2016).

Um estudo realizado com pessoas com deficiência intelectual, utilizando as Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC), por meio de blogs e da mediação de voluntários, possibilitou verificar que os estudantes se beneficiam do seu para qualificar a

produção escrita, além de demonstrar competência na sua utilização. Viana e Gomes (2017) ressaltam a importância da mediação contextualizada para essas aprendizagens.

A utilização de TICs tem se expandido nas escolas e está muito presente na vida dos jovens, especialmente pelo uso das redes sociais digitais. Quanto a esse aspecto, sinaliza-se o uso de TICs para auxiliar não apenas a aprendizagem dos estudantes com deficiência, mas também dos demais indivíduos, uma vez que a tecnologia digital faz parte das suas vidas, em especial dos jovens. Segundo Araújo e Peixoto (2016), há necessidade de os professores desenvolverem habilidades e competências para atuar frente às novas exigências de inovações pedagógicas para a educação, especialmente as tecnológicas.

Cerutti e Nogaro (2017), em estudo teórico, afirmam a importância de o professor se apropriar do uso de tecnologias para mediar a aprendizagem do estudante por meio das TICs. Contudo, sabe-se que muitos docentes não têm conhecimento específico para utilizar-se delas, fato evidenciado da Educação Básica à Superior.

As TICs, segundo Schmitz e Pavão (2018), possibilitam tornar os documentos e materiais diversos utilizados pelas pessoas sem deficiência acessíveis àquelas com deficiência, permitindo maior democratização das informações e, por conseguintes, práticas mais inclusivas na universidade.

[...] a acessibilidade dos documentos digitais é uma das ações necessárias para a concretização de processos inclusivos no Ensino Superior, já que os estudantes com deficiência, incluídos nesses espaços, precisam de um conjunto de elementos que auxiliem na aprendizagem e no desenvolvimento acadêmico, dentre esses, o acesso a documentos digitais criados e disponibilizados pelas instituições (SCHMITZ; PAVÃO, 2018, p. 1134).

Além do uso de TICs, ressalta-se a necessidade da adaptação de material para qualificar as aulas e possibilitar maiores condições aos estudantes com deficiência para acompanharem o raciocínio. EE relata: *“Esse semestre então a gente teve esse aluno, ele repetiu na verdade, até foi chato pra nós, por que parece que tu estás tratando diferente, mas na verdade a avaliação é adaptada, mas igual aos outros, mas foi um desafio”*. Conforme os docentes, os materiais de mais difícil adaptação foram o impresso e o audiovisual, levando a refletir sobre as metodologias utilizadas para as aulas. Anastasiou e Alves (2007) e Pimenta e Anatasiou (2014) sugerem a utilização de metodologias ativas para captar a atenção dos estudantes e auxiliar no processo de aprendizagem, considerando que cada pessoa tem uma maneira diferente de aprender.

Essas adaptações são fundamentais para que os estudantes com deficiência possam efetivamente ter igualdade de oportunidades. Entre elas, cita-se a ampliação das letras em provas, trabalhos e demais recursos visuais, a colocação de legendas em vídeos, a disponibilização de material em braile, a oferta de maior tempo para a realização das provas, a disponibilização e equipamentos de tecnologias assistivas, entre tantos outros recursos existentes que facilitam a aprendizagem dos estudantes.

As tecnologias assistivas são elementos importantes a serem mencionados, uma vez que muitos estudantes com deficiência física necessitam de materiais adaptados para o uso nas atividades práticas. A tecnologia assistiva (TA) é reconhecida como do conhecimento interdisciplinar, “que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida”, cujo objetivo é ofertar maior inclusão social, independência, autonomia e qualidade de vida para as pessoas (BRASIL, 2009c, p. 09).

Vale, contudo, pontuar que o uso de TAs não foi mencionado pelos docentes, mesmo no caso de nanismo, em que há condições de estruturas corporais que dificultam a utilização de recursos desenvolvidos a partir dos padrões de normalidade. Entretanto, o Núcleo de Acessibilidade da IES disponibiliza, aos estudantes e docentes, a adequação de material em braile para cegos; empréstimos de TAs, como computador com leitor de telas, ampliador eletrônico portátil e gravador de voz; acompanhamento semanal e individualizado de estudante; monitores para alunos com deficiência e/ou NEEs; reuniões com docentes e coordenações de curso para discussão de casos e apresentação de estratégias/sugestões para o trabalho com os alunos com deficiência; promoção de cursos e eventos para estudantes, servidores e comunidade em geral (UFSM, 2019, online).

Além desses recursos, a IES, por meio de setor institucional, conta com uma equipe de tradutores/intérpretes de Libras, que atuam nas diferentes atividades acadêmicas (BARCELLOS et al., 2016). A atividade profissional de tradutor/intérprete de Libras é regulamentada pela Lei nº 12. 319, de 2010, e conta com a necessidade de formação específica tanto em Língua Portuguesa quanto em Libras. De acordo com o Artigo 6º, tem como atribuições específicas:

- II – interpretar, em Língua Brasileira de Sinais - Língua Portuguesa, as atividades didático-pedagógicas e culturais desenvolvidas nas instituições de ensino nos níveis fundamental, médio e superior, de forma a viabilizar o acesso aos conteúdos curriculares;
- III – atuar nos processos seletivos para cursos na instituição de ensino e nos concursos públicos;

- IV – atuar no apoio à acessibilidade aos serviços e às atividades-fim das instituições de ensino e repartições públicas; e
- V – prestar seus serviços em depoimentos em juízo, em órgãos administrativos ou policiais (BRASIL, 2010c).

Sobre o tradutor/intérprete de Libras, é importante sinalizar as dificuldades que eles encontram na tradução, uma vez que disciplinas que contêm símbolos e unidades específicas são de difícil interpretação. O entrevistado ED sugere que os tradutores/intérpretes devem ter uma formação específica na área, que favoreça a compreensão dessas unidades e símbolos específicos, de modo a contribuírem de maneira mais direcionada para a aprendizagem dos estudantes surdos.

Os docentes foram também questionados sobre a relação estabelecida com os estudantes e referiram, em geral, que não têm dificuldade de relacionamento com os alunos, mas que essa proximidade depende muito das características individuais de cada um. Entende-se, portanto, que cabe ao docente realizar o primeiro passo para essa aproximação, disponibilizando-se a ajudar e deixando o estudante à vontade para solicitar essa ajuda ou não. Reconhece-se, entretanto, as dificuldades no processo, principalmente pelo desconhecimento dos docentes.

[...] mas no início foi bem difícil a gente não sabe como agir na verdade porque tu não quer tratar diferente, mas ao mesmo tempo tem algumas diferenças que tu tem que adaptar, tu tem que fazer mas eu acho que mudou muito com a posto quando ele, quando ele se aceitou e veio atrás, eu acho que foi um grande mudança. (EE).

Vale mencionar que muitos estudantes têm dificuldade em solicitar essa ajuda, por vergonha ou por pensar que realmente não há necessidade de apoio. Esse aspecto é comentado por EE: *“muitas vezes eu acho que ele não escuta e acho que ele não ia atrás por vergonha, não sei e ele não aceitava muito as críticas, parecia que a gente estava tratando igual a todos, mas acredito que ele achava que estávamos tratando diferente”*.

Além disso, o entrevistado EB conta: *“[...] perguntei para o aluno se precisava de adaptação e o aluno relatou que, em outra prova, o professor não sabia... eu sabia por que estava como coordenadora substituta, mas refere que, de um semestre pra outro, o professor esquece e precisa ser lembrado do aluno [...]”*. As demandas da profissão docente, muitas vezes, implicam na necessidade de uma organização estrutural que possibilite esses apoios. Para tanto, é atribuição do Núcleo de Apoio a Aprendizagem da IES, conforme seu Artigo 3º, Inciso I, “orientar e assistir a comunidade universitária por meio de uma abordagem multidisciplinar de promoção, potencialização, qualificação e ressignificação dos processos de ensino e aprendizagem” (UFSM, 2017). Ainda, nas unidades de ensino, estão alocadas unidades de apoio

pedagógico, que podem fornecer esse suporte aos docentes. Contudo, nem mesmo os docentes às vezes conhecem essa disponibilidade.

Ademais, os entrevistados ED, EE e EF apontam para a necessidade de uma orientação profissional que ajude o estudante a decidir qual a profissão que melhor poderia ser desempenhada de acordo com as suas capacidade e preferências. Assim, a proximidade do docente com o estudante deve favorecer essa orientação, sensibilizando para a condução da profissão em uma área que possa desempenhar dentro de suas capacidades. Dessa forma, a inclusão seria efetiva, mas necessita da percepção de que nem tudo é possível fazer, assim como as pessoas consideradas “normais”.

O contexto atual da sociedade ainda não está adaptado para receber quaisquer pessoas, portanto, seria uma ilusão achar que as pessoas com deficiência podem fazer tudo que quiserem na atual conjuntura. Não que isso não seja possível, pois, devido às condições e adaptações, talvez seja possível, mas há muito que se avançar até que essas condições sejam favoráveis.

Segundo o entrevistado EF, no que tange à prática pedagógica, “*é preciso partir do princípio que a inclusão é necessária [...]*”. A IES em estudo tem uma estrutura e preceitos que primam pela inclusão das pessoas com deficiência, ofertando o Atendimento Educacional Especializado (AEE) e o apoio pedagógico necessário para os estudantes, assim como para os docentes que buscam auxílio para conduzir sua prática, por meio da Caed.

A esse respeito, os professores relataram suas práticas, evidenciando que, ao buscar ajuda da IES, as dúvidas quanto à abordagem ao estudante foram sanadas e possibilitadas novas formas de atuação. Esse fato pode ser observado nas falas de EE:

Olha, eu acho que ninguém tá capacitado, eu acho que tem que ter tipo de, sei lá, um curso, uma orientação, porque a gente não sabe nada sobre isso na verdade. A gente sabe que vai ter, todo semestre tem na verdade, e dependendo da deficiência, eu não sabia como agir sinceramente eu não tinha noção nenhuma, quando a Senhora do Caed veio aqui ela orientou algumas coisas, agora eu me acho mais capacitado, mas hoje não sabe os tipos de deficiência que vai que vão aparecer, claro [...].

Mas, assim, foi motivo de inúmeras reuniões por que os professores não sabia como agir, não sabiam o que era melhor pra ele, ele também não falava, não se expressava, então a partir desse acompanhamento a gente começou a ter umas adaptações, a gente deu mais tempo na prova, deixou usar dicionário se ele quisesse na prova, pra entender as questões, ele começou a estudar corretamente, a partir do acompanhamento, que era outra coisa que ele não fazia, a gente começou a ter alguns cuidados e ele melhorou 1000%.

Os resultados do estudo de Schmitt (2016, p. 178) indicaram os docentes como “os principais promotores de suporte, apoio e incentivo. Ainda que diversos aspectos possam ser

classificados como suporte institucional, como os serviços de apoio, os recursos e condições de infraestrutura, entre outros, na percepção do grupo de estudantes investigados”.

Nesta pesquisa, os docentes foram questionados sobre considerarem sua prática pedagógica coerente com os pressupostos da inclusão educacional, afirmação com a qual a maioria (35,8%) não concorda nem discorda, sendo que possuir experiência com estudantes com deficiência é fator preponderante na concepção sobre a prática pedagógica inclusiva, pois houve diferença pelo valor de $p < 0,004$. Além disso, a maioria dos docentes (33,3%) não concorda nem discorda da afirmação “considero que ofereço todos os recursos possíveis para garantir igualdade de oportunidades aos estudantes com deficiência”. Essas questões apresentam a mesma tendência para as respostas da maioria, que teria dificuldade em adaptar material em algumas situações (60% não discordam nem concordam). Esse dado, mais uma vez, reforça a necessidade de aperfeiçoamento.

Os entrevistados também relatam que há um engajamento da coordenação dos cursos para auxiliar os docentes na prática pedagógica, como pode ser observado nas falas a seguir:

[...] Acho que favorável, nós não tivemos casos muito complicados, que me ocorra... o que eu tenho visto da gestão, da coordenação... essas coisas estouram muito na coordenação, mediando relação entre professor e aluno, quando a menina com problema de audição e algum problema cognitivo... o coordenador veio pessoalmente falar, sempre que ela se matriculou na minha disciplina o coordenador me procurou me lembrou, o nome dela é esse, eu te peço cuida de tal coisas... e talvez por isso elas estão conseguindo... (EF).

[...] quando tem um aluno na reunião do colegiado é avisado, o Coordenador explica qual é a deficiência [...] a gente sempre é avisado, o que a gente tem que fazer, o coordenador ele que tem, porque quando vem o aluno sempre vem alguém que fala sobre ele e o Coordenador nos repassa isso, então a gente está sempre ciente. No início do semestre para a gente organizar tua aula, para ser mais propositivo... tudo bem explicado para a gente, nós estamos conscientes. Mas a gente não sabe como a gente pessoa vai reagir, por que sabe a parte técnica como tu tem que fazer, mas como tu vai fazer para transmitir o conhecimento para pessoa realmente fixar... (ED).

De uma maneira geral, os docentes apontam para a necessidade de maior informação e apoio para desenvolver sua prática pedagógica, pois, muitas vezes, a deficiência não é perceptível e o próprio estudante não procura auxílio e o professor somente percebe que há alguma dificuldade quando os resultados da avaliação se apresentam. Para resolver, o entrevistado ED sugere que a participação de pessoas com deficiência na gestão poderia auxiliar esse processo de aprendizagem, bem como a adequação das estruturas da universidade de acordo com as necessidades efetivas das pessoas com deficiência.

O enfoque ofertado até então esteve voltado para o docente. Todavia, os docentes também atribuem ao estudante a responsabilidade pela sua aprendizagem, deixando de lado a

vitimização muitas vezes gerada pela deficiência e assumindo uma posição propositiva pela sua própria aprendizagem. O entrevistado EA deixou claro que, muitas vezes, o estudante não está atento e engajado na sua aprendizagem, e isso não é restrito às pessoas com deficiência:

[...] aí começou a vir os resultados, notas muito baixas, notas baixíssimas, mal, muitas vezes desinteressada, muitas vezes no celular, isso que eu proíbo o celular nas minhas aulas e eu via que escondido ela via... sempre tinha monitora nesta disciplina que precisa...as vezes ela vinha as vezes marcava e não vinha, e sempre ia mal nas provas [...] (EA).

*A turma é muito grande, tem 35, eu sei que tem que ser diferente, mas eu falava muito com a interprete, ela me dizia, **em parte é por que não entende mesmo, em parte é acomodada, ela está acostumada que é um tratamento diferenciado**, ele me ajudava, puxava por ela... (ED, grifo nosso).*

Segundo Schmitt (2016, p. 177), a qualidade das interações que se reproduzem na universidade é responsável pela produção de “atitudes e comportamentos como os níveis de integração acadêmica e social, o nível de comprometimento, o grau de envolvimento com as atividades demandadas, a satisfação com a vida acadêmica, com a própria universidade, assim como, a qualidade institucional percebida”.

O apoio prestado pode ofertar melhores condições de acompanhamento dos alunos. O entrevistado ED relata que conta com o tradutor/intérprete de Libras em sala de aula, com o qual muitas dúvidas são retiradas. Para além disso, instigar o estudante a buscar as informações com mais autonomia e independência, colocando sobre ele também a responsabilidade pela aprendizagem é fator preponderante.

[...]com ela foi assim, quando ela não entendia ela me mandava um Whats, e aí eu explicava, tipo não entendi direito o exercício aí eu dizia, olha tu lê direito na ementa que está tudo no Moodle, porque tem isso também, ela não chegar a ler, ela quer que eu explique, por que é isso que o intérprete me disse que era pra fazer ela voltar na origem... ela lê não é, aí eu dizia tu lê lá e me pergunta quais os elementos tu não entendeste, aí geralmente ela nem trazia de volta...(ED).

O entrevistado EA, quando questionado se entendia que essa dificuldade como vinculada à deficiência auditiva ou às estratégias de aprendizagem empregadas pela estudante, referiu que tanto pelo processo de aprendizagem quanto pela falta de engajamento da estudante. Além disso, neste e em outros casos, o apoio da família como microssistema do estudante também é estratégia importantes para que os estudantes pudessem sanar suas dificuldades: “*daí foi, foi, até que a gente chamou os pais dela, eu participei da reunião, num primeiro momento e com ela junto, e eu expliquei que eu fazia tudo o possível, ele agradeceu, sempre agradeceu a universidade [...] (EA).*”

Nesse mesmo viés, o entrevistado EE relata que a presença da família, aliada ao apoio ofertado pela IES, classificada como microsistemas do estudante, foi fundamental para o processo, como pode ser observado na fala a seguir.

[...] muito importante o suporte familiar, a mãe dele veio de Porto Alegre conversou Coordenador do curso conversou com o Coordenador da nossa disciplina, foi ajustado algumas coisas, quando ele ligou para a mãe dele falou que tinha tirado dois de novo três na prova ela veio na hora pra cá e veio conversar, mas a gente passou essa informação para o Coordenador do Departamento e da Medicina e aí foi pedido, porque ele tem que entrar em contato com o Caed, e ele falava que não precisava, mas tinha sido falado pelo professor de antes, ele não achava que não precisava, então daí nós fizemos uma reunião com ele com a mãe dele, explicitado isso e ele a mãe dele foram lá daí eu acho que esse suporte familiar fez toda diferença assim para ele (EE).

Essa observação pode ser confirmada pelo estudo de Schmitt (2016, p. 177), ao afirmar que o contexto familiar, promotor de apoio, encorajamento e suporte dos custos relacionados aos cursos constitui-se “uma das principais forças que, quando presentes, correlacionam de forma positiva com a permanência e sucesso acadêmico”.

A família está envolvida por um sistema complexo de interações e processos. A Teoria do Desenvolvimento da Família, desenvolvida por Reuben Hill e Evelyn Duvall na década de 1940, assemelha-se, em muitos aspectos, à TBDH. Seu enfoque se dá a partir das diferentes mudanças e dos processos envolvidos nelas, passando por diferentes estágios, mas em transições previsíveis, durante todo o ciclo vital. Os conceitos que permeiam essa teoria são o ciclo de vida da família, que compreende os estágios em que as famílias passam a partir de suas experiências de mudança estrutural e de papéis e, as tarefas de desenvolvimento, que são aquelas vivências importantes para o desenvolvimento dentro do ciclo de vida (FRÁGUAS; ALMEIDA; SOARES, 2018).

Essa teoria trabalha com uma abordagem importante sobre os papéis que cada membro desempenha na família e como eles se movimentam, passando por diferentes estágios, de acordo com as novas experiências pela qual a família passa. Esses estágios, segundo Fráguas, Almeida e Soares (2018, p. 155), são marcados por “uma mudança em algum membro da família, que pode, ou não, ser afetado por esses eventos: nascimento, enfermidade, início da vida escolar, novo emprego, falta de emprego, ausência temporária de um dos membros, aposentadoria, doença e morte”.

O professor assume, na vida do estudante, um papel importante, favorecendo o desenvolvimento na medida em que as relações se fortalecem. Segundo Bronfenbrenner (1996, p. 74), o papel que uma pessoa “assume nas relações interpessoais, tende a evocar percepções,

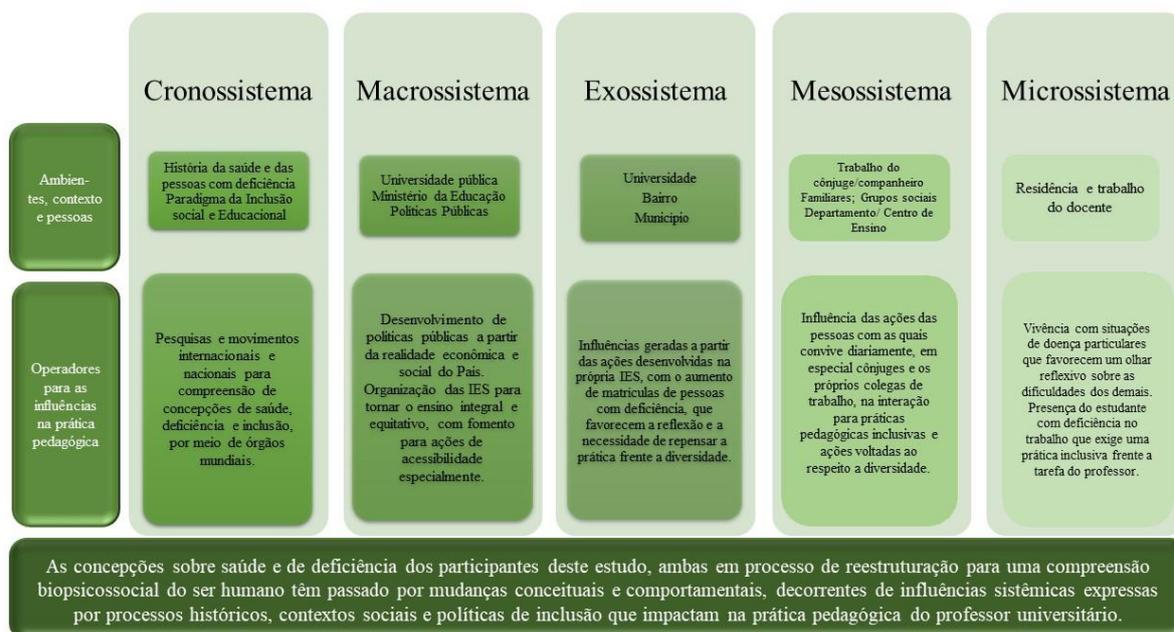
atividades e padrões de relação”, coerentes com as expectativas depositadas naquele papel e que influenciam suas atitudes e a dos outros em sua relação. Por isso, a importância de o professor estar receptivo à diversidade, uma vez que seu papel influencia os estudantes. A importância desse papel também é observada no estudo de Dantas (2018, p. 536), a qual aponta que “as práticas docentes também são elementos-chave para favorecer ou não o processo de empoderamento de pessoas com deficiência”, que estimulam a responsabilidade e a autonomia, numa visão que supera o modelo de assistencialismo vigente na sociedade.

Em relação às variáveis relacionadas à acessibilidade pedagógica, as IESs precisam considerar as diferentes necessidades de aprendizagem de seus alunos com deficiência. No entanto, para que isso ocorra, é necessário que os docentes tenham uma formação acadêmica com conhecimentos na área da Educação Inclusiva que lhes permitam ensinar e promover a aprendizagem dos alunos. Nesse sentido, a Declaração de Salamanca (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA, 1994) esclarece, no item Recrutamento e Treino de Pessoal Docente, que o docente deve ter uma orientação positiva frente à deficiência. Tal postura requer habilidades e conhecimentos que dizem respeito à boa prática de ensino, a qual envolve avaliação das necessidades especiais, adaptação do currículo e conhecimento acerca das tecnologias assistivas (REO PEREIRA et al., 2016).

4.3.1.1 A tese: das hipóteses às afirmações

A tese aqui defendida perpassou diversos aspectos relacionados à organização ecológica dos participantes, que influenciam as concepções sobre saúde e deficiência e, por conseguinte, refletem em novas formas de abordar as pessoas com deficiência no contexto pedagógico. A busca de uma representação sintetizadora (Figura 9) pretende apresentar os lugares de onde decorrem as influências nas concepções e como elas operam para a prática pedagógica docente universitária.

Figura 9 – Influências nas concepções a partir dos sistemas e a prática pedagógica.



Descrição da imagem: Figura contendo seis retângulos na posição vertical com fundo em diferentes tons da cor verde e com escrita em preto. Da esquerda para a direita, no primeiro quadro com escrita em branco consta a escrita “Ambientes, contextos e pessoas”. Abaixo dele, outro retângulo vertical contendo a escrita “Operadores para as influências na prática pedagógica”. O segundo retângulo seguinte tem a inscrição de cima para baixo “Cronossistema”, “História da saúde e das pessoas com deficiência, Paradigma da Inclusão social e Educacional” e “Pesquisas e movimentos internacionais e nacionais para compreensão de concepções de saúde, deficiência e inclusão, por meio de órgãos mundiais”. O terceiro retângulo apresenta a escrita “Macrossistema”, “Universidade pública Ministério da Educação, Políticas Públicas”, “Desenvolvimento de políticas públicas a partir da realidade econômica e social do País, Organização das IES para tornar o ensino integral e equitativo, com fomento para ações de acessibilidade especialmente”. O quarto retângulo contém “Exossistema”, “Universidade, Bairro, Município”, “Influências geradas a partir das ações desenvolvidas na própria IES, com o aumento de matrículas de pessoas com deficiência, que favorecem a reflexão e a necessidade de repensar a prática frente a diversidade”. O quinto retângulo, traz “Mesossistema”, “Trabalho do cônjuge/companheiro, Famíliares; Grupos sociais Departamento/Centro de Ensino”, “Influência das ações das pessoas com as quais convive diariamente, em especial cônjuges e os próprios colegas de trabalho, na interação para práticas pedagógicas inclusivas e ações voltadas ao respeito a diversidade”. O sexto e último retângulo vertical contém as escritas “Microsistema”, “Residência e trabalho do docente”, “Vivência com situações de doença particulares que favorecem um olhar reflexivo sobre as dificuldades dos demais. Presença do estudante com deficiência no trabalho que exige uma prática inclusiva frente a tarefa do professor”. Abaixo dos retângulos, há uma faixa com a seguinte escrita: “As concepções sobre saúde e de deficiência dos participantes deste estudo, ambas em processo de reestruturação para uma compreensão biopsicossocial do ser humano, têm passado por mudanças conceituais e comportamentais, decorrentes de influências sistêmicas expressas por processos históricos, contextos sociais e políticas de inclusão que impactam na prática pedagógica do professor universitário”.

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

Desse modo, a hipótese que colocava o ambiente e as relações interpessoais estabelecidas direta e indiretamente nele e por ele como fatores que interferem no desenvolvimento, por meio da organização dos sistemas bioecológicos dos professores (microsistema, mesossistema, exossistema, macrossistema e cronossistema), pode caracterizar as influências nas concepções sobre saúde e deficiência. Assim, a TBDH contribui para

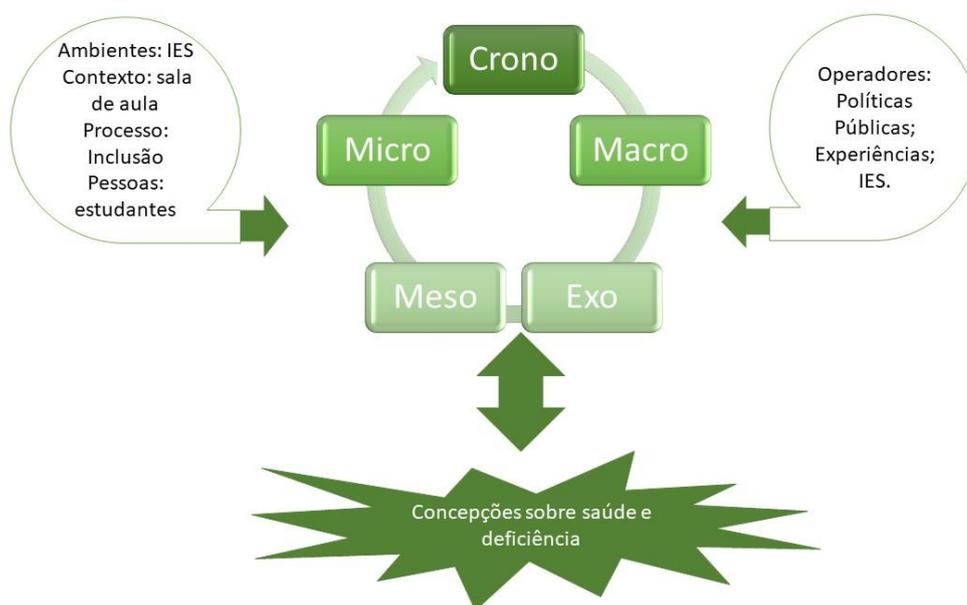
compreender como se estruturam as influências ambientais e relacionais nas concepções de saúde e deficiência.

As concepções que os docentes das diferentes áreas do conhecimento têm sobre a saúde humana ainda perpassam o modelo biomédico de saúde, que restringe a saúde física e mental; entretanto, há uma mobilização para negar a relação entre saúde e doença. Sobre a deficiência, há um movimento para a mudança da concepção que a compreendia a partir de uma relação direta com a doença, trazendo uma concepção de incapacidade e de assistencialismo

As pesquisas têm demonstrado – e esta tese vem ao encontro desta colocação – que há uma necessidade de olhar para as concepções de uma maneira mais ampla. Porém, seria utópico pensar que essa concepção biomédica de saúde e deficiência será totalmente superada, pois a área da Saúde tem como base de atuação um padrão de normalidade, que baliza a sua prática e não poderia ser diferente, uma vez que busca, por meio de suas condutas e pesquisas, garantir a sobrevivência dos seres humanos. Esse fato se reforça pela justificada importância ofertada à área da Saúde na sociedade.

As concepções sobre saúde e deficiência são fatores importantes para compreender a dinâmica de aprendizagem do estudante com deficiência na Educação Superior, bem como as suas necessidades específicas, além de possibilitar um olhar ampliado no sentido de uma abordagem que possibilite seu pleno desenvolvimento em igualdade de oportunidades, frente às políticas públicas para o acesso ao Ensino Superior, bem como a organização da IES em estudo, com estratégias e ações voltadas para a inclusão. Nesta pesquisa, verificou-se que a experiência com pessoas com deficiência tem exigido uma prática pedagógica diversificada, como fator preponderante para a aprendizagem tanto do próprio docente sobre sua atuação, como para a aprendizagem do estudante, numa perspectiva inclusiva. A fim de representar as interinfluências bioecológicas dos participantes da pesquisa, com especificidade topográfica, a Figura 10 apresenta a sistematização do movimento produzido pelos sistemas e pelas influências dos ambientes, dos contextos, dos processos e das pessoas.

Figura 10 – Sistematização das interinfluências bioecológicas.



Descrição da imagem: Figura contendo na extremidade esquerda um balão com uma seta com as palavras “Ambientes: IES, Contexto: sala de aula, Processo: Inclusão Pessoas: estudantes”, a seta é direcionada para um organograma formado por quadros e ligado por uma seta que perpassa todos eles, cada um tem uma palavra abreviada iniciando com “Crono”, “Macro”, “Exo”, “Meso”, “Micro”. Na extremidade direita, há outro balão com a seta voltada para esse organograma, com a escrita “Operadores: Políticas Públicas; Experiências; IES”. Abaixo desta organização, há uma flecha de duas pontas, apontando para o organograma e para uma figura com formato estrelado na cor verde com a escrita “Concepções sobre saúde e deficiência”.

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

5 POSSÍVEIS CONCLUSÕES

A pesquisa aqui apresentada permitiu analisar os elementos que compõem as concepções sobre saúde e deficiência, englobando diferentes aspectos que podem influenciar essas concepções, além de observar como essas concepções operam na prática pedagógica frente ao estudante com deficiência, em uma perspectiva inclusiva.

Defende-se a tese de que as concepções sobre saúde e deficiência dos participantes deste estudo, ambas em processo de reestruturação para uma compreensão biopsicossocial do ser humano, têm passado por mudanças conceituais e comportamentais, decorrentes de influências sistêmicas expressas por processos históricos, contextos sociais e políticas de inclusão que impactam na prática pedagógica do professor universitário, e de que a Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano (TBDH) permite explicar que, para além desse macrossistema, as concepções de saúde e deficiência são estruturadas a partir desses ambientes, contextos e processos de desenvolvimento humano, sendo influentes e influenciadas de forma gradativa, contínua e intensa (microsistema, mesossistema, exossistema, macrossistema e cronossistema). É o paradigma ecológico que, de forma marcante, atua no desenvolvimento, na aprendizagem e, em consequência, nas práticas pedagógicas inclusivas.

Os desdobramentos da pesquisa surgiram a partir do problema de pesquisa que tratava de questionar quais são as concepções de deficiência e saúde para os docentes universitários que atuam com pessoas com deficiência na atualidade e como elas operam na prática pedagógica. Estes desdobramentos possibilitaram criar os constructos de compreensão das influências ambientais no desenvolvimento bioecológico dos participantes. A escrita foi iniciada com os processos históricos que perpassaram a constituição da saúde e da deficiência. A área da Saúde, especialmente no que tange ao campo da Saúde Coletiva como base de estruturação para um olhar biopsicossocial dos problemas envolvidos com o corpo humano, foi também ofertando um olhar direcionado para a deficiência de uma maneira ampliada ao longo dos anos, buscando dismantelar a relação doença-deficiência. Foi para compreender essas concepções que se optou pela utilização da TBDH, estruturada para abarcar os processos, as pessoas, os contextos e o tempo em que a pessoa se desenvolve e que influenciam e moldam a maneira com que cada pessoa constrói suas concepções.

O objetivo geral desta pesquisa tratou de compreender as concepções de saúde e deficiência expressas pelos docentes da Educação Superior e sua influência na prática pedagógica para o processo de inclusão de pessoas com deficiência sob o prisma da TBDH.

Concluiu-se que as concepções sobre saúde e deficiência demonstram um entendimento para uma progressiva desvinculação da doença. Em relação à deficiência, as concepções são favorecidas pelo paradigma da inclusão e pelas características da Instituição de Ensino Superior (IES) em estudo, que colaboram para a configuração das práticas pedagógicas dos professores.

O perfil sociodemográfico dos docentes, com vistas a caracterizar a amostra em estudo e principalmente construir a organização dos sistemas bioecológicos dos professores, para identificar as influências ambientais na constituição das concepções de saúde e de deficiência dos docentes da Educação Superior, foi composto, em sua maioria, por mulheres, pessoas casadas e com filhos, e formação de mesossistemas com familiares próximos (pais, irmãos, sogros). A maior parte são doutores, com média de tempo de docência de 14,95 anos. A maior parte dos participantes do questionário online (69%) teve experiência na prática docente com pessoas com deficiência, critério de inclusão para participar da entrevista.

Os sistemas dos docentes, como já era de se esperar pelas orientações de Bronfenbrenner (1996, 2011), estruturaram-se de maneira semelhante entre si; entretanto, não se pode afirmar que sejam análogas, haja vista que cada parte desse sistema tem um funcionamento próprio, devido às características particulares de cada um e de cada família, a partir de seus hábitos e valores. Ao contrário do que se esperava, a convivência com as pessoas que compõem seus mesossistemas não implicou nas concepções de saúde e deficiência, mas as vivências com a doença, captadas pelas entrevistas, podem gerar reflexos nas concepções de saúde, em especial.

Bronfenbrenner (2011, 1996) considera o local de trabalho como um dos espaços mais potentes para o desenvolvimento, tanto das crianças com as quais estabelece uma relação de mesossistema, quanto pelos adultos com os quais formam microssistemas. O local de trabalho foi considerado como parte do microssistema dos docentes, uma vez que nele interagem, transformam seu próprio desenvolvimento e participam de díades formadas por colegas de trabalho e estudantes, interagindo em atividades molares, especialmente se considerada a temática que perpassa esta pesquisa e a IES em estudo, com suas características voltadas para os processos inclusivos.

Além disso, as relações estabelecidas entre os colegas de trabalho por meio das coordenações e da Coordenadoria de Ações Educacionais (Caed), como vínculo apoiador, e os próprios estudantes, considerando que a maior parte tem contato com pessoas com deficiência na universidade, favorecem as reflexões para a transformação de concepções. Ainda, a própria organização da IES pesquisada, com diferentes estratégias desenvolvidas para se adequar aos pressupostos da inclusão, oferece subsídios para que os docentes possam repensar sua prática frente à realidade com a qual se deparam em sala de aula. Portanto, as políticas públicas e

legislações federais que favoreceram o acesso das pessoas com deficiência na Educação Superior bem como as resoluções internas da IES são fatores que instigam uma nova percepção sobre a deficiência e a inclusão, mas não sobre a saúde.

Sobre essas concepções, a mídia e cultura em que cada pessoa está inserida foram elementos citados como influentes, especialmente na etapa descritiva da análise estatística. Sabe-se que a mídia exerce influência sobre as pessoas; portanto, abre-se uma necessidade de investir numa mídia que não reproduza concepções desfavoráveis à pessoa com deficiência, mas que as considere simplesmente como pessoas, cujo termo instituído a partir de uma nomenclatura adequada, ou seja, o termo “pessoas”, tem esse objetivo de tratar todos inicialmente como pessoas, independentemente de suas características particulares.

A cultura, por sua vez, insere-se na vida como parte integrante do desenvolvimento e se reproduz ao longo dos anos, transformando-se, mas sempre influenciando as gerações. O julgamento ofertado às pessoas com deficiência, vinculado aos estigmas sociais, que são históricos, estão presentes nas culturas, mas o que se pode observar é que, nos últimos anos, os movimentos voltados para essa população têm instigado mudanças culturais, como pode ser observado na própria concepção de deficiência aqui apresentada. Contudo, vale referenciar que muitas falas reproduzem uma certa relativização quanto à deficiência, muito provavelmente na busca por tratar essas pessoas como pessoas, conforme as políticas têm sugerido.

A partir dessas considerações, foi possível identificar o modelo de saúde e deficiência compreendido pelos docentes que atuam com acadêmicos com deficiência na Educação Superior, advindas da experiência na prática pedagógica. A hipótese que discorria sobre a concepção estar atrelada ao modelo tradicional de saúde (biomédico) foi confirmada nas entrevistas. Entre os entrevistados, a saúde é entendida como sentir-se bem, tanto do ponto de vista da ausência de doença, quanto da saúde mental das pessoas. Entretanto, os dados quantitativos refutam essa observação, haja vista que os questionamentos sobre a saúde foram empregados no sentido de atrelar a percepção da saúde à presença da doença e foram respondidos de maneira a discordar com a maior parte das afirmações, sendo que as áreas de atuação dos professores (Ciências da Saúde, Ciências Sociais e Humanas e Ciência e Tecnologia) não foram fatores que implicaram diferença entre as concepções.

Considerando os determinantes sociais de saúde (DSS), entende-se que um estado de saúde favorável envolve a percepção de cada pessoa sobre sua condição de vida, que perpassa os aspectos relacionados à alimentação adequada; a condições de moradia, trabalho e renda dignas; ao acesso aos serviços públicos e ao lazer; a relações interpessoais positivas; à ausência de doença, entre outros fatores que cada pessoa considera fundamentais para sua qualidade de

vida. Portanto, a saúde é um conceito mutável e relativo, que permite que as pessoas tenham a liberdade de conceber suas expectativas para determinar a condução de sua saúde.

Sobre a deficiência, não se pode negar sua relação com o padrão de normalidade estabelecido, mas o fator que implica nessa concepção é como cada pessoa age em relação à dificuldade apresentada pelos demais. Portanto, a deficiência está relacionada tanto à ausência de condições físicas para desempenhar as atividades, dentro de um padrão considerado ideal para cada pessoa e não necessariamente para os padrões da área da Saúde, quanto à organização da sociedade para que todas as pessoas, independentemente de suas características, possam circular e interagir em todos os espaços e com os demais. Desse modo, neste estudo, o que se pôde observar é que há uma tendência para uma concepção de saúde em processo de reestruturação. Sobre a deficiência, os professores parecem estar se aproximando de uma concepção mais aberta à diversidade, com uma preocupação crescente com o futuro dos estudantes, frente a uma sociedade despreparada.

No que se refere à prática pedagógica, observou-se que há uma preocupação dos docentes com o processo de aprendizagem e um esforço coletivo, por parte da IES, para que ela se efetive. Os docentes que tiveram experiência com pessoas com deficiência afirmam que suas práticas estão coerentes com os pressupostos da inclusão. Esta, porém, seria uma temática a ser abordada em novos estudos, analisando com profundidade, na busca por analisar essas práticas. Todavia, o movimento por afirmar que não estão preparados para trabalhar com estudantes com deficiência é recorrente, como outras pesquisas têm afirmado. Porém, entende-se que os pesquisados estão se envolvendo com o desafio, enquanto atribuição e responsabilidade do ser e fazer profissional. Sobre essas dificuldades, o autismo, apesar de não ser o foco da pesquisa, mas considerado em função de estar abarcado no público-alvo da Educação Especial, foi mencionado como principal preocupação dos docentes, seguido pela deficiência auditiva e pela deficiência intelectual. Além disso, os professores mencionaram que estão seguros em ministrar aulas para pessoas com altas habilidades; entretanto, as pesquisas da área têm demonstrado o contrário. Verifica-se, desse modo, a necessidade de investimento em capacitação aos docentes para atuar com esses estudantes, mas também de adesão a essas propostas de qualificação por parte dos docentes.

A experiência com pessoas com deficiência, aliada à disponibilidade e ao comprometimento com a prática pedagógica docente mostrou-se fundamental para tornar os processos mais inclusivos. Assim, a hipótese que discorria sobre a experiência com pessoas com deficiência voltados para a uma prática pedagógica diversificada ser fator preponderante para a prática pedagógica com estudantes, numa perspectiva inclusiva, foi confirmada.

Finalizando esta pesquisa, sugere-se que novos estudos sobre o uso da TBDH sejam realizados, com enfoque aos processos inclusivos e às pessoas com deficiência, com o objetivo de refletir e propor estratégias para a efetivação da inclusão, bem como a mudança de concepções. Da mesma forma, uma sugestão para novos estudos seria replicar o estudo com os mesmos docentes, para verificar se houve mudanças nas concepções e se esse desenvolvimento realmente ocorreu. Ainda, sugere-se aprofundar o estudo dos sistemas, com um número maior de participantes, englobando as pessoas que fazem parte dos microsistemas dos professores, para compreender como as características operam no desenvolvimento, além de ofertar maior atenção para o elemento tempo no desenvolvimento.

Esta pesquisa pode suscitar novas possibilidades de pesquisa na área da Saúde e da Educação, por isso, pretende-se realizar uma análise estatística multivariada, com o objetivo de desenvolver um instrumento que possa auxiliar na compreensão das concepções sobre saúde e deficiência, com base na TBDH. Dessa forma, entende-se que a tese aqui apresentada é ratificada pelos resultados apresentados, entendendo que as concepções sobre saúde e deficiência são influenciadas por diversos fatores, que se estruturam a partir de diferentes elementos constituintes, em especial da experiência com pessoas com deficiência e que, portanto, a TBDH pode contribuir para compreender estes processos de desenvolvimento humano. Portanto, acredita-se que a presente tese pode contribuir para repensar as concepções dos docentes e reforçar a necessidade de investir em políticas públicas e legislações voltadas para pessoas com deficiência, uma vez que favorecem essa mudança de concepção. Por fim, a pesquisa pode auxiliar a IES em estudo, como protagonista de ações inclusivas, a direcionar suas ações para a qualificação dos professores, bem como a ampliar o apoio pedagógico já ofertado pela Caed.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. **O que saúde?** Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2011.

AMADOR, D. V.; SILVA, K. L. Promoção da Saúde: histórico, conceito e práticas no contexto da Saúde Coletiva. In: SOUZA, M. C.; HORTA, N. **Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e prática**. 2. ed. [Reimpr.]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. 396 p.

ANASTASIOU, L. das G. C.; ALVES, L. P. Estratégias de ensinagem. In: ANASTASIOU, L. das G. C.; ALVES, L. P. (Orgs.). **Processos de ensinagem na universidade**. Pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 3. ed. Joinville: Univille, 2007.

ANTUNES, A. et al. Inclusão no Ensino Superior: Percepções de Professores em uma Universidade Portuguesa. **Psicologia em Pesquisa**, v.7, n.2, p.140-150, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472013000200002. Acesso em: 25 mar. 2015.

ARRETCHE, M. (Org.). **Trajatória das Desigualdades: Como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos**. São Paulo: UNESP; CEM, 2015.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE-ANIP. **Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: um guia para profissionais**. Coimbra, PT: Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016. Disponível em: <http://im2.anip.net/index.php/guia/versao-on-line#page/6>. Acesso em: 07 dez. 2016.

ARAÚJO, C. H. dos S.; PEIXOTO, J. Docência online: trabalho pedagógico mediado por tecnologias digitais em rede. **ETD - Educação Temática Digital**, Campinas, SP, v. 18, n. 2, p. 404-417, 2016. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/8639484>. Acesso em: 06 fev. 2019. doi:<https://doi.org/10.20396/etd.v18i2.8639484>.

BARCELLOS, C. M. et al. **Normatização e atuação do tradutor/ interprete de Libras na UFSM**. Silvia Maria de Oliveira Pavão (Org.). 2. ed. rev. e atual. Santa Maria, RS: Universidade Federal de Santa Maria, Núcleo de Acessibilidade, Anima, 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: 70 ed, 2011.

BATTISTELLA, C. **O território da saúde e da doença**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2007.

BOMFIM, M. I.; GOULART, V. M. P.; OLIVEIRA, Lêda Z. Formação docente na área da saúde: avaliação, questões e tensões. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 8, n. 51, p.749-58, 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/1801/180132417010_2.pdf. Acesso em: 10 mar.2018.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica de Pós-Graduandos em Sociologia Política**, UFSC, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005. Disponível em:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/%2018027/16976>. Acesso em: 24 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei N° 4.024, de 20 de dezembro de 1961. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. 1961. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1960-1969/lei-4024-20-dezembro-1961-353722-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 03 dez. 2017.

BRASIL. Constituição da República federativa do Brasil, Presidência da República, **Casa Civil**, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1988.

BRASIL. Decreto N° 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a **Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência**, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm. Acesso em: 02 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, **Lei N° 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 25 fev. 2018.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Diário Oficial da União, 16 de julho de 1990. ECA. Brasília, DF, 1990a).

BRASIL. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Básica Nacional, LDB 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/19394.htm. Acesso em: 30 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Diretrizes nacionais para a educação especial na educação básica**. MEC/SEESP, Brasília, DF, 2001, p. 79 [e-book]. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 30 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação, **Portaria N° 3.284, de 7 de novembro de 2003**. Dispõe sobre requisitos de acessibilidade de pessoas portadoras de deficiências, para instruir os processos de autorização e de reconhecimento de cursos, e de credenciamento de instituições. Diário oficial da União, 3 de dezembro de 1999, Seção 1E, pág. 20. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/port3284.pdf>. Acesso em: 02 set. 2018.

BRASIL. Lei N° 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - Eletrônico - 20/12/2000, Página 2 (Publicação Original). Disponível em:<

<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2000/lei-10098-19-dezembro-2000-377651-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 02 set. 2018.

BRASIL. **Decreto Nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis n^{os} 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: MEC/SEESP, 2008. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeduc ESPECIAL.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Resolução CNE/CEB n.º 4/2009**. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. Brasília: MEC/CNE/CEB, 2009b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf. Acesso em: 25 fev. 2018.

BRASIL. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comitê de Ajudas Técnicas. **Tecnologia Assistiva**. – Brasília: CORDE, 2009c. 138 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. **Lei Nº 12.319, de 1º de setembro de 2010**. Regulamenta a profissão de Tradutor e Intérprete da Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS. 2010b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112319.htm. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Decreto Nº 7.612 de 2011. **Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite**. 2011. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/viver-sem-limite>. Acesso em: 23 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso: 24 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2012b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 05 maio 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.711 de 29 de agosto de 2012.** Dispõe sobre o ingresso nas universidades federais e nas instituições federais de ensino técnico de nível médio e dá outras providências. Brasília: DF. 2012c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12711.htm. Acesso em: 05 maio 2017.

BRASIL. **Cartilha do Censo 2010** – Pessoas com Deficiência. Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012d. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2018.

BRASIL. Presidência da República, Secretaria de direitos humanos, Conselho Nacional dos Direitos da pessoa com deficiência, **Recomendação Nº 03, de 1º dezembro de 2012.** Dispõe sobre as pessoas com visão monocular e com perda auditiva unilateral e a não ampliação dos mesmos direitos assegurados àquelas que apresentam deficiência. 2012e. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/conade/atos-normativos/recomendacoes>. Acesso em: 02 set. 2018.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015:** Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência/Estatuto da Pessoa com Deficiência. Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas. Brasília: DF. 2015. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 21 out. 2016.

BRASIL. **Lei nº 13.409, de 28 de dezembro de 2016.** Altera a Lei nº 12.711, de 29 de agosto de 2012, para dispor sobre a reserva de vagas para pessoas com deficiência nos cursos técnico de nível médio e superior das instituições federais de ensino. Presidência da República, Casa Civil, Brasília, DF. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - 29/12/2016, Página 3 (Publicação Original). 2016a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13409.htm>. Acesso em: 15 jan. 2017.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016.** Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, em 15 de dezembro de 2016. 2016b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 10 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da Educação Superior:** Notas estatísticas. Brasília: Ministério da Educação, 2016c. Disponível em: <http://www.inep.gov.br>. Acesso em: 11 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resumo técnico:** Censo da Educação Superior 2014. – Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2017. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/documents>. Acesso em: 20 fev. 2018.

BRIDI, F. R. S.; BAPTISTA, C. R. Deficiência mental: o que dizem os manuais diagnósticos? **Revista de Educação Especial**, v. 27, n. 49, p.499-512, 2014. Disponível em: <http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial>. Acesso em: 12 jul. 2015.

BRITO-LAREDO, J. Calidad educativa en las instituciones de educación superior: evaluación del síndrome de burnout en los profesores. *RIDE. Rev. Iberoam. Investig. Desarro. Educ.* v. 8, n. 16, p. 516-534, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23913/ride.v8i16.356>. Acesso em: 06 jan. 2019.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do Desenvolvimento Humano**: experimentos naturais e planejados, Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do Desenvolvimento Humano**: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRUM, M. L. B. **Percepções de adolescentes frente as IST/HIV/AIDS**: demandas de cuidado à saúde, na perspectiva das vulnerabilidades. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 27 fev.2018.

BUSSAB, W. O.; MORETTIN, P. A. **Estatística Básica**. 9. ed. (especial). São Paulo: Saraiva, 2017.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Revista Ciências e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 27 mar. 2017.

CANESQUI, A. M. Legitimidade e não legitimidade das experiências dos sofrimentos e adoecimentos de longa duração. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 409-416, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2018.v23n2/409-416/pt>. Acesso em: 06 jan. 2019.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000 (Campo Teórico).

CASTRO, S. F.; ALMEIDA, M. A. Ingresso e Permanência de Alunos com Deficiência em Universidades Públicas Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 20, n. 2, p. 179-194, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382014000200003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 02 abr. 2017.

CASTRO, S. S. et al. Aferição de funcionalidade em inquiridos de saúde no Brasil: discussão sobre instrumentos baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 3, p. 679-687, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n3/1980-5497-rbepid-19-03-00679.pdf>. Acesso em: 09 out. 2017.

CATÃO, M. do Ó. **Genealogia do Direito à Saúde**: uma reconstrução de saberes e Práticas na modernidade. Campina Grande: EDUEPB, p. 244, 2011.

CERUTTI, E.; NOGARO, A. Desafios docentes no Ensino Superior: entre a intencionalidade pedagógica e a inserção da tecnologia. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 12, n. 3, p. 1592-1609, 2017. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/9119>. Acesso em: 24 nov. 2018.

CHRISTMANN, M.; PAVÃO, S. M. O. A inerência do diagnóstico clínico na produção de (in) exclusão educacional. **Acta Scientiarum Education**, v. 40, n. 03, p. 1-12, 2018. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciEduc/article/view/31628>. Acesso em: 15 dez. 2018.

CIANTELLI, A. P. C.; LEITE, L. P. Ações Exercidas pelos Núcleos de Acessibilidade nas Universidades Federais Brasileiras. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 22, n. 3, p. 413-428, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382016000300413&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 jan. 2019.

CIEZA, A. et al. Rethinking Disability. **BMC Medicine**, v. 16, n.14, 2018. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-017-1002-6>. Acesso em: 30 set. 2018.

COELHO, V. S. P.; DIAS, Marcelo. Saúde e desigualdade no Brasil. In: ARRETCHE, Marta (Org.). **Trajetórias das desigualdades**: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos. São Paulo: Ed. Unesp/CEM, 2015, p. 249-276.

CORREIA, L. de M. O sistema educativo português e as necessidades educativas especiais ou quando inclusão quer dizer exclusão. In: CORREIA, Luís de Miranda. **Educação Especial e inclusão**. 2. ed. ver/atual-Porto, PT: Porto Editora, 2010.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa**. Métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de Métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CZERESNIA, D.; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. **Os sentidos da saúde e da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. (Coleção Temas em Saúde).

DAMIANCE, P. R. M. et al. Formação pedagógica para o SUS: uma análise sobre concepções e práticas pedagógicas em Saúde Coletiva. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 699-721, 2016.

DEMO, P. **Metodologia científica em Ciências Sociais**. 3. ed. Rev. e Ampl. São Paulo: Atlas, 2010.

DANTAS, T. C. Experiência de pessoas com deficiência no Ensino Superior: um olhar sobre a vivência de empoderamento e autoadvocacia. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 31

n. 62, p. 525-538, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial>. Acesso em: 06 dez. 2018.

DI NUBILA, H. B.V.; BUCHALLA, C. M. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, n. 2, p. 324-35, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n2/14.pdf>. Acesso em: 12 maio 2017.

DSM-5, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. **American Psychiatric Association**; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ESCOREL, S. As bases universitárias. In: **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p. 18-30. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/qxhc3/pdf/escorel-9788575413616-03.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2019.

FEIO, A.; OLIVEIRA, C. C. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 703-715, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00703.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2017.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000601869&script=sci_abstract. Acesso em: 10 fev. 2017.

FISCHER, M. C.; TIRIBA, L. Saberes do trabalho associado. In: CATTANI, A. D. et al. (Orgs.). **Dicionário Internacional da outra economia**. São Paulo: Almedina, 2009.

FIORIN, B. A. **Reestruturação da Educação Superior e as ações direcionadas a permanência e diplomação do estudante com necessidades educacionais especiais**. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal de Santa Maria, 2018, 263p.

FLORES, S. R. A democratização do Ensino Superior no Brasil, uma breve história: da colônia a república. **Revista Internacional de Educação Superior**, Campinas, v. 3 n. 2 p. 401-416. 2017. Disponível em: <http://ojs.fe.unicamp.br/index.php/RIESup/article/view/7769>. Acesso em: 25 out. 2017.

FRAGA, C. K. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. **Revista Serviço Social Sociedade**, São Paulo, n. 101, p. 40-64, 2010.

FRÁGUAS, G.; ALMEIDA, S. P.; SOARES, S. M. Avaliação e Intervenção na família no contexto da Saúde Coletiva: Pressupostos teóricos e metodológicos. In: SOUZA, Marina Celly. **Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e prática**– 2. ed. – [Reimpr.]. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

FRANÇA, T. H. Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. **Lutas Sociais**, São Paulo, v. 17 n. 31, p.59-73, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/lis/article/view/25723>. Acesso em: 25 jun.2017.

FRANTZ, W. Educação e cooperação: práticas que se relacionam. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, n. 6, p. 242-64, 2001. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/sociologias/article/viewArticle/5772>. Acesso em: 20 jan. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação**: cartas pedagógicas a outros escritos. São Paulo: UNESP, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia da Indignação**: cartas pedagógicas e outros escritos. São Paulo: UNESP, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia da esperança**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. 54. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

FREITAS, S. N.; PAVÃO, S. M. de O. Professor da educação inclusiva: reflexões a partir de uma abordagem curricular compreensiva. **Revista Educação Especial**, v. 25, n. 43, p. 277-90, 2012. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/5223>. Acesso em: 24 abr. 2015.

GAMBOA, S. S. **Pesquisa em Educação métodos e epistemologias**. 2. ed. Chapecó: Argos. 2012.

GATTI, B. Estudos quantitativos em educação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 11-30, 2004.

GATTI, B. A construção metodológica da pesquisa em educação: desafios. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 13-34, 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/rbpaee/article/view/36066>. Acesso em: 25 fev. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas S.A, 2010.

GOULARTE, R. B. O acesso de alunos surdos no ensino superior. In: Pavão, Silvia Maria de O. **Ações de Atenção à aprendizagem no ensino superior** 1. ed.- Santa Maria: UFSM, PRE, Ed. pE.com, 2015.

HATTGE, M. D.; KLAUS, V. A importância da pedagogia nos processos inclusivos. **Revista Educação Especial**, v. 27, n. 49, p. 327-340, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/7641>. Acesso em: 27 fev. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Nacional brasileiro, 2010. **Indicadores Sociais**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/>> Acesso em: 10 jan. 2019.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: Trabalho e formação profissional. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

IMBERNÓN, F. **Formação docente e profissional**: formar-se para a mudança e a incerteza. São Paulo: Cortez, 2010.

JANUZZI, G. M. **A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI.** Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

KAUFFMANN, J. M.; HALLAHANN, D. P. **The inclusion full inclusion: a comprehensive critique of a Current Special Education Bandwagon.** 2. ed. Pro-ed. Na International Publischer. 2012.

KREBS, R. J. **Urie Bronfenbrenner e a Ecologia do Desenvolvimento Humano.** Santa Maria, RS: Casa Editorial, 1995.

LAVRADOR, R. S. F. **A Utilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Educação.** Dissertação (Mestrado em Educação Especial), Universidade do Minho, Porto, Portugal, 2009.

LOBO, L. F. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil.** 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2015.

MACIEL, C. E.; ANACHE, A. A. A permanência de estudantes com deficiência nas universidades brasileiras. **Educar em Revista**, v. 33, n.(especial), 2017. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/educar/article/view/52924/34098>. Acesso em: 05 dez.2017.

MARCONDES, K. H. B.; SIGOLO, S. R. R. L. Comunicação e envolvimento: possibilidades de interconexões entre família-escola? **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 51, p. 91-99, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2012000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 19 nov. 2018.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do Trabalho Científico: Procedimentos básicos; Pesquisa bibliográfica, projeto e relatório; Publicações e trabalhos científicos.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LOPES, M. C.; FABRIS, E. T. **Inclusão & Educação.** Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

MARQUES, Mário O. **Escrever é preciso.** O princípio da pesquisa. 5. ed. Ver. Ijuí: Unijui, 2006.

MARTINS, A. C.; ARAUJO, E. S. Deficiência não é incapacidade: o que isso significa? **Revista CIF Brasil**, v. 3, n. 1, p. 18-27, 2015. Disponível em: <http://www.revistacifbrasil.com.br/ojs/index.php/CIFBrasil/article/view/19/26>. Acesso em: 30 set. 2018.

MARX, K. **O Capital.** Crítica da economia política. Tradução de Régis Barbosa e Flávio R. Kothe. 3. ed. São Paulo: Nova Cultura, 1988. Volume I.

MAZZOTTA, M. J. S. **Educação Especial no Brasil: História e políticas públicas.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MENEZES FILHO, N.; KIRSCHBAUM, C. Educação e desigualdade no Brasil. In: ARRETCHE, Marta. **Trajetórias das desigualdades**: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos. São Paulo: Editora Unesp, CEM, 2015.

MENTGES, M.; CASARTELLI, A. de O. Gestão da Graduação: cenários, desafios e perspectivas. In: ZABALZA, M. B; MENTGES, M.; VITÓRIA, M. I. C. **Engagement na educação superior**: conceitos, significações e contribuições para a universidade contemporânea. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2018, p. 37-55.

NAVARRO, E. M. et al. Buenos docentes universitarios: ¿Qué dicen los estudiantes? **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 937-952. 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29848830005>. Acesso em: 18 nov. 2018.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D'A. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. [E-BOOK]. Disponível em: <http://brasil.campusvirtualsp.org/sites/default/files/O%20Territorio%20e%20o%20Processo%20Saude-Doenca.pdf>. Acesso em: 12 nov.2016.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais**: Investigação em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

PAULO NETTO, J. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

NOBRE, F. S.; COUTINHO, M. T. C.; VALENTINI, N. C. A ecologia do desenvolvimento motor de escolares litorâneos do nordeste do Brasil. **Journal of Human Growth and Development**, v. 24, n. 3, p. 263-73, 2014. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/psi-65101>. Acesso em: 25 set.2017.

NOVAES, D. V.; COUTINHO, C. Q.S. **Estatística para a educação profissional e tecnológica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. **Tratado de Saúde Coletiva**, 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

WESTPHAL, M. F. Promoção da Saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. **Tratado de Saúde Coletiva**, 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Direção Geral de Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF)**. Lisboa, PT: 2004. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf. Acesso em: 24 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. **Declaração Mundial sobre Educação para Todos** satisfação das necessidades básicas de aprendizagem, Jomtien, Tailândia. 1990. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000862/086291por.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. **Declaração de Salamanca e enquadramento da ação na área das necessidades educativas especiais.** Conferência Mundial sobre necessidades educativas especiais: acesso e qualidade. Salamanca, Espanha. 1994. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. **Conferência Mundial sobre Ensino Superior 2009.** As Novas Dinâmicas do Ensino Superior e Pesquisas para a Mudança e o Desenvolvimento Social (UNESCO, Paris, de 5 a 8 de julho de 2009). Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=4512-conferencia-paris&Itemid=30192. Acesso em: 06 jan. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA. **Conferência Mundial sobre Ensino Superior 2009** As Novas Dinâmicas do Ensino Superior e Pesquisas para a Mudança e o Desenvolvimento Social. Paris: Unesco, 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=4512-conferencia-paris&Itemid=30192. Acesso em: 08 maio 2017.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl.1, p.205-218, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00205.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2016.

PAIM, J. S. **O que é SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano.** 12. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2013.

PERRENOUD, P. **10 novas competências para ensinar.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

PIECZOWSKI, T. M. Z. **Inclusão de estudantes com deficiência na Educação Superior:** efeitos na docência universitária. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal de Santa Maria, 2014, p. 210.

PIMENTA, S. G.; ANASTASIOU, L. das G. C. **Docência no Ensino Superior.** 5. ed. São Paulo: Cortez, 2014.

PIKETTY, T. **O capital no século XXI.** I Ed. – Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

PLETSCH, M. D.; LEITE, L. P. Análise da produção científica sobre a inclusão no Ensino Superior. **Educar em Revista**, v. 33, n. (especial), 2017. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/educar/article/view/51042>. Acesso em: 05 dez. 2017.

POLETO, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos e resiliência, fatores de risco e proteção. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 405-16, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000300009. Acesso em: 25 set.2017.

POSSA, L. B.; NAUJORKS, M. I.; RIOS, G. M.S. Matizes do discurso sobre avaliação na formação de professores da Educação Especial. **Revista Educação Especial**, v. 25, n. 44, p. 465-482, 2012. Disponível em: <http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial>. Acesso em: 12 jul. 2015.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

REO PEREIRA, R.; SILVA, S. S. C; FACIOLA, R. A. Inclusão de estudantes com deficiência no Ensino Superior: uma revisão sistemática **Revista Educação Especial**, v. 29, n. 54, p. 147-160, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/19898/pdf>. Acesso em: 24 fev. 2018.

RIBEIRO, C. A. C.; SCHLEGEL, R. Estratificação horizontal da Educação Superior no Brasil (1960 a 2010). In: ARRETCHE, Marta. **Trajetórias das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos**. São Paulo: Editora Unesp, CEM, 2015.

RITTER, C. A política de cotas na Educação Superior: as (a)simetrias entre o acesso nas universidades federais e o desenvolvimento social brasileiro. **Tese** (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2018. 222 f.

ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2000. (e-book). Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/d63fk/pdf/rozenfeld-9788575413258.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2016.

SAGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 538-42, 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016. Acesso em: 20 jun. 2017.

SAMPAIO, P. P.; CALDAS, J. M. P.; CATRIB, A. M. F. A (des)estabilização das redes sociais e o impacto na saúde do professor universitário: o caso português. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 239-244, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n3/1414-462X-cadsc-23-3-239.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2018.

SAMPAIO, R. F.; LUZ, M. T. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 475-483, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 jul. 2017.

SANTOS, J. L. G. dos et al. Integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma pesquisa de métodos mistos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 26, n. 3, e1590016, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072017000300330&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 3 fev. 2019.2019.

SANTOS, M. P.; LIMA, C. B.; ALMEIDA, M. S. N. Inclusão no Ensino Superior pela lente omnilética: um foco na formação docente. **Revista online de Política e Gestão Educacional**, Araraquara, v. 22, n. esp. 2, p. 825-839, 2018. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/rpge/article/view/11915/7798>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2018.

SEMESP. Sindicato das Mantenedouras do Ensino Superior. **Mapa do Ensino Superior no Brasil**, São Paulo: SP. 2016. Disponível em: http://convergenciacom.net/pdf/mapa_ensino_superior_2016.pdf. Acesso em: 02 jun. 2018.

SGUISSARDI, V. **Universidade Brasileira no Século XXI**. São Paulo: Cortez, 2009.

SHIPPER, C. M.; WITZEL D. G. Discurso e mídia: construção de concepções da pessoa com deficiência intelectual em propagandas. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 28, n. 52, p. 295-310, 2015. Disponível em: <http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial>. Acesso em: 25 out. 2018.

SCHMITT, R. E. **A permanência na universidade analisada sob a perspectiva bioecológica: integração entre teorias, variáveis e percepções estudantis**. Tese (doutorado em educação). pontifícia universidade católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, 2016.

SCHMITZ, D. A.; PAVÃO, A. C. O. Democratização da informação e do conhecimento por meio da acessibilidade em documentos digitais. **Educação Temática Digital Campinas**, SP, v. 20 n. 4 p. 1117-1137, 2018. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/etd/article/view/8650361>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SILVA, A. M.; CYMROT, R.; D' ANTINO, M. E. F. Demandas de docentes do Ensino Superior para a formação de alunos com deficiência. **Revista. bras. Est. pedag., Brasília**, v. 93, n. 235, p. 667-697, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbeped/v93n235/08.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2017.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Ensaio: Saúde debate**, v. 40, n. 108, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>. Acesso em: 15 dez. 2018.

SOUZA, M. S.; BAPTISTA, M. N. Associações entre suporte familiar e saúde mental. *Psicol. Argum.* v. 26, n. 54, p. 207-215, 2008. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=527291&indexSearch=ID>. Acesso em: 10 jan. 2019.

SOUZA, D. de O.; SILVA, S. E. V. da.; SILVA, N. de O. Determinantes Sociais da Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 22, n. 1, p. 44-56, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/06.pdf>. Acesso em: 14 out. 2018.

SOUZA, L. E. P. F. Saúde Pública ou Saúde Coletiva? **Revista Espaço para a saúde**, Londrina, v. 15, n. 4, p. 07-21, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasauade/article/view/20686>. Acesso em: 23 nov. 2016.

SOUZA, O. A. **Família-Escola e Desenvolvimento Humano**: um estudo sobre as atitudes educativas familiares. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2017. 155 f.

SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. de C. **Enfermagem em Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Guanabara, 2017.

STATISTICAL PACKAGE FOR THE SOCIAL SCIENCES (SPSS), Versão 2.3. IBM Corporation. 2017.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. 17. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017.

TAVARES, L. M. F. L.; SANTOS, L. M. M.; FREITAS, M. N. C. A Educação Inclusiva: um Estudo sobre a Formação Docente. **Rev. Bras. Ed. Esp., Marília**, v. 22, n. 4, p. 527-542, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382016000400527&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 nov. 2018.

TEIXEIRA, E. Universidade em Transformação: *Engagement* na Perspectiva da Formação Integral. In: ZABALZA, M. B; MENTGES, M.; VITÓRIA, M. I. C. **Engagement na educação superior: conceitos, significações e contribuições para a universidade contemporânea**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2018, p.13-20.

TOLFO, S. R. PICCININI, V. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos brasileiros. **Revista Psicologia e sociedade**. v. 19, n. 01, p. 38-46, 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309326396007>. Acesso em: 23 out. 2017.

VARGUES-ADAMS, J. N.; MAJNEMER, A. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a Framework for Change: Revolutionizing rehabilitation. **Journal of Child Neurology**, v. 29, n. 8, p.1030-35, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24850572>. Acesso em: 16 out. 2017.

VIANA, F. R.; GOMES, A. L. L. A produção escrita de pessoas com deficiência intelectual na interação com as tecnologias digitais da informação e comunicação. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 30, n. 58, p. 297-312, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/21931>. Acesso em: 06 jan. 2019.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 9. ed. São Paulo: Perspectiva, 2006.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. Tradução Ana Thorell. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2014.

ZILMER, J. G. V. et al. Modelo bioecológico de Urie Bronfenbrenner e inserção ecológica: uma metodologia para investigar famílias rurais. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis,

v. 20, n. 4, p.669-74, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072011000400004&script=sci_abstract. Acesso em: 20 out. 2017.

ZUIN, A. Á. S.; BIANCHETTI, L. O produtivismo na era do “publique, apareça ou pereça”: um equilíbrio difícil e necessário. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 45, n. 158, p. 726-50, 2015. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/3294>. Acesso em: 27 nov. 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Resolução n. 011**. Institui, na Universidade Federal de Santa Maria, o Programa de Ações Afirmativas de Inclusão Racial e Social e revoga a Resolução n. 009/07. Santa Maria, 2007. Disponível em: http://w3.ufsm.br/prograd/afirmativas/res011_2007.pdf. Acesso em: 28 jan. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Ministério da Educação. **Plano de Desenvolvimento Institucional, 2016-2026**. Diretrizes das Políticas Institucionais. Texto-base para análise antes do envio ao CONSU. Disponível em: <https://www.ufsm.br/pro-reitorias/proplan/pdi/>. Acesso em: 10 jan. 2019.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Ministério da Educação. **Portal UFSM em números** (online), 2017. Disponível em: <http://site.ufsm.br/>. Acesso em: 11 dez. 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Relatório Acessibilidade**. Santa Maria: UFSM, 2017. Disponível em: <http://w3.ufsm.br/acessibilidade/images/relatorio%20FINAL.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Ministério da Educação. **Resolução nº 30**. 2017b. Disponível em: <https://www.ufsm.br/>. Acesso em: 2 jun. 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Ministério da Educação. **Relatório do núcleo de apoio a aprendizagem**. 2017c. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/anima/index.php/livros/re>. Acesso em: 03 set.2018.

APÊNDICES

**APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO: CARATERIZAÇÃO DO SISTEMA
BIOECOLÓGICO DE DESENVOLVIMENTO E CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE E
DEFICIÊNCIA.**

S00Q01. Você teve experiência na docência universitária (em sala de aula) com pessoas com deficiência? 1. Sim 2. Não
S00Q02. Você teve experiência na docência universitária (em sala de aula) com pessoas com necessidades educacionais especiais? 1. Sim 2. Não
PARTE 1: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS
S01Q01. Idade:
S01Q02. Sexo 1 Feminino 2 Masculino
S01Q03. Qual sua religião? 1. Católica 2. Espirita 3. Ateu 4. Agnóstico 5. Cristão 6. Outras (Ubandista, Wiccano, Universalista, Protestante, Luterana, Adventista)
S01Q04. Você estudou em escola (Ensino Básico, fundamental e médio)? 1. Pública durante todo o período 2. Privada durante todo o período 3. Pública e privada alternadamente
S01Q05. Como você considera sua saúde geral atualmente? 1. Muito boa 2. Boa 3. Regular 4. Muito ruim 5. Ruim
S01Q06. Você tem/teve algum problema de saúde durante sua vida? 1. Não 2. Sim.
S01Q07. Se você respondeu sim na questão anterior, especifique qual (doença aguda ou crônica):
S01Q08. Alguém do seu círculo familiar (cônjuge, filhos, pais, irmãos, avós) tem algum problema de saúde crônico? 1. Não 2. Sim.
S01Q09. Quem(parentesco) e qual problema?
S01Q10. Durante a sua infância, você conviveu com pessoas com deficiência, na família ou na escola?

1. Não 2. Sim.
S01Q11. Se você respondeu sim na questão anterior, especifique qual: 1. Deficiência auditiva 2. Surdez 3. Deficiência visual 4. Cegueira 5. Deficiência Física 6. Deficiência Intelectual 7 Deficiência múltipla 8. Não sei dizer qual era a deficiência.
S01Q12. Outra. Especifique
S01Q13. Você tem irmãos? 1. Não 2. Sim.
S01Q14. Se você respondeu sim na questão anterior, especifique quantos: (MÉDIA)
S01Q15. Qual seu Estado civil? 1. Casado/União Estável (a) 2. Solteiro (a) 3. Divorciado (a) 4. Viúvo (a)
S01Q16. Você tem filhos? 1. Não 2. Sim.
S01Q17- Se você respondeu sim na questão anterior, especifique a idade de seus filhos:
S01Q18. Alguém lhe auxilia nas tarefas domésticas (considere pessoas que não são do seu círculo familiar)? 1. Não 2. Sim.
S01Q19. Se você respondeu sim na questão anterior, especifique a idade aproximada desta pessoa:
S01Q20. Assinale, quanto tempo você se encontra na presença de seus pais para conversas longas. 1. Semanalmente 2. Quinzenalmente 3. Mensalmente 4. Semestralmente 5. Anualmente.
S01Q21. Assinale quanto tempo você se encontra na presença de seus irmãos para conversas longas. 1. Semanalmente 2. Quinzenalmente 3. Mensalmente 4. Semestralmente 5. Anualmente.
S01Q22. Assinale, quanto tempo, você se encontra na presença de seus amigos, para conversas longas. 1. Semanalmente

<p>2.Quinzenalmente 3. Mensalmente 4. Semestralmente 5. Anualmente.</p>
<p>S01Q23. Você mantém relações de amizade com seus colegas de trabalho?</p> <p>1. Com todos 2. Com a maior parte deles 3. Com nenhum deles 4. Com a menor parte deles 5. Indiferente</p>

CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS

<p>S02Q01. Graduação:</p> <p>1. CCS 2. CCSH 3. CT 4.Outro</p>
<p>S02Q02. Qual seu nível de Formação acadêmica (assinale apenas o nível mais alto):</p> <p>1. Graduação 2. Especialização 3. Mestrado 4. Doutorado 5. Pós-doutorado</p>
<p>S02Q03. Quanto tempo exerce a docência universitária (em anos)?</p>
<p>S02Q04. Com que frequência você realiza cursos de aperfeiçoamento, voltados para a prática docente?</p> <p>1.Semanalmente 2. Mensalmente 3. Não realizo 4. A cada três anos 5.Anualmente</p>
<p>S02Q05. Se você já lecionou para estudantes com deficiência, quais eram as deficiências? (Responda somente se lecionou para pessoas com deficiência).</p>
<p>S02Q06. Quando lecionou para estudantes com deficiência você considera que teve necessidade de adaptar algum material? (Responda somente se lecionou para pessoas com deficiência)</p> <p>0. Não respondeu 1. Não 2. Sim.</p>
<p>S02Q07. Se você respondeu sim na questão anterior, especifique qual(is):</p> <p>0. Não respondeu 1. Material impresso 2. Material visual (apresentações em Power point, prezi, etc) 3. Material de áudio e vídeo 4. Material técnico (equipamentos de uso técnico específico do curso) 5.Audiodescrição e estenotipia</p>

<p>S02Q08. Você considera que teve/teria dificuldades nestas adaptações?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não teria dificuldade 2. Sim teria muita dificuldade 3. Teria dificuldade em algumas situações
<p>S02Q09. Qual seria/ foi a principal dificuldade na adaptação de materiais para estudantes com deficiência?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de conhecimento sobre a deficiência 2. Falta de conhecimento sobre a adaptação de materiais 3. Falta de tempo para preparar aulas 4. Falta de auxílio de profissionais que tenham conhecimento sobre o assunto 5. Falta de conhecimento em informática 6. Não posso opinar

INFLUÊNCIAS SOCIAIS

<p>S03Q01. Para ampliar seu conhecimento, qual o principal recurso que você utiliza?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Artigos científicos de periódicos online ou impressos 2. Livros 3. Vídeos 4. Cursos presenciais ou online. 5. Eventos (conferências, seminários, simpósios).
<p>S03Q02. Qual meio de comunicação você mais utiliza para se informar? (assinale apenas uma resposta).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Internet 2. Televisão (canais pagos) 3. Televisão (canais abertos) 4. Jornais impressos 5. Não utilizo nenhum destes recursos
<p>S03Q03. Com que frequência utilizo este meio de comunicação para me informar?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diariamente 2. 2 vezes na semana 3. 3 vezes na semana 4. 5 vezes na semana
<p>S03Q04. Quais são as principais atividades de lazer que você realiza? (Marque até duas opções).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Viajar com a família ou amigos. 2. Frequentar bares, restaurantes, shopping, cinema com familiares ou amigos. 3. Praticar atividades esportivas ao ar livre. 4. Visitar os familiares/amigos próximos. 5. Participar de atividades culturais. 6. Realizar leituras, ouvir músicas e assistir filmes e documentários. 7. Cozinhar. 8. Cuidar de jardins, hortas e pátios em casa.
<p>S03Q05- Outro.</p>
<p>S03Q06. Você é participante ativo (membro de diretoria/encontros frequentes) de alguma instituição como clubes, igrejas/templos, centro de tradições, organização não governamental, conselhos, etc?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Não 2. Sim.
<p>S03Q07- Qual?</p>

CONCEPÇÕES:	
Assinale a resposta que melhor representa a sua opinião, seguindo a escala abaixo, onde 1 representa total discordância com a afirmação e 5 total concordância com a afirmação.	
1-	Discordo plenamente
2-	Discordo parcialmente
3-	Não concordo nem discordo
4-	Concordo parcialmente
5-	Concordo plenamente

S04Q01	A inclusão é o ato de incluir pessoas em todas as atividades.
S04Q02	Considero que a inclusão é uma utopia.
S04Q03	Considero que minha prática pedagógica está coerente com os pressupostos da inclusão educacional.
S04Q04	Considero que as experiências com pessoas com deficiência influenciam as minhas concepções sobre saúde e deficiência.
S04Q05	Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com deficiência auditiva.
S04Q06	A saúde é compreendida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença.
S04Q07	Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com deficiência física.
S04Q08	Considero que as pessoas em geral são influenciadas pelos meios de comunicação.
S04Q09	Deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda.
S04Q10	O conceito de saúde varia de acordo com a concepção de cada indivíduo e tem relação com a sua satisfação sobre a vida.
S04Q11	Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com altas habilidades/superdotação.
S04Q12	As pessoas com deficiência deveriam estudar em universidades especiais, que pudessem atender a todas as suas necessidades.
S04Q13	As pessoas com deficiência são aquelas que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.
S04Q14	Considero que minha cultura influencia minhas concepções sobre a deficiência e a saúde.
S04Q15	Considero que as experiências que vivi durante a infância influenciam as concepções sobre deficiência e saúde.
S04Q16	As deficiências podem ser parte ou uma expressão de uma condição de saúde, mas não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo deve ser considerado doente.
S04Q17	Considero que a mídia influencia minhas opiniões sobre a inclusão.
S04Q18	Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com deficiência visual.
S04Q19	As deficiências cobrem um campo mais vasto que as perturbações ou as doenças, por exemplo, a perda de uma perna é uma deficiência de uma estrutura do corpo, mas não é uma perturbação ou uma doença.
S04Q20	As deficiências são incapacidades do corpo passíveis de tratamento, para restauração das capacidades corporais.

S04Q21	Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com autismo.
S04Q22	Considero que sou uma pessoa aberta à diversidade.
S04Q23	A saúde é a ausência de doença.
S04Q24	A saúde e a deficiência são conceitos que se articulam.
S04Q25	Não tenho dificuldade de ministrar aulas para estudantes com deficiência
S04Q26	Considero que ofereço todos os recursos possíveis para garantir igualdade de oportunidades aos estudantes com deficiência.
S04Q27	Considero que a universidade oferece as condições adequadas para a inclusão de pessoas com deficiência.
S04Q28	Considero que não sofro influência das minhas relações interpessoais na opinião sobre a saúde e a deficiência.
S04Q29	Considero que a opinião dos meus amigos influencia minhas concepções sobre a deficiência.
S04Q30	Sinto-me seguro para ministrar aulas para estudantes com deficiência intelectual.

APÊNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTA E ROTEIRO DE ANÁLISE

PERGUNTA	FOCO TBDH
1-Como foi composta sua família? (Pais, irmãos, avós). Quais eram/são as profissões dos seus pais, avós e irmãos?	Organização microssistema e macrosistema
2-Descreva sua escola e comunidade, valorizando aspectos que foram marcantes para o seu desenvolvimento como ser social.	Microssistema e macrosistema
3-Algum fato da sua infância, relacionado a sua saúde ou de familiares, amigos, colegas, professores ficou marcado em sua vida?	Microssistema e macrosistema
4-Descreva de uma maneira geral como está organizado seu círculo familiar e de amigos atualmente?	Microssistema e macrosistema
5-Relate quais são as suas principais características e das pessoas com as quais você convive diariamente.	Microssistema
6-Qual a sua concepção sobre saúde, deficiência e inclusão educacional?	Microssistema, macrosistema, exossistema
7-Você tem experiência pessoal ou profissional com pessoas com deficiência? Houve alguma dificuldade quanto ao acompanhamento destas pessoas? Se sim, quais. Onde buscou auxílio?	Microssistema.
8-Como você define que ocorreu a relação professor/estudante nesse contexto?	Microssistema
9-Como seu curso/colegas interpretam a inclusão de pessoas com deficiência na Educação Superior?	Mesosistema
10-Como você compreende a inclusão de pessoas com deficiência na Educação Superior? Você se sente capacitado para ministrar disciplinas para estudantes com deficiência a partir de sua área de atuação?	Exossistema e mesossistema
11-Como era a sua percepção em relação as deficiências, antes de experienciar a prática docente com estes estudantes?	Microssistema e cronossistema

APÊNDICE C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Inclusão na Educação Superior: concepção docente sobre saúde e deficiência à luz da Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano.

Pesquisador responsável: Dr^a. Sílvia Maria de Oliveira Pavão

Discente de Pós-Graduação: Morgana Christmann

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação.

Telefone e endereço postal completo: 55-00000000; Avenida Roraima, 1000, prédio 16, CEP: 97105-900 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS.

Eu, Sílvia Maria de Oliveira Pavão, responsável pela pesquisa “Inclusão na Educação Superior: concepção docente sobre saúde e deficiência à luz da Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano”, o convidamos a participar como voluntário do estudo. Esta pesquisa tem por objetivo analisar as concepções de saúde e deficiência dos docentes da Educação Superior que influenciam na prática pedagógica para o processo de inclusão de pessoas com deficiência à luz da Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano.

A pesquisa justifica-se pois se percebe que atualmente há, na área da Saúde e da Educação, uma busca pela superação do modelo biomédico de saúde e deficiência e, para isso, as políticas foram sendo estruturadas com uma concepção social de saúde, ou seja, que envolve diversos fatores intervenientes e a subjetividades de cada um sobre sua compreensão acerca da saúde (ALMEIDA FILHO, 2011; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). Todavia, na prática discursiva nas demais áreas do conhecimento, inclusive na Educação, o discurso tem como enredo uma compreensão restrita de saúde e, por conseguinte, de deficiência. Tais observações são pertinentes, mesmo que a concepção de deficiência pareça estar superada nos documentos legais e nas políticas de inclusão social e educacional (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010; BRASIL, 2015).

As pesquisas nos últimos anos têm, portanto, demonstrado que muitos desafios quanto à inclusão de pessoas com deficiência na Educação Superior ainda estão presentes. O acesso à Educação Superior é um dos pilares fundamentais dos direitos humanos num regime democrático e defendido nos diferentes locais do mundo (UNESCO, 2009). Por esse fato, também os professores da Educação Superior precisam estar conscientes e aptos para receber os estudantes com deficiência e criar estratégias para sua aprendizagem, oferecendo condições de formação superior e inserção no mercado de trabalho, num contexto de alta competitividade.

Como será feita a pesquisa: a pesquisa será realizada na Universidade Federal de Santa Maria, campus-sede, com docentes da instituição. Serão realizadas entrevistas prolongadas, que poderão ser interrompidas pelo pesquisado a qualquer momento, caso sinta a necessidade, podendo ocorrer em mais de um encontro. Essas entrevistas serão gravadas. Todos os procedimentos da pesquisa serão antecedidos de convite, explicação por parte do pesquisador da atividade, que deverá ser aceito pelo participante.

Informamos ainda:

- Dos riscos e benefícios do presente estudo, assim como da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca da metodologia, riscos, benefícios e outros aspectos relacionados com a pesquisa desenvolvida;
- Considera-se como risco que o professor entrevistado possa sofrer constrangimento

por lembrar de algum fato que aconteceu com o mesmo ao longo da sua trajetória de vida pessoal e como educador. Contudo, havendo qualquer desconforto na realização do mesmo, o pesquisador compromete-se em oferecer suporte para minimizar os efeitos do constrangimento, em conversa ou optando por interromper a entrevista por um período de tempo, determinado pelos envolvidos;

- Os benefícios da participação na pesquisa associam-se à qualificação do trabalho docente a partir da reflexão sobre os conceitos de saúde e deficiência;
- O participante não terá nenhum tipo de ônus em participar, tampouco terá ressarcimento, indenização, ou recebimento de valores por ter participado dessa pesquisa. O participante declara que está ciente de que sua participação é voluntária;
- O participante tem liberdade de participar ou não da pesquisa, tendo assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar seu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo;
- O participante fica assegurado de que sua identidade não será revelada em hipótese alguma, mantendo o caráter confidencial das informações relacionadas com a sua privacidade, a proteção da sua imagem e a não estigmatização;
- O pesquisador garante que as informações não serão utilizadas para qualquer prejuízo do participante;
- O pesquisador garante o acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa e na sua conclusão.

A pesquisa observará também a sua adequação no que diz respeito aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas, prevalecendo sempre às probabilidades dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis, tanto individuais como coletivos.

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais me foi entregue.

A responsável por este estudo será a Professora Sílvia Maria de Oliveira Pavão (Contato de e-mail e telefone), tendo como auxiliar a discente de doutorado Morgana Christmann.

Pesquisadora: Sílvia Maria de Oliveira Pavão e/ou Morgana Christmann

Assinatura: _____

Nome do entrevistado: _____

Assinatura: _____

Obs.: O presente documento, em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder de cada participante e a outra em poder da autora deste projeto.

ANEXOS

ANEXO A- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: Inclusão na Educação Superior: concepção docente sobre saúde e deficiência à luz da Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano.

Pesquisador responsável: Prof^a. Dr^a. Sílvia Maria de Oliveira Pavão

Instituição de origem do pesquisador: Universidade Federal de Santa Maria

Área de Conhecimento: Educação

Telefone para contato:

Local da Coleta de dados: Santa Maria/RS

Registro na UFSM:

Os pesquisadores do presente projeto “Inclusão na Educação Superior: concepção docente sobre saúde e deficiência à luz da Teoria Bioecológica de Desenvolvimento Humano”, se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados por meio de questionário online e entrevistas.

Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: UFSM, Avenida Roraima, 1000, prédio 16, Departamento de Fundamentos da Educação, sala 3169, Centro de Educação, 97105-970 - Santa Maria – RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Sra. Sílvia Maria de Oliveira Pavão. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro Caae

Santa Maria,dede 20.....

.....
Sílvia Maria de Oliveira Pavão