

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

**A DEFICIÊNCIA FÍSICA E O PROCESSO DE
INCLUSÃO NO ENSINO REGULAR:
JUSTAPOSIÇÕES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E
APRENDIZAGEM**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Morgana Christmann

Santa Maria, RS, Brasil.

2015

**DEFICIÊNCIA FÍSICA E O PROCESSO DE INCLUSÃO
NO ENSINO REGULAR: JUSTAPOSIÇÕES DAS
CONDIÇÕES DE SAÚDE E APRENDIZAGEM**

Morgana Christmann

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação, Área de Concentração em Educação Especial, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Educação**.

Orientadora: Prof. Doutor Sílvia Maria de Oliveira Pavão

Santa Maria, RS, BRASIL.

2015

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Christmann, Morgana

A deficiência física e o processo de inclusão no ensino regular: justaposições das condições de saúde e aprendizagem / Morgana Christmann.-2015.

181 f.; 30cm

Orientadora: Silvia Maria de Oliveira Pavão

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, RS, 2015

1. Deficiência física 2. Aprendizagem 3. Saúde 4. Inclusão I. Pavão, Silvia Maria de Oliveira II. Título.

MORGANA CHRISTMANN

**A DEFICIÊNCIA FÍSICA E O PROCESSO DE INCLUSÃO NO ENSINO
REGULAR: JUSTAPOSIÇÕES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E
APRENDIZAGEM**

Dissertação de Mestrado em Educação para obtenção do título de Mestre em Educação Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Educação Especial.

Banca Examinadora:

.....

Profa. Dra. Sílvia Maria de Oliveira Pavão -Presidente/Orientadora – UFSM.

.....

Prof. Dr. Walter Frantz - UNIJUÍ

.....

Profa. Dra. Ana Cláudia Pavão Siluk - UFSM

.....

Profa. Dra. Soraia Napoleão Freitas – UFSM

Conceito:.....

Santa Maria,de de.....

Para minha professora preferida: minha Mãe Anamaris.

*Ao meu Pai Seno,
minha irmã Mirela,
minha irmã Marina (in memorian),
e meu Esposo Fabio.*

AGRADECIMENTO

Primeiramente, preciso mencionar o quanto foi difícil chegar até aqui. Conhecer um novo tema, desenvolver um projeto e fazer uma prova foram os primeiros desafios diante de tantos outros que vieram com a aprovação. Aprovada e com um caminho desconhecido para percorrer, hoje, com esta dissertação, concretizo mais um objetivo e abro portas para aprofundar um tema pelo qual sou feliz em desvendar. Em função disso, quero agradecer a todos aqueles que, de alguma maneira, contribuíram para a minha caminhada, em especial:

Meus pais Seno e Anamaris, meu porto seguro, aqueles que se dedicaram para que eu conquistasse o primeiro grande sonho, a graduação. Sempre me estimulando a buscar conhecimento; hoje, orgulhosos, celebram comigo mais uma conquista, o Mestrado. Também agradeço à Mirela, minha “irmã do meio”, pela paciência e pelo aprendizado. Ela faz com que, a cada encontro, eu possa repensar minhas atitudes. À Marina (*in memoriam*), minha pequena, que ensinou o verdadeiro sentido do amor, da dedicação no cuidado com os seres vivos e da força para lutar sempre pelos seus sonhos, sem fraquejar diante as incertezas da vida.

Ao Fabio, meu amor, meu amigo, meu companheiro, meu confidente, meu colega, meu motorista, aquele que está sempre ao meu lado, o qual me incentivou e incentiva para que eu conquiste meus objetivos. Aquele que, com paciência (e que paciência), suportou meus dias de angústias, medos, incertezas, inseguranças e partilhou comigo cada momento de conquista, de alegria e de frustração.

À minha Orientadora Sílvia, igualmente, agradeço. Senti-me honrada quando aceitou me orientar apesar de eu ser uma pessoa desconhecida. Agradeço, sobretudo, a confiança depositada. Obrigada pela exigência, pelo rigor e pela orientação na elaboração e na execução da pesquisa. Obrigada por partilhar comigo seu conhecimento e me permitir construir novos. Obrigada pela paciência em ler meus intermináveis e-mails, extremamente detalhados, confusos e angustiados. Obrigada pela amizade construída nestes anos de convivência.

Estou rodeada de grandes “Sílvias”.

A minha querida professora da Graduação, Sílvia Lemos Fagundes, grande pessoa, grande fisioterapeuta. A primeira pessoa a incentivar para que eu buscasse

aperfeiçoamento, dizendo que eu poderia ser “pesquisadora”. Eu acreditei no que me disse e cá estou construindo este caminho. Obrigada, Silvinha!

Aos professores Dr. Walter Frantz, Prof. Dra. Ana Claudia Pavão Siluk e Prof. Dra. Soraia Napoleão Freitas, por aceitarem contribuir com o aperfeiçoamento desta dissertação, dividindo seu conhecimento.

À colega de mestrado Camyla Antonioli, a qual se tornou uma amiga e companheira de leitura, de aula, de projeto, de artigo. Foi um grande prazer conhecê-la e poder aprender contigo, pela excelente profissional que é. Obrigada por ter feito parte desta caminhada. Não poderia deixar de agradecer também as amigadas que fiz neste percurso: Sofia, Fabiane, Valquiria, Joíse, Andreia, Clariane, e Rudiane.

À minha amiga fisioterapeuta Débora Sanfelice Zanon, pelo auxílio nas transcrições e pelos diálogos sobre as incertezas da vida profissional. Isso me fez crescer, obrigada.

Ao Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Educação, pela acolhida, pela amizade e pela possibilidade de construir e ampliar conhecimentos de outras áreas. A equipe do ÂNIMA e do Núcleo de Acessibilidade da UFSM, pela oportunidade de aprender ensinando sobre temas transversais à educação, como a saúde. À equipe de TA's e aos professores do PPGE, em especial da Linha de Pesquisa Educação Especial, por acolherem uma “forasteira” disposta a aprender novos conhecimentos e deixar um pouco da área da saúde, que tanto pode contribuir para a educação de todos.

Aos voluntários da pesquisa, pais, alunos e professores, pela disposição em compartilhar um pouco de suas vidas em prol da construção de conhecimentos que possam favorecer melhores condições de ensino e de cuidado com a saúde das crianças e dos adolescentes. Às escolas participantes, pela acolhida e pela disponibilidade. À Secretaria Municipal de Educação de Santa Maria, pela autorização da pesquisa e pelo auxílio na busca pelos participantes da pesquisa.

Nestes dois intensos anos, construí novos conhecimentos, abri novas portas e fiz novas amigadas. Em decorrência disso, obrigado a todos aqueles que fizeram parte da minha história.

RESUMO

Estudar a inclusão de pessoas com deficiência, incita a reflexão sobre a saúde, haja vista que as condições de saúde, podem influenciar o desempenho da aprendizagem. O objetivo geral do estudo foi: conhecer, como ocorre o processo de inclusão do aluno com deficiência física motora (DFM) na escola regular, com vistas a contribuir na inclusão destes estudantes considerando sua saúde e deficiência. Para contemplar o objetivo, a amostragem não probalística foi composta de alunos com deficiência física motora (DFM) e seus pais, que estudaram do 5º ao 9º ano, na rede Municipal de Ensino de Santa Maria-RS no ano de 2014, e ainda, um professor de cada escola. A pesquisa foi desenvolvida por meio da abordagem quanti-qualitativa, do tipo exploratório de acordo com os pressupostos do método dialético crítico. Os instrumentos utilizados foram: o Roteiro de Entrevista sobre Aprendizagem, acesso e estratégias de permanência do aluno DFM na escola elaborada pela pesquisadora e aplicado a um professor/coordenador educacional, e dois Roteiros de Entrevista sobre Condições de saúde e aprendizado do aluno com DFM, formado por perguntas abertas e fechadas, aplicado aos pais e aos alunos em diferentes momentos. A análise dos dados qualitativos foi realizada por meio da análise de conteúdo e os dados quantitativos por meio da média de frequência aritmética. Foram elaboradas quatro categorias: Características da amostra; Condição de saúde, Inclusão Escolar e Aprendizagem. Concluiu-se que os alunos com DFM demonstraram dificuldades relacionadas a deficiência e aprendizagem no que diz respeito a saúde mental, todavia a saúde física não mostrou impedimento para aprendizagem, exceto naqueles com deficiência física motora de membros superiores. A saúde e educação são conceitos transversais na discussão sobre a aprendizagem.

PALAVRAS-CHAVE:

Inclusão, deficiência física, aprendizagem, saúde.

ABSTRACT

To study the inclusion of persons with disabilities incites one to reflect on health, given that health conditions can influence the development of learning. The aim of this study was better understand the inclusion process of students with Physical disabilities and motor impairments (DFM) in the regular school system, in order to contribute to the inclusion of these students considering their health as well as their disability. To address the objective, the non-probabilistic sample was composed of students with Physical disabilities and motor impairments (DFM), who studied from the 5th to the 9th grade, in the Municipal Education System of Santa Maria - RS, in 2014, as well as the parents of these students and also a teacher from each school. The research was carried out by a quantitative and qualitative exploratory approach, according to the assumptions of critical dialectical method. The instruments used were: an Interview Guide for Learning, Access and strategies of the DFM students for remaining in school, prepared by the researcher and applied to a teacher/educational coordinator, and two Interview Guides on Health Conditions and Student Learning with DFM consisting of open and closed questions. These questionnaires were applied to parents and students at different moments and times. The qualitative data analysis was performed through content analysis, and the quantitative data through the arithmetic average of frequency. Four categories were developed: Characteristics of the sample; Health condition, School and Learning Inclusion. It was concluded that students with DFM demonstrated difficulties related to the disability and learning with regard to mental health. However, physical health did not prove to be an impediment to learning, except in the case of students with physical disabilities of the upper limbs. Health and education are cross-cutting concepts in the discussion about learning.

KEYWORDS:

Inclusion, disability, learning, health.

LISTA DE ANEXOS

| | |
|--|-------------|
| Anexo A - Ofício de autorização da pesquisa pela Secretaria de Município de Educação..... | 1534 |
| Anexo B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM..... | 1556 |

LISTA DE APÊNDICES

| | |
|--|--------------|
| Apêndice A - Termo de consentimento livre esclarecido (professores)..... | 16162 |
| Apêndice B - Termo de consentimento livre esclarecido (pais)..... | 1656 |
| Apêndice C - Termo de assentimento (menores de idade-18 anos)..... | 16970 |
| Apêndice D - Modelo do ofício de autorização da pesquisa enviado à Secretaria Municipal de Educação de Santa Maria..... | 17172 |
| Apêndice E - Termo de confidencialidade..... | 1734 |
| Apêndice F - Roteiro de entrevista direcionado aos professores..... | 17576 |
| Apêndice G - Roteiro de entrevista sobre condições de saúde do DF- pais. 1778 | |
| Apêndice H - Roteiro de entrevista sobre condições de saúde e aprendizagem do aluno DF (crianças/ adolescentes)..... | 18182 |
| Apêndice I - Tabela de frequência dos alunos - ano 2014..... | 1834 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1 - Níveis de lesão nervosa, central e periférica..... | 377 |
| Figura 2 - Categorias e subcategorias metodológicas..... | 723 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|------|
| Tabela 1 - Distribuição de alunos com DFM matriculados no ano 2013..... | 622 |
| Tabela 2 - Distribuição de alunos com DFM matriculados no ano de 2014..... | 633 |
| Tabela 3 - Relação de alunos DFM não integrantes na amostra..... | 655 |
| Tabela 4 - Dados de identificação dos alunos entrevistados..... | 766 |
| Tabela 5 - Identificação dos professores entrevistados..... | 777 |
| Tabela 6 - Características socioeconômicas das Famílias..... | 788 |
| Tabela 7 - Características da DFM..... | 81 |
| Tabela 8 - Características de mobilidade dos alunos com DFM's..... | 822 |
| Tabela 9 - Média de frequência..... | 1277 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 - Definições de Níveis de Lesão. | 377 |
|--|-----|

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|----------|--|
| A1...A10 | Aluno 1...Aluno 10 |
| AEE | Atendimento Educacional Especializado |
| AACD | Associação de Assistência à Criança Deficiente |
| APAE | Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais |
| AVD's | Atividades de vida diária |
| BPC | Benefício de Prestação Continuada |
| CAT | Comitê de Ajudas Técnicas |
| CCF | Cuidado Centrado na Família |
| CE | Cadastro Errado |
| DA | Deficiência adquirida |
| DC | Deficiência congênita |
| DF | Deficiência Física |
| DI | Deficiência Intelectual |
| DFM | Deficiência física motora |
| DFM's | Deficiências físicas motoras |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| ECNP | Encefalopatia crônica não progressiva |
| EJA | Educação de Jovens e Adultos |
| F | Feminino |
| EMEF | Escola Municipal de Ensino Fundamental |
| FUNDEB | Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica |
| GH | Growth Hormone- Hormônio do Crescimento |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| LDBEN | Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional |
| M | Masculino |
| M1...M7 | Mãe 1...Mãe 7 |

| | |
|----------|--|
| Msls | Membros Inferiores |
| MID | Membro Inferior Direito |
| MSD | Membro Superior Direito |
| NSI | Não soube informar |
| NN | Não necessita |
| OIT | Organização Internacional do Trabalho |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| P1...P10 | Professor 1...Professor 10 |
| PC | Paralisia Cerebral |
| PDE | Plano de Desenvolvimento da Educação |
| PENSE | Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar |
| PIG | Pequeno para a Idade Gestacional |
| SF36 | Short Form 36 |
| SIC | Segundo Informações Coletadas |
| SNC | Sistema Nervoso Central |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TA | Tecnologia Assistiva |
| TCE | Traumatismo Crânio – Encefálico |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFSM | Universidade Federal de Santa Maria |
| UNESCO | Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO | 28 |
| 1 CONCEITUANDO E DISCUTINDO TEMAS | 36 |
| 1.1 Deficiência Física Motora: Conceituações e Principais Doenças | 36 |
| 1.1.1 Encefalopatia Crônica Não-progressiva (paralisia cerebral) | 39 |
| 1.1.2 Mielomeningocele | 40 |
| 1.1.3 Nanismo ou Acondroplasia | 40 |
| 1.1.4 Traumatismo Crânio Encefálico | 41 |
| 1.2 Inclusão | 43 |
| 1.3 Da Educação e Aprendizagem à Saúde na Escola | 47 |
| 2 CAMINHOS PERCORRIDOS | 60 |
| 2.1 Local, População e Período | 61 |
| 2.2 Técnica de Coleta de Dados | 65 |
| 2.2.1 Mapeamento e Procedimentos | 65 |
| 2.3 Questões Éticas | 68 |
| 2.4 Método de Análise | 69 |
| 3 JUSTAPOSIÇÕES DA SAÚDE E EDUCAÇÃO | 72 |
| 3.1 Características da Amostra | 75 |
| 3.2 Condição de Saúde | 79 |
| 3.2.1 Deficiência Física Motora (DFM) | 79 |
| 3.3 Inclusão Escolar | 92 |
| 3.3.1 Acessibilidade | 93 |
| 3.3.2 Preconceito e <i>bullying</i> | 99 |
| 3.3.3 Socialização do aluno | 105 |
| 3.4 Aprendizagem | 111 |
| 3.4.1 Processo ensino/aprendizagem do aluno com DFM | 112 |
| 3.4.2 Estratégias de permanência: frequência | 124 |
| CONCLUSÃO | 131 |
| REFERÊNCIAS | 137 |
| ANEXOS | 151 |
| APÊNDICES | 159 |

INTRODUÇÃO

“O conhecimento é o resultado da relação entre um sujeito cognocente e um objeto a ser conhecido (GAMBOA, 2012, p.45)”.

A necessidade de construir permanentemente um conhecimento, por meio de constantes inquietações, é que fez surgir esta pesquisa. A inquietação do Sr. Palomar, em entender as diferentes situações contidas no movimento assíncrono da natureza, traduzidas por Ítalo Calvino (1994), estão também presentes na leitura de um tema por muito tempo estudado em sua história de segregação, mas renovado a partir das constantes transformações sociais, num movimento também assíncrono.

Assim, a pesquisa que se desenvolveu surgiu a partir de inquietações desta autora como profissional da área da saúde. Tais inquietações se deram a partir de uma perspectiva ampliada da saúde, que é transversal à educação e que, por esse fato, permite que ocorra a reflexão a respeito dos conhecimentos produzidos pelas duas áreas, com vistas à ampliação do conhecimento.

Refletir acerca dos processos que envolvem a inclusão é um desafio para profissionais das diversas áreas do conhecimento, pois envolve uma complexidade de elementos sócio-históricos, culturais, socioeconômicos e humanos, os quais exigem um olhar amplo sobre os fatores que envolvem a inclusão em suas diferentes faces.

Em analogia às considerações de Ítalo Calvino, no livro Palomar (1994, p.8), quando refere que “não se pode observar uma onda sem levar em conta os aspectos complexos que concorrem para formá-la e aqueles também complexos a que esta dá ensejo”, pode-se acreditar que observar ou analisar um processo vai além do que está implícito ou ditado por uma regra. Nesse processo, devem ser consideradas suas nuances, que sofrem constantes mudanças, as quais exigem reflexões.

Pesquisar é entendido como um estado em que se buscam respostas a respeito de determinadas temáticas. Essa busca remete a ampliar conhecimentos, contribuir com discussões, o que nem sempre esgota as possibilidades da análise dos fenômenos. Desse modo, a pesquisa aqui apresentada, vinculada à linha de pesquisa de Educação Especial, do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), analisou o cenário atual da inclusão

de alunos com Deficiência Física Motora (DFM) matriculadas do 5º ao 9º ano, na rede regular de ensino, no município de Santa Maria/RS.

Considerando a tarefa de educar como algo compartilhado entre escola, família e comunidade, nesse trabalho, foi abordada a concepção dos pais e dos professores quanto às questões que envolvem a aprendizagem, as condições de saúde e o processo de inclusão desses alunos. Compreender a DFM como uma condição¹ e a inclusão como processo que envolve uma relação de mudanças atitudinais, político-sociais e, principalmente, humanas, é uma tarefa complexa e exige reconhecer que, no contexto histórico da educação especial como política, os deficientes físicos sempre estiveram à margem das ações em comparação às outras deficiências.

As ações de integração, inicialmente voltadas à educação de deficientes no Brasil, eram direcionadas, em especial, ao público dos cegos, surdos e deficientes mentais, haja vista a necessidade de integrá-los de modo que eles pudessem contribuir para a sociedade e economia do país e, mais especificamente, para a renda e manutenção da própria família (JANNUZZI, 2004).

As pessoas com deficiências físicas, em geral, eram consideradas incapacitadas de exercer quaisquer atividades manuais, para as quais a maioria do público deficiente mental, cego e surdo era educada. Esses últimos se tornavam mão-de-obra para a indústria e produção de bens e serviços. Assim, as pessoas com deficiência física eram esquecidas em suas residências ou em hospitais, e o direito à educação lhes era negado. Nesse sentido, há relatos da existência de instituições para atendimento de deficientes físicos no final do século XIX, porém, se consideradas as ações voltadas às pessoas com deficiência mental (que eram mais **perigosos** para sociedade da época), auditiva e visual, os deficientes físicos tiveram esporádicas ações educacionais a seu favor (JANNUZZI, 2004) [grifo nosso].

No Brasil, a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) e a Lei nº 8069/90, a qual dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), afirma que é direito de todo ser humano crescer e desenvolver-se. Ainda com o direito garantido por lei, ainda é comum que as pessoas com deficiências se deparem com barreiras que impedem seu trânsito, seu convívio social e seu crescimento físico,

¹Condição é entendida, de acordo com Polito (1975), como “Maneira de viver que resulta das circunstâncias em que cada um se acha[...] Estado, modo de ser (das coisas). Distinção. Modificação ou circunstância que se junta a uma oração para indicar a condição de que depende o sentido dela.

mental e social.

Tendo em vista o histórico de segregação presente na sociedade, políticas de amparo à pessoa com deficiência foram desenvolvidas, o acesso livre aos diversos locais e, principalmente, à escola, foram garantidos em lei. A pessoa com deficiência conquistou seu espaço, mas ainda encontra dificuldades, já que muitas políticas permanecem apenas no papel, devido à burocracia e ao conflito de interesses nos processos de implementação e de implantação de políticas.

A luta pelos Direitos Humanos é um processo histórico. Esse fomenta, na atualidade, a busca por direitos na diversidade. A evolução da sociedade impõe que, de tempos em tempos, os direitos sejam repensados. A luta pela igualdade, no que se refere à educação, é uma das questões mais importantes, pois é um direito fundamental da criança, garantido pelo ECA (BRASIL, 1990). Dessa forma, o aprendizado deve ser uma batalha de pais, professores e da sociedade em geral. Esses devem buscar qualidade de ensino, que garanta a igualdade entre os alunos, independentemente de sua condição.

Nesse sentido, a inclusão do aluno com deficiência, na escola regular, é garantida pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) (BRASIL, 1996), a qual pontua mudanças no atendimento educacional até então adotado no país. A partir da LDBEN, foi criada a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008), por meio da qual é garantido às pessoas com deficiência, com transtornos no desenvolvimento ou com altas habilidades\superdotação, acesso a todos os níveis de ensino (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, o interesse em aprofundar esse assunto surgiu, inicialmente, pela observação de que há uma diversidade de políticas públicas voltadas à inclusão de pessoas com deficiência na escola. Em se tratando de alunos com DFM, boa parte dessas instituições não tem condições físicas adequadas e recursos humanos qualificados para atender às necessidades desses alunos, interferindo no aproveitamento e no aprendizado deles.

A DFM é definida como o comprometimento do aparelho locomotor em realizar os movimentos corporais, condição que envolve o sistema osteomioarticular e nervoso. Essa pode ser transitória, progressiva ou permanente. Assim, quaisquer que sejam os comprometimentos físicos, maiores ou menores, esses refletem nas atividades corporais, demandando, por um período ou permanentemente, de cuidados especiais, por parte do aluno, da família, da escola e dos profissionais da

saúde. Tais cuidados exigirão adaptações para suprir as necessidades individuais.

Portanto, não basta apenas incluir a criança, é preciso garantir a ela condições de aprendizado que satisfaçam suas necessidades, independentemente de sua deficiência. Essa questão deve ser considerada pela escola, no intuito de prevenir a evasão das pessoas com deficiência, as quais podem apresentar maiores chances de desistência devido às dificuldades encontradas, no acesso, na permanência e na aprendizagem, agravadas pelas suas condições.

Partindo dessas considerações, o problema que a pesquisa se reporta envolve o olhar de uma profissional da saúde que percebe as dificuldades advindas das condições físicas do aluno. Sob esta ótica, os questionamentos destacados são: o aluno com DFM, que não apresenta distúrbio cognitivo, obtém bom desempenho na aprendizagem escolar? A DFM interfere na frequência e permanência da criança na escola regular? As condições de saúde da criança interferem no aprendizado e na permanência dela na escola? A escola está atendendo adequadamente o aluno com DFM, de modo que ele permaneça e se desenvolva nesse ambiente?

De acordo com Marconi e Lakatos (2009), o objetivo de uma pesquisa científica não é apenas gerar um relatório sobre determinado tema escolhido empiricamente, mas desenvolver um raciocínio de caráter interpretativo em relação aos dados obtidos. Assim, considerando a problemática aqui apresentada, o **objetivo geral** desse estudo foi conhecer como ocorre o processo de inclusão do aluno com DFM na escola regular, com vistas a contribuir para a inclusão desse, considerando sua saúde e sua deficiência. Para ampliar o olhar sobre as questões que envolvem a deficiência física motora e a escola, **objetivos específicos** foram criados, a saber: analisar como se dá a aprendizagem e o desempenho do aluno, além da relação dele com as DFM's apresentadas do ponto de vista dos pais e professores; verificar a frequência e as estratégias de permanência utilizadas pelos professores do aluno com DFM; e averiguar a situação de saúde dos alunos com DFM matriculados na rede regular municipal de ensino.

Com os objetivos traçados, algumas hipóteses foram alçadas, e suas respostas foram vislumbradas por meio da efetivação da pesquisa aqui apresentada. As hipóteses iniciais foram: mesmo as crianças/adolescentes com DFM's não apresentando deficiência cognitiva, podem apresentar algum tipo de comprometimento na aprendizagem e no desempenho na concepção do professor, o que exige do docente repensar suas práticas e estratégias didático-pedagógicas. O

aluno com DFM tem maiores dificuldades de acesso ao ambiente escolar, o que interfere na frequência e na permanência na escola devido às dificuldades de locomoção. Os problemas de saúde relacionados à DFM podem interferir na aprendizagem, na frequência e na permanência da criança/adolescente com DFM na escola regular na concepção dos pais e professores, o que explicita a necessidade de ponderação sobre os diferentes e importantes papéis de cada um deles na aprendizagem dos alunos.

Considerando essas hipóteses, compreende-se que a escola é um espaço no qual a interdisciplinaridade profissional pode favorecer uma melhor qualidade de ensino, beneficiando o desenvolvimento da autonomia, a formação de cidadãos críticos, reflexivos e autônomos. Escolas que atentam para hábitos de vida saudáveis, bem como apresentam condições adequadas no ambiente e nas relações interpessoais, são favoráveis ao processo de ensino-aprendizagem. Esse espaço, compartilhado também com a família, tem uma responsabilidade social que envolve uma série de fatores, os quais estão além da deficiência física motora.

A escola é palco constante de pesquisas das diversas áreas que envolvem a Educação Especial. Entretanto, autores têm observado que há poucas publicações e estudos realizados com e sobre as pessoas com DFM que possam permitir a abertura de espaço para a discussão e contribuição dos profissionais da saúde no meio educacional (MARQUES et al., 2008).

O desenvolvimento de tal temática não se deu apenas com o intuito de abordar a questão da saúde dos educandos, como parte dos artigos que abordam a saúde na escola trazem, tais como: Penha; João e Casarotto (2006), Kussuki; João e Cunha (2007), e Santos et al.,(2009), mas também se teve o propósito de contribuir para o aprendizado dos alunos com DFM por meio da identificação dos fatores de saúde que possam contribuir para diminuir as dificuldades de aprendizagem e de acesso à escola, bem como evitar a evasão escolar. Dessa forma, busca-se incentivar, nesses alunos, a autonomia, objetiva-se a melhora das condições de aprendizado, de acordo com as especificidades de cada um, assim como promover uma maior acessibilidade ao ambiente escolar.

Para construir as reflexões aqui apresentadas e fomentar as discussões acerca dos subtemas que envolvem a inclusão de pessoas com deficiência física motora, o aporte teórico baseia-se nas considerações de Candau (2011) e Crahay (2012) sobre os direitos humanos, entre eles a educação; na teoria de Freire (1996)

sobre a tarefa de ensinar; nos estudos de Fernandez (2001) e Carvalho (2009) a respeito dos fatores que envolvem a aprendizagem; nas teorias de Spillane (1996), Bobath e Bobath (1998), Bee e Boyd (2011) acerca da deficiência física e do desenvolvimento humano; no estudo de Alpino (2008) sobre a inclusão de pessoas com deficiência no ensino regular, com o olhar de uma profissional da saúde, nas teorias de Melo e Ferreira (2008), Cardoso; Reis e Iervolino (2008), Carvalho (2009) a respeito das justaposições entre saúde e aprendizagem. Esses, entre outros diversos autores, dedicaram-se a estudar os temas que permeiam a pesquisa aqui desenvolvida.

Considerando os autores que nortearam as leituras, o texto está dividido em cinco capítulos. Na parte inicial, a qual introduz o tema, foram elencados os principais pontos que serão tratados no decorrer do trabalho de pesquisa, bem como os objetivos e os problemas pela pesquisadora levantados.

O primeiro capítulo apresenta as conceituações e discussões acerca do tema que envolve esse estudo, seu título foi definido como “Conceituando e Discutindo Temas”. Subtítulos foram estruturados, de modo a possibilitar a reflexão teórica sobre cada um deles. No primeiro subcapítulo, “Deficiência Física Motora”, são abordados aspectos conceituais; no segundo, o processo de “Inclusão”, são apresentados elementos históricos e discutidas as questões que estão envolvidas nesse processo na atualidade. No terceiro, nomeado de “Da educação e aprendizagem à saúde na escola”, são mencionados aspectos teóricos sobre os entrelaçamentos entre saúde e aprendizagem.

O segundo capítulo, “Caminhos percorridos”, aborda a estrutura metodológica necessária para dar respostas aos questionamentos e hipóteses levantadas. Nesse sentido, Gamboa refere que o método é o caminho pelo qual uma investigação deve seguir para produzir um novo conhecimento. Para esse autor, “toda investigação supõe um corpo teórico, e este deve ter um método que lhe seja apropriado” (2012, p. 43).

O terceiro capítulo, “Justaposições da Saúde e Educação”, descreve os resultados e a discussão dos dados que foram encontrados ao longo desta pesquisa. Os entrelaçamentos realizados nesse capítulo apresentam as respostas aos objetivos anteriormente citados, tomando a literatura científica como a base para constituir os resultados e a conclusão desta dissertação.

Por fim, na “Conclusão”, apresentam-se as conquistas, os achados, os movimentos, as limitações, que não têm o intuito nem possibilidade de esgotar os temas aqui abordados. Nessa parte da dissertação, também são mencionadas propostas que instiguem novas possibilidades de ampliação e de novos olhares sobre a pesquisa.

1 CONCEITUANDO E DISCUTINDO TEMAS

Realizar uma pesquisa científica, que resulte no desenvolvimento de novos conhecimentos acerca de determinado tema, requer, antes de tudo, uma correlação entre o estudo e o universo teórico disponível. Traçar um caminho se torna importante na medida em que esse servirá de embasamento para a interpretação dos dados e dos fatos encontrados (MARCONI; LAKATOS, 2009).

1.1 Deficiência física motora: conceituações e principais doenças

A DFM é definida pelo Decreto, nº 5.296/04, o qual trata da prioridade de atendimento e de acessibilidade para as pessoas com deficiência. Essa é definida como:

[...] alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções [...] (BRASIL, 2004).

Sua origem pode ser congênita ou adquirida. Quando congênita, o bebê nasce com más formações de membros, medulares ou encefálicas, que acarretam perda de função, como, por exemplo, a mielomeningocele, as más formações de membros superiores ou inferiores e as síndromes genéticas neurodegenerativas.

Já na DFM adquirida, a criança sofre algum tipo de lesão encefálica (como a anóxia cerebral durante o parto, lesões cerebrais causadas por vírus ou bactérias), medular ou amputação. Essa última pode causar um comprometimento da função dos membros envolvidos ou até mesmo ausência de função. Dentre a variação de comprometimentos físicos nomeados como DFM, existem níveis de lesão, os quais acarretam a perda de função parcial ou total. Isso é importante de ser elucidado para melhor delinear aquela à que se refere este estudo, como apresentado na figura 1, a seguir.

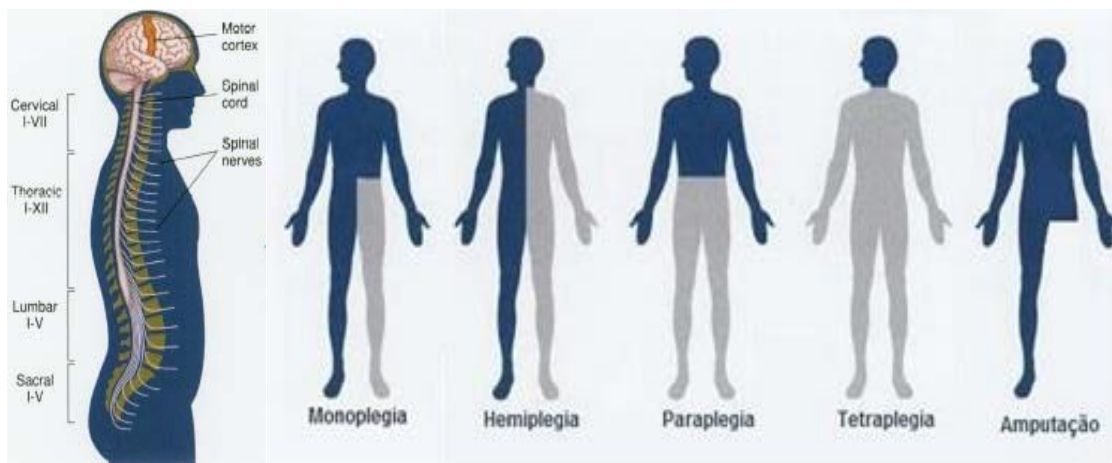


Figura 1 - Níveis de lesão nervosa, central e periférica.
 Fonte: <http://www.humanillnesses.com>.

A figura 1 demonstra a organização do Sistema Nervoso Central -SNC- (encéfalo e medula) e periférico (nervos espinhais) e aponta a região do córtex motor. Essa região tem, por função, formular e interpretar o sinal nervoso, que, por sua vez, é responsável por gerar os movimentos. A medula, centrada em uma extensão que surge do encéfalo e se estende até o canal vertebral, tem, como função, conduzir impulsos nervosos das regiões do corpo até o encéfalo e vice-versa. Os nervos espinhais, distribuídos ao longo da coluna vertebral até as extremidades corporais, funcionam como “fios condutores” que levam a informação até os músculos e órgãos para realizar as orientações geradas pelo encéfalo (GUYTON; HALL 2011). Define-se a ausência total de movimentos como:

| Conceito | Definição |
|-------------|--|
| Monoplegia | Ausência <u>total</u> de movimentos em apenas um membro. |
| Hemiplegia | Ausência <u>total</u> de movimentos em um hemicorpo. |
| Paraplegia | Ausência <u>total</u> de movimentos, do abdômen para baixo. |
| Tetraplegia | Ausência <u>total</u> de movimentos da coluna cervical (pescoço) abaixo. |
| Amputação | Extirpação da parte ou totalidade de um membro. |

Quadro 1 - Definições de Níveis de Lesão.

Fonte: Elaborado pela autora, com referência em Guyton; Hall, (2011).

Salienta-se que a tetraplegia, dependendo do nível de lesão, pode ser incompatível com a vida. Lesões na primeira ou segunda vértebra cervical podem comprometer a região do tronco cerebral e os nervos relacionados a funções vitais, como a respiração e o controle da frequência cardíaca (GUYTON; HALL, 2011).

Contudo, autores das ciências da saúde consideram o conceito de plegia como sinônimo de **paresia**. Porém, aqui se entende que a paresia está relacionada aos mesmos níveis de lesão, porém se refere ao grau leve a moderado de fraqueza muscular, com ausência parcial de movimentos. Essa definição toma por base o conceito de deficiência física a partir do Decreto nº 5.296/04, o qual faz menção à plegia e à paresia como distintos (BRASIL, 2004).

Em decorrência das lesões no sistema nervoso central e periférico, outro conceito que merece atenção é o tônus muscular, o qual é definido como o estado de tensão do músculo. Esse estado pode estar reduzido, apresentando-se frouxo e oferecendo pouca resistência ao movimento passivo, configurando a hipotonia. O tônus pode, ainda, estar aumentado, apresentando-se rígido à palpação e oferecendo grande resistência ao movimento passivo. Tal estado de contração, que aumenta devido à manipulação ou ao reflexo exacerbado, é denominado de hipertonia (SPILLANE, 1996).

O tônus muscular alterado, em decorrência da lesão nervosa central, também pode estar em estado espástico. A espasticidade é caracterizada por hipertonia e hiperreflexia, secundárias a um aumento da resposta do reflexo de estiramento², resposta essa que varia de acordo com o grau de estiramento (ASSOCIAÇÃO..., 2012a).

O músculo esquelético acometido por lesão central ou periférica, igualmente, pode apresentar um trofismo modificado, o qual se relaciona à quantidade de fibras musculares; havendo aumento de fibras, como nos atletas, ocorre a hipertrofia, a qual não se caracteriza como uma doença. Porém, nas lesões neurais, é comum a redução de fibras musculares, chamado de hipotrofismo ou atrofia. A atrofia das fibras musculares ocorre pela falta de movimento, o que compromete a execução de movimentos básicos (SPILLANE, 1996).

Além das alterações neuromusculares causadas pelas lesões centrais e periféricas, as pessoas com DFM podem apresentar *déficit* de equilíbrio e de coordenação motora, que comprometerão a marcha e as habilidades funcionais. Os distúrbios do movimento humano são caracterizados por pobreza ou lentidão dos movimentos voluntários, isto quando há ausência da paralisia ou de uma atividade

² Reflexo de estiramento - resposta do músculo esquelético ao estiramento muscular. Uma de suas funções mais importantes é sua propriedade de prevenir alguns tipos de oscilação e espasmos dos movimentos corporais (GUYTON; HALL, 2011).

motora involuntária, característica das alterações de reflexos, os quais estão presentes em várias doenças neurológicas (DIAMENT; CYPEL; REED, 2010).

Existem inúmeras doenças neurológicas que podem causar uma deficiência. A DFM, dependendo da doença ou lesão que a desencadeou, pode gerar distúrbios de mobilidade, de postura, de tônus, trofismo, entre outros, e prejudicar as atividades funcionais da criança e ou do adolescente. Entre essas, estão as doenças congênitas, as síndromes neurodegenerativas, genéticas ou as doenças adquiridas, que podem ser causadas por lesão cerebral traumática, substâncias ou micro-organismos (DIAMENT; CYPEL; REED, 2010)

Entre as principais doenças que acarretam DFM, estão a encefalopatia crônica não progressiva (ECNP, também chamada paralisia cerebral), a mielomeningocele, o traumatismo crânio-encefálico (TCE) e suas sequelas, as doenças neurodegenerativas (por exemplo, a Síndrome de Duchenne), entre outras (BATTISTEL, 2012).

1.1.1 Encefalopatia crônica não-progressiva (paralisia cerebral)

A paralisia cerebral ou ECNP é um grupo de desordens do desenvolvimento do movimento e da postura. Essa ocorre durante a primeira infância, causando limitações nas atividades (DIAMENT; CYPEL; REED, 2010). Além dos distúrbios motores, tal doença, ainda, pode causar alterações na cognição, nas sensações, nas percepções, na comunicação e no comportamento, as quais variam de acordo com o local e extensão da lesão encefálica (ASSOCIAÇÃO..., 2012a).

A criança com paralisia cerebral atinge os marcos do desenvolvimento considerados normais mais tarde que as demais, ou, ainda, considerando o nível de lesão encefálica mais grave, podem não evoluir nas fases de desenvolvimento neuropsicomotor. No entanto, a aquisição de habilidades motoras independe da inteligência, isto é, dependendo do nível de lesão, ela pode apresentar diversas alterações motoras, entretanto que não comprometem seu aprendizado (BOBATH; BOBATH, 1989).

Assim, à medida que a criança vai crescendo e se tornando mais ativa, as posturas e os movimentos anormais vão desenvolvendo-se e se modificando. Desse modo, ela busca, da forma mais simples, adquirir habilidades motoras que beneficiarão as atividades funcionais (BOBATH; BOBATH, 1989).

1.1.2 Mielomeningocele

A mielomeningocele, por sua vez, é uma das principais doenças que causam comprometimento de membros inferiores. Sua incidência, apesar de existirem escassos dados a respeito dela, no Brasil, varia de 0,83:1.000 a 1,87:1.000 nascidos vivos (GRILLO et al., 2003 apud BERGAMASCHI; FARIA; SANTOS 2012). Geralmente, a mielomeningocele está associada a outras más formações, como a hidrocefalia³ e a má formação de Arnold-Chiari II ⁴. Sua etiologia é multifatorial, porém há estudos que apontam para a carência de ácido fólico, importante substância na formação do sistema nervoso fetal (DIAMENT; CYPEL; REED, 2010).

Essa é uma doença congênita que ocorre como consequência da má formação do tubo neural, devido à falha no fechamento do tubo neural embrionário durante a quarta semana de gestação. As duas apresentações mais comuns são a anencefalia e a espinha bífida (AGUIAR et al., 2003; GABRIELLI et al., 2004; DIAMENT; CYPEL; REED, 2010).

A anencefalia é caracterizada pela ausência parcial ou completa do encéfalo e do crânio, geralmente incompatível com a vida. A espinha bífida é um defeito no fechamento ósseo da coluna posterior, havendo protrusão cística da medula, o que acarreta perda de movimentos abaixo do nível de lesão. No entanto, essa protrusão cística pode estar coberta por uma pele normal, chamada de espinha bífida oculta, que, por sua vez, também causa distúrbios de movimento e de sensibilidade, variando de acordo com o nível de lesão (AGUIAR et al., 2003; GABRIELLI et al., 2004).

1.1.3 Nanismo ou acondroplasia

O desenvolvimento típico considerado pela área da saúde, em termos de tamanho, ocorre de forma mais acentuada até os dois anos de idade. Nessa fase, a criança já adquiriu aproximadamente metade da altura adulta. Estima-se que, até os

³Hidrocefalia: aumento do líquido cefalorraquidiano, na região dos ventrículos cerebrais ou no espaço subaracnóideo, causando compressão das estruturas adjacentes do encéfalo e, conseqüentemente, distúrbios neurológicos permanentes, se não tratados precocemente (DIAMENT; CYPEL; REED, 2010).

⁴Má-formação de Arnold-Chiari tipo II: “Deslocamento do vermis e hemisférios cerebrais, juntamente com ponte bulbo e quarto ventrículo, em direção ao canal espinal superior”. Essas alterações levam à disfunção da porção caudal do tronco cerebral e dos nervos cranianos, causando disfagia, regurgitação, paralisia de cordas vocais, entre outras (DIAMENT; CYPEL; REED, 2010, p.787).

dois anos, o bebê atinja o tamanho 25 a 30 centímetros da altura adulta. Após essa fase, o acréscimo é mais lento, porém constante, de 5 a 7 centímetros e 2,72 Kg por ano, até a adolescência. (BEE; BOYD, 2012).

Já na adolescência (12 a 18 anos), ocorre um período conhecido como “estirão do crescimento”, em que o jovem pode acrescentar de 7 a 15 centímetros neste período, até chegar a uma nova fase de maior lentidão, e, por fim, até obter a altura adulta (BEE; BOYD, 2012). A altura adulta, que na população brasileira de 25 a 29 anos, período em que o crescimento ósseo está terminado, no ano de 2008-2009, foi, em média, de 160,7 centímetros nas mulheres e 173,0 centímetros entre os homens (BRASIL, 2010a).

Considerando esses dados, o nanismo é uma deficiência causada pela alteração na função da glândula pituitária que é responsável pela liberação de hormônios do crescimento como o GH (hormônio do crescimento). Trata-se de uma mutação genética autossômica dominante em 20% dos casos e de mutação espontânea no cromossoma Y em 80% dos casos (SHIANG et al, 1994 apud CARDOSO, AJZEN; SANTOS et al., 2009). Essa alteração genética causa comprometimento na formação óssea endocondral, enquanto que a formação intramembranosa e periosteia é normal, o que causa um desequilíbrio no desenvolvimento ósseo⁵ (CARDOSO, AJZEN; SANTOS et al., 2009).

As características físicas resultantes das formações ósseas desequilibradas são crânio volumoso, base craniana encurtada, ponte nasal larga e achatada, hipoplasia do terço médio da face com proeminência da bossa frontal, prognatismo mandibular e ossos das extremidades curtas. Além destas características, estudos relatam a hipotonia suave (CARDOSO, AJZEN; SANTOS et al., 2009; LAY-SON 2012).

1.1.4 Traumatismo crânio encefálico

O TCE é caracterizado como uma lesão encefálica não progressiva ou congênita decorrente de trauma mecânico no encéfalo, e suas sequelas variam de acordo com a estrutura encefálica lesada (ASSOCIAÇÃO..., 2012b). Infelizmente, não são incomuns os casos de negligência e maus tratos com as crianças que

⁵ Formação endocondral, periosteio e intramembranosa são etapas normais da ossificação (GUYTON; HALL, 2011)

resultam em traumas graves, os quais, quando não levam à morte, deixam sequelas físicas e psicológicas permanentes. Tais casos ocorrem apesar das políticas e leis voltadas à prevenção da violência contra a criança.

As estatísticas têm demonstrado queda nos casos de violência, porém a incidência ainda é alta, considerando a procura por atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual, entre os registros de violência física, 40% dos atendimentos corresponderam aos de crianças e adolescentes, no ano de 2011, no Brasil (WAISELFISZ, 2012).

Cabe, ainda, citar as doenças neurodegenerativas, em que existe o aumento progressivo de incapacidades funcionais quando os problemas de saúde associados poderão ser mais frequentes. Inúmeras são as doenças neurodegenerativas que se desenvolvem na infância. Entre as mais conhecidas, podem ser citadas a Síndrome de Duchenne, as leucodistrofias progressivas, a Síndrome de West, as Ataxias e outras descobertas a cada ano pela medicina (DIAMENT; CYPEL; REED 2010). Importa reconhecer que essas constituem, geralmente, os casos mais graves de doenças, já que envolvem o reconhecimento, por parte do grupo familiar, da progressão da doença e o do envolvimento das funções neuropsicomotoras da criança.

Os conhecimentos básicos, em relação aos níveis de lesão e às doenças mais comuns na ocorrência da DFM, são importantes para o professor. Assim, ele poderá compreender quais são as principais dificuldades encontradas pelos alunos e se existem cuidados específicos em relação à saúde do discente com DFM, os quais precisam ser considerados e observados durante o período de aula. Dessa forma, esse profissional terá maiores condições de programar as ações voltadas a desenvolver as habilidades e as potencialidades do aluno (SHIRMER et al., 2007).

Sabe-se que a limitação funcional está frequentemente associada à deficiência física e, na ausência das adaptações ambientais adequadas, certamente, prejudicará a acessibilidade e a participação do indivíduo acometido nas diversas atividades escolares e, até mesmo, sociais (ALPINO, 2008). Por conseguinte, o desenvolvimento de habilidades funcionais possibilita, à pessoa com DF, a realização de suas atividades básicas, assegurando-lhe maior independência e autonomia, tanto no ambiente escolar e domiciliar quanto na comunidade (GASPAROTO; ALPINO, 2012).

No que tange à DFM como condição, além das adaptações estruturais necessárias ao acesso da criança, a escola deve proporcionar um ambiente acolhedor, no qual o aluno possa desenvolver todas as suas capacidades, independentemente de sua condição física (BATTISTEL, 2012).

Nesse sentido, Durce et al. (2006) apontam a necessidade de uma integração entre profissionais de diversas áreas na inclusão da criança com deficiência, visando à troca de experiências e de informações e à ampliação de conhecimento sobre as condições das crianças e os recursos auxiliares necessários à acolhida dessas no meio educacional. Salienta-se que o tratamento de uma criança com DF deve ser realizado de forma integral, o que exige atuação dos profissionais conjuntamente em todos os locais que ela frequenta.

Portanto, é interessante que a educação e a saúde estabeleçam e mantenham um diálogo constante, quesito indispensável para agir com base nas políticas de saúde e para a inclusão da pessoa com deficiência no ensino regular, beneficiando ambas as áreas na qualificação do atendimento, mas favorecendo, em especial, os alunos (PINTOR; LIERENA; COSTA, 2012)

1.2 Inclusão

No contexto atual, as discussões que permeiam a inclusão, seja ela educacional ou social, exigem refletir sobre ela enquanto um direito humano. Fazer e sentir-se parte da sociedade é um direito de todos, independente de qualquer característica ou atitude que evidencie uma diferença dos demais. Essa diferenciação, muitas vezes, só existe no pensamento das pessoas. Entretanto, como afirma Candau (1999, p.103) [grifo do autor] ***“a percepção dos Direitos Humanos que cada pessoa tem está muito condicionada pelo lugar social que ela ocupa na sociedade”***.

Tal autora refere que, em os países da América Latina, especialmente no Brasil, os problemas relacionados à falta de consideração dos direitos humanos são cada vez maiores. Para Candau (1999, p.105):

[...] as consequências das carências em que vivem grande parte das crianças e adolescentes brasileiros podem ser constatadas de modo especial no tocante aos aspectos básicos: alimentação, saúde, educação e habitação.

Nesse sentido, refletir a respeito dos processos que estão envolvidos com a inclusão de pessoas com deficiência na escola requer resgatar o tema dos direitos humanos, que, segundo Candau (1999), está presente também na escola, onde, além de aprender conteúdos inerentes à prática educativa, os alunos aprendem a exercer sua cidadania. A educação sobre direitos humanos se preocupa em romper com a barreira da diferença e tem, por finalidade, promover a cidadania e favorecer a democracia, necessária para a vivência em sociedade.

A inclusão é reconhecida como um processo que envolve uma ação contínua de diálogo e atitudes presentes na sociedade. Já no que se refere à educação, a Declaração de Salamanca alude que a educação inclusiva se constitui de um paradigma fundamentado na compreensão dos direitos humanos, que aponta a igualdade e a diferença como valores indissociáveis, os quais se desenvolvem sob a ideia de “equidade formal ao contextualizar as circunstâncias históricas da produção da exclusão dentro e fora da escola” (UNESCO, 1994, p. 1).

Contudo, para pensar a inclusão escolar, é preciso considerar a inclusão social como um processo presente na sociedade contemporânea. A inclusão social é um direito que vem sendo discutido nas mais diversas áreas do conhecimento. Na sociedade atual, são diversos os preconceitos que geram discriminação e, por conseguinte, causam exclusão. As pessoas que, por algum motivo, são entendidas como diferentes e não satisfazem os requisitos padronizados da cultura predominante, fazem parte desse grupo. Entre elas, estão os indivíduos com alguma deficiência.

Há que se considerar que o contexto histórico social em que a inclusão vem se desenvolvendo está baseado no modelo econômico capitalista, que fomenta as desigualdades sociais por meio da disparidade de renda, da falta de acesso aos bens e serviços, da marginalização, da violência, entre outros fatores que vulnerabilizam a sociedade. Essas desigualdades têm se mostrado mais evidentes em grupos considerados vulneráveis no contexto social, como mulheres, idosos, crianças, deficientes, indígenas, trabalhadores rurais e afrodescendentes (BISSOTO, 2013).

Apesar de contraditório, mesmo com o aumento das desigualdades sociais, tem havido melhoria nas condições socioeconômicas do país. Para reduzir essas desigualdades, o Brasil tem desenvolvido diversas políticas de amparo aos mais

vulneráveis, todas ancoradas na Constituição de 1988, que garante os direitos humanos e a inclusão social de pessoas marginalizadas (BISSOTO, 2013).

A garantia dos direitos humanos se dá pela implantação das diversas legislações. No entanto, garantir que os direitos sejam efetivamente cumpridos é uma tarefa que se dá no cotidiano e que afeta “profundamente a vida de cada um de nós e de cada grupo social”. Garantir direitos remete mudança na “maneira de pensar, de sentir, de agir, de viver” (CANDAU, 1999, p.99).

Direcionando o olhar para a inclusão educacional, diversas políticas⁶ e leis buscam garantir a inclusão das pessoas com deficiência no ensino regular, configurando-se como uma tentativa do Estado de garantir esses direitos, exigindo da escola e, principalmente, da sociedade, uma mudança de paradigmas.

As leis, as políticas e os movimentos que vêm surgindo, ao longo dos anos, foram importantes para a mudança no entendimento de que a inclusão da pessoa com deficiência é responsabilidade, igualmente, da comunidade, que pode transformar ambientes, possibilitando a participação social.

A Declaração de Salamanca afirma que os governos, em todas as suas esferas, devem garantir que as necessidades de aprendizagem de toda criança, jovem ou adulto, em especial daqueles que se mostram mais vulneráveis pela sua condição social ou de saúde, sejam atendidas na rede regular de ensino (UNESCO, 1994).

O processo que envolve a inclusão, seja ela social ou especificamente escolar, é complexo e exige uma gama de profissionais capacitados e disponíveis para buscar estratégias que favoreçam o desenvolvimento do aluno (MELO; FERREIRA, 2009; MELO; PEREIRA, 2013).

A inclusão requer que a estrutura do sistema educacional assuma a responsabilidade de matricular alunos com deficiência ou necessidades especiais em classes comuns. Isso implica uma profunda transformação pedagógica, a qual respeite as diferenças, muito embora as próprias diferenças estejam pautadas sobre

⁶ Declaração Mundial de Educação para Todos (UNESCO, 1990), a Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) (BRASIL, 1996), a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 1999), o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) (BRASIL, 2007a), a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008) e, ainda, a Lei nº 7.853/89, que atribuiu, aos Estados e Municípios, a responsabilidade pela adoção de normas que eliminem as barreiras de acesso das pessoas com deficiências a edificações, espaços urbanos e meios de transporte.

práticas culturais exercidas e ainda presentes na sociedade na forma, principalmente, de preconceito e de exclusão (BRASIL, 2008; BISSOTO, 2013).

Mediante as discussões referentes à inclusão, observa-se que os esforços para que ela seja efetivada aos poucos têm apresentado evoluções; a inclusão vem substituindo a integração da pessoa com deficiência, partindo do pressuposto de que a sociedade é que precisa se adaptar para atender às necessidades de seus membros, buscando o acesso livre e igualitário desses a todos seus setores (BRASIL, 2010b, BISSOTO, 2013).

Mesmo com as transformações geradas pelas políticas e pelos avanços da pesquisa científica voltados à pessoa com deficiência e à mudança de entendimento sobre a inclusão, ainda se encontram dificuldades de acesso nos mais diversos locais, entre eles a escola. Isso indicia a falta de acessibilidade ⁷ nas instituições escolares (CASTRO et al., 2008; TAGLIARI; TRES; OLIVEIRA, 2006), assim como no ambiente domiciliar (GASPAROTO; ALPINO, 2012).

Nas bibliografias, são reconhecidas as dificuldades de inserção e as barreiras que impedem o pleno exercício das políticas de inclusão no ensino regular, tanto pelas mudanças estruturais necessárias ao acolhimento quanto, e principalmente, pela falta de preparo dos professores para atender as demandas específicas dos alunos com DF (GLAT; NOGUEIRA, 2003; CARDOSO; REIS; IERVOLINO, 2008; MELO; PEREIRA, 2013).

As possibilidades da efetividade da inclusão ocorrem quando existem profissionais comprometidos e dispostos a acolher os alunos e enfrentar os desafios que a “diferença” impõe. A escola não deve estar solitária nesse processo, já que ele faz parte de uma transformação social que perpassa a mudança de concepções e a superação de preconceitos (MAZZOTTA; D’ANTINO, 2011).

Assim, a escola está amparada pela legislação, por meio da Rede de Apoio à Educação Inclusiva, que é composta por diversos setores da sociedade e atores sociais. Essa rede de apoio tem, como função:

[...] ampliar a atenção integral à saúde do aluno com necessidades educacionais especiais; assessorar as escolas e as unidades de saúde e reabilitação; formar profissionais de saúde e da educação para apoiar a

⁷Acessibilidade é definida pela Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, como “possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida” (BRASIL, 2000, p.1).

escola inclusiva; assessorar a comunidade escolar na identificação dos recursos da saúde e da educação existentes na comunidade e orientar quanto à utilização destes recursos; informar sobre a legislação referente à atenção integral ao aluno com necessidades educacionais especiais e sobre o direito à educação e sensibilizar a comunidade escolar para o convívio com as diferenças (BRASIL, 2005, p. 46).

A referida rede exige que as instituições escolares estabeleçam parcerias e busquem, de maneira mais autônoma, profissionais habilitados para atuar conjuntamente na inclusão. Tal busca por parcerias exige a atuação de todos aqueles envolvidos no processo educacional, ou seja, de pais, de professores, de funcionários e da comunidade em geral.

1.3 Da educação e aprendizagem à saúde na escola

As dificuldades de aprendizagem, enquanto distúrbio, não apresentam uma classificação e definição específica, devido à heterogeneidade das características. Bartholomeu, Sisto e Rueda (2006) entendem que as dificuldades de aprendizagem podem surgir em qualquer momento da vida, não se relacionando, em especial, a algum transtorno cognitivo.

Os defensores da “*full inclusion*”, afirmam que os problemas de aprendizagem da criança, em idade escolar, estão relacionados a alguma alteração orgânica, ou a situações da vida social que impedem a qualidade no aprendizado. Tais problemas estão presentes em alguns, mas não em todos. Crianças com deficiências podem estar envolvidas com diversas situações que desfavorecem a aprendizagem. Todavia, os autores ressaltam que é preciso abandonar a prática atual da educação especial, a qual atua em um modelo de *déficit*, ou seja, a prática de identificar algo como estando errado ou faltando no aluno (KAUFFMANN; HALLAHAN, 2012).

De acordo com Bee e Boyd (2011), a aprendizagem é um processo contínuo, relacionado ao desenvolvimento humano, que ocorre nas diversas situações, as quais geram o conhecimento. O desenvolvimento da aprendizagem envolve diversos fatores extrínsecos (sociais, econômicos, ambientais, atitudinais), sem desconsiderar os intrínsecos (problemas de origem biológica), que interferem na evolução acadêmica do aluno, não permitindo, assim, que a aprendizagem seja demarcada pelo fracasso escolar (CARVALHO, 2009).

Em contrapartida, Fernandez (2001), refere que, embora os fatores sociais, ambientais, políticos possam gerar problemas que causem o fracasso escolar, ainda assim seria possível aprender se estando condições desfavoráveis. Para essa autora, o fracasso escolar também está associado ao prazer de aprender, que foi perdido, representando um fracasso dos ensinantes ao ensinar.

Quanto à associação entre os distúrbios de aprendizagem, as doenças neurológicas e o não aprender ou não se comportar como esperado, costuma-se considerar, equivocadamente, que as dificuldades apresentadas pelas crianças, na escola, sejam consequência de disfunções ou transtornos neurológicos (congenitas ou adquiridas). Os referidos distúrbios são considerados interventores, em campos avaliados, como:

[...] pré-requisitos para a aprendizagem, tais como: percepção e processamento de informações; utilização de estratégias cognitivas; habilidade motora; atenção; linguagem; raciocínio matemático; habilidades sociais (MEIRA, 2012, p. 136-7).

Portanto, antes de considerar a deficiência ou a doença, é necessário compreender o homem como ser social, transformado pelas experiências vividas, que não pode estar dissociado do ser biológico, pois é essa associação que o faz humano.

Nessa perspectiva, o período escolar é um momento da vida em que o estudante se vê convocado pela sociedade a novas exigências de competência e de responsabilidade, por meio das atividades escolares condicionadas às exigências de progresso social da família. Essas exigências estão relacionadas, tanto para a família quanto para a criança, a um “investimento psíquico”, direcionado a responder às demandas escolares, as quais exigem um processo de elaboração subjetiva (SALVARI; DIAS, 2006, p. 252).

Para Salvari e Dias (2006), esse investimento fica mais evidente quando é observada a intensidade com que a sociedade contemporânea, que é herdeira da modernidade, expõe os indivíduos a constantes informações e conhecimentos inovados, exigindo do indivíduo, frequentemente, um desempenho cada vez maior e associado a um ideal imaginário de perfeição.

No contexto da exigência de perfeição pela sociedade contemporânea, que requer um maior desempenho acadêmico do aluno desde a mais tenra idade, Salvari e Dias (2006) referem, em relação ao desenvolvimento da aprendizagem, que os

laços familiares são fundamentais para esse processo, já que são essenciais para a estruturação psíquica da criança desde os primeiros momentos de vida pós-uterina.

Em um estudo sobre as dificuldades de aprendizagem na escrita e as características emocionais de crianças, Bartholomeu, Sisto e Rueda (2006) observaram que os erros na escrita aumentam em decorrência da intensidade dos problemas emocionais apresentados pelos alunos dessa faixa etária.

Em relação aos problemas de saúde mental na infância e adolescência, Sá et al. (2010) afirmam que os fatores de risco, para o desenvolvimento de problemas do tipo internalização (ansiedade e depressão) e externalização (dificuldade em seguir regras sociais, agressividade e violação de regras), são: pertencer ao sexo masculino, sofrer punição física grave, ter mãe com ideação suicida, sofrer violência conjugal grave e ter pai ou padrasto que sofre de embriaguez.

O estudo de Zuanetti e Fukuda (2012), sobre associação entre fatores perinatais, cognitivos, sociais e dificuldades de aprendizagem, demonstrou que a baixa escolaridade da mãe pode estar associada às dificuldades de leitura, escrita e aritmética da criança. Tal estudo corrobora com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), que também estabelece um paralelo entre os distúrbios de aprendizagem e baixa escolaridade dos pais, configurando-a como um fator de risco (BRASIL, 2013).

No entanto, nesse mesmo estudo, os fatores perinatais e cognitivos (idade materna, idade gestacional, crianças pequenas para a idade gestacional – PIG, baixo peso ao nascer, sexo, hábito de leitura) não demonstraram influência sobre o desempenho das crianças em habilidades escolares (ZUANETTI; FUKUDA, 2012).

Em contrapartida, o estudo de Barbosa Filho, Campos e Lopes (2012), em que foi analisado o uso de álcool durante a gestação, observou que o desempenho intelectual das crianças, na faixa etária de 06 a 16 anos, estava abaixo do esperado para crianças da mesma idade.

Na concepção de Correia e Tonini (2012), os alunos considerados em risco educacional são os que, em decorrência de um conjunto de fatores como, por exemplo, uso de álcool, drogas, gravidez na adolescência, negligência, abuso, ambientes socioeconômicos e socioemocionais desfavoráveis, podem gerar o insucesso escolar. Os autores entendem que esses problemas não resultam de imediato em uma incapacidade, porém, se não assistidos, poderão resultar em problemáticas acadêmicas e, até mesmo, sociais.

Segundo Salvari e Dias (2006), a escola é o principal espaço social de detecção de distúrbios infantis. Conforme tais autores, o fator determinante de problemas de aprendizagem é externo à criança. Assim, pensar o tratamento de uma criança com problemas de aprendizagem exige analisar o meio sócioestrutural em que ela vive, as relações constituídas na família e comunidade e não apenas o distúrbio, o problema que a criança ou adolescente apresenta.

Além dos problemas familiares, a estrutura e o ambiente em que a criança se desenvolve podem favorecer os distúrbios de aprendizagem, já que o ambiente e sua relação com ele é o que proporciona os estímulos necessários para desenvolver a atenção em certas tarefas. Logo, é papel fundamental da família e da escola proporcionar um ambiente saudável de desenvolvimento (MEIRA, 2012).

No que se refere aos fatores ambientais citados, entende-se que um ambiente favorável, bem como as relações interpessoais, podem contribuir para o desenvolvimento intelectual do aluno e para que esse busque sua autonomia. A escola, por sua vez, tem o dever de proporcionar ao aluno tal ambiente favorável, ao menos em suas dependências, assim como situações apropriadas de aprendizagem (CARNEIRO et al., 2012).

O aluno com DF, entendido como aquele que, em decorrência de suas limitações de locomoção, postura ou uso de membros superiores ou inferiores (mãos e pés) e de sua limitação na vitalidade e agilidade, tem sua escolarização comprometida em situações comuns de ensino (MAZZOTTA, 1993). Ele deve ser atendido e entendido como um todo. Por outro lado, a aprendizagem não pode ser uma tarefa exclusiva da escola ou do profissional que atende a criança na clínica, os pais precisam participar do processo, acompanhando e estimulando que criança se desenvolva (SALVARI; DIAS, 2006).

Desse modo, o atendimento profissional deve ser prestado por pessoas qualificadas e cientes das necessidades especiais particulares que cada aluno pode demandar no ambiente da escola regular, também auxiliando o professor no manejo dos alunos, de acordo com sua especificidade (MELO; FERREIRA, 2009; MELO; PEREIRA, 2013).

A família, igualmente, deve estar presente no diagnóstico e no tratamento dos distúrbios de aprendizagem. O processo de tratamento dos distúrbios envolve o atendimento clínico psicológico prestado à criança e à família, mas envolve, também, a escola como local de escuta (SALVARI; DIAS, 2006).

No contexto que envolve o nascimento de uma criança com deficiência, a família, dificilmente, está preparada para recebê-la, motivo pelo qual esse nascimento causa uma crise, abalando a identidade, a estrutura e o funcionamento do núcleo familiar. Assim, a família precisa se adaptar, emocional e estruturalmente, para conviver com a pessoa com deficiência e cuidar dela em relação às suas necessidades, bem como necessita aprender enfrentar os medos e resolver as necessidades do próprio núcleo familiar (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012).

Com base nos pressupostos do Cuidado Centrado na Família (CCF), que reconhece a importância da família como cliente de cuidado, Barbosa, Balieiro e Pettengill (2012, p. 195) pontuam que os profissionais da área da saúde “devem atuar no sentido de reconhecer a importância da família, pois ela é a unidade na qual a criança cresce e se desenvolve”.

A família precisa de amparo para se reorganizar, e isso não depende apenas do grupo familiar, mas também de condições socioeconômicas e ambientais, de amparo governamental (em muitos casos) e de profissionais qualificados para cuidar da criança com deficiência, bem como dessa família (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012).

A família da criança deficiente vivencia uma sobrecarga adicional em todos os níveis: social, psicológico, financeiro e com relação à demanda de cuidados e reabilitação da criança, necessitando por isso acessar as redes de suporte disponível na comunidade (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGILL, 2012, p. 197).

Entende-se, portanto, a família como peça-chave na educação da criança, devendo ser subsidiada e amparada pelos demais profissionais das diversas áreas. As políticas públicas deveriam, então, garantir o acompanhamento da criança com deficiência, tanto em relação às ações de saúde quanto de educação.

Assim como as ações governamentais, a escola é o local fundamental para o desenvolvimento das potencialidades e habilidades dessas crianças. Porém, estudos apontam que os professores não estão preparados para atender às necessidades específicas dos alunos com deficiências (CARDOSO; REIS; IERVOLINO, 2008; MELO; PEREIRA, 2013). Docentes capacitados podem auxiliar no desenvolvimento da aprendizagem do aluno, assim como contribuir nos encaminhamentos a outros profissionais, quando surgem problemas, até mesmo de

saúde, que fogem à sua competência técnica (CARDOSO; REIS; IERVOLINO, 2008).

Desse modo, a capacitação dos professores é fundamental no processo de inclusão da criança com deficiência na escola, porém tal profissional precisa de recursos que o auxiliem nessa tarefa. No ano de 2009, a Resolução nº 4 do Ministério da Educação instituiu as diretrizes operacionais para o Atendimento Educacional Especializado (AEE), na educação básica, modalidade de educação especial (BRASIL, 2009a).

Conforme o Artigo 2 dessa diretriz, o AEE tem, como função:

[...] complementar ou suplementar a formação do aluno por meio da disponibilização de serviços, recursos de acessibilidade e estratégias que eliminem as barreiras para sua plena participação na sociedade e desenvolvimento de sua aprendizagem (BRASIL, 2009a, p. 1).

Os alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação, por sua vez, devem estar matriculados na rede regular de ensino em classes comuns e no Atendimento Educacional Especializado (AEE), ofertado em salas de recursos multifuncionais ou em centros de Atendimento Educacional Especializado, no turno inverso ao da escola (BRASIL, 2009a).

As salas de recursos multifuncionais são munidas de diversos materiais que ajudarão o professor a ensinar o aluno com necessidades especiais. Entre os recursos de que o AEE dispõe, está a Tecnologia Assistiva (TA), meio importante para o aprendizado da criança com deficiência ou com necessidades educativas especiais. A TA que é definida, pelo Comitê de Ajudas Técnicas (CAT), como:

[...] uma área do conhecimento, de característica 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, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (BRASIL, 2009b).

Observa-se, nesse contexto, que a participação dos profissionais de diferentes áreas pode contribuir para o desenvolvimento dos mecanismos de aprendizado para crianças com deficiência. No Brasil, a TA é utilizada na proposta de educação especial e, segundo Rocha e Deliberato (2012, p. 72), tem a “função de

atender as especificidades dos alunos com necessidades especiais e os habilitar funcionalmente nas atividades escolares”.

Pesquisadores da TA entendem que sua utilização está condicionada ao entendimento do contexto e da situação do aluno na escola, com o intuito de que, assim, possam ser programados os recursos necessários ao atendimento do aluno (ROCHA; DELIBERATO, 2012)

No que tange à aprendizagem e à sua avaliação, por muitos anos a avaliação foi compreendida como prática pedagógica eficiente e necessária, no sentido de verificar a capacidade de aprendizado do aluno. Diante disso, aqueles que, por algum motivo, não conseguiam desenvolver as atividades com êxito, como os demais, estavam fadados a rótulos de doentes ou de detentores de problemas emocionais e cognitivos, considerados impeditivos do desenvolvimento escolar (CHRISTOFARI; BAPTISTA, 2012). Porém, diante as mudanças sociais e de concepções pelas quais a educação passou, sendo compreendida como um direito, esse modelo vem sendo amplamente discutido e tem ajudado a colocar em pauta a necessidade de mudanças significativas no modo de ensinar e de avaliar.

Desse modo, a concepção de aprendizagem, como um processo contínuo, implica a prática do professor, o qual, constantemente, depara-se com discussões acerca da avaliação da aprendizagem, como forma de compreensão da importância e significado de seu trabalho (CARNEIRO et al., 2012).

No contexto da inclusão escolar, a prática da avaliação da aprendizagem vem tornando-se cada vez mais desafiadora e complexa, pois traz consigo um movimento histórico, relacionado à incapacidade e à avaliação abordada em caráter de seletividade e hierarquização da *performance* do aluno. A mudança das práticas avaliativas implica uma transformação ampla nas concepções, nos currículos e nas práticas pedagógicas dos professores (CHRISTOFARI; BAPTISTA, 2012; FREIRE, 1996).

Entende-se, então, que a avaliação da aprendizagem serve para favorecer o processo de inclusão no sentido de oferecer dados que informem a necessidade de apoio e de todas as variáveis que interferem no processo de ensino-aprendizagem (BEYER, 2005).

Para Christofari e Baptista (2012), a avaliação da aprendizagem precisa ser pensada como um dispositivo que vai além de verificar se o aluno está aprendendo ou não. Avaliar a aprendizagem requer uma auto-avaliação constante do professor,

que, como ensinante, também é ensinado, devendo ter a capacidade de, nos processos contínuos de avaliação, mudar sua concepção sobre escola e a respeito do sujeito (FREIRE, 1996).

Tendo em vista esses aspectos, verifica-se que a qualidade de ensino, no caso do aluno com deficiência, depende não apenas do professor ou do próprio aluno, mas também de toda estrutura física que a escola pode oferecer para melhor atender essas crianças. Ainda, precisa daqueles profissionais que diretamente podem intervir no ambiente escolar (GLAT; NOGUEIRA, 2003).

Possibilitar a aprendizagem, requer remover barreiras, o que “pressupõe conhecer as características do aprendiz, bem como as características do contexto no qual o processo de ensino aprendizagem ocorre”, considerando o aluno com um ser em desenvolvimento que vivencia “o ensino-aprendizagem de acordo com suas diferenças individuais” (CARVALHO, 2009, p. 62-3).

Dessa maneira, a inclusão implica, necessariamente, uma reorganização do sistema de ensino, de modo a serem revisados concepções antigas e paradigmas educacionais, a fim de possibilitar o desenvolvimento biopsicossocial desses alunos com respeito às diferenças (GLAT; NOGUEIRA 2003).

Para reorganizar o ensino para pessoas com deficiência, torna-se necessário refletir que alunos com deficiência podem apresentar problemas de saúde que interferem no seu aprendizado. Assim, para tratar da aprendizagem e da saúde do escolar, é preciso direcionar o olhar à medicalização da sociedade, em especial da criança. Atualmente, a própria medicina tem transformado os problemas de viver ou naturais da vida humana em sintomas de doenças, desconsiderando a subjetividade do sujeito e reduzindo-a apenas a sintomas, à presença de doenças que podem ser diagnosticadas (com a alta tecnologia de que dispomos) antes mesmo de surgirem; não que isso seja ruim, muito pelo contrário, mas há que se ter cuidado com o excesso de “problemas”, que verdadeiramente são dificuldades naturais da vida humana (MEIRA, 2012).

No contexto da educação em saúde, o conceito de saúde ainda perpassa o modelo médico-curativo voltado a ações higienicistas, prática identificada no século passado, contudo presente na concepção das diversas áreas. O conceito de saúde, centrado na doença, precisa ser superado por todas as áreas do conhecimento para que as ações de prevenção sejam a base da qualidade de vida.

O conceito ampliado de saúde, pautado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, refere que ela é resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso aos serviços sendo, portanto, uma consequência das formas de organização social (BRASIL, 1986).

Esse conceito de saúde, assim como o de outros setores sociais, sofre as influências da organização socioeconômica do país e do mundo (SILVA Maria Abádia, 2002). Uma dessas influências pode ser verificada, na sociedade contemporânea, pela utilização do conceito de promoção de saúde como importante norteador da responsabilidade humana pela saúde. Esse foi definido, em 1986, como um “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (OMS, 1986).

Na relação entre saúde e educação, para a prevenção dos agravos, a União Internacional de Promoção e Educação em Saúde e a Organização Mundial da Saúde define a educação em saúde como:

[...] a combinação de ação social planejada e de experiências de aprendizagem planejadas visando a capacitar as pessoas, para adquirirem controle sobre os determinantes da saúde, sobre o comportamento em saúde, e sobre as condições sociais que afetam seu próprio estado de saúde e o estado de saúde dos outros (OMS, 1998, apud CARDOSO; REIS; IERVOLINO, 2008, p. 110).

Entretanto, é importante observar que os conceitos que permeiam a noção de promoção de saúde, assim como os que permeiam as políticas de saúde e educação, trazem consigo as estratégias socioeconômicas dos órgãos governamentais internacionais, que atribuem ao sujeito a condução e responsabilidade sobre seus atos e sua vida (SILVA, Maria Abádia, 2002).

No entanto, não se pretende, nesta pesquisa, adentrar em questões relacionadas às estratégias socioeconômicas dos órgãos governamentais internacionais, somente ilustrar que a perspectiva de responsabilização do homem, sobre seus atos, acaba por tornar a educação uma obrigação; obrigação do homem, já que o governo disponibiliza o acesso a ela sem, contudo, garantir a aprendizagem.

A escola é corresponsável pelo aprendizado do aluno e por sua preparação para o enfretoamento da vida. É necessário, portanto, que seja um ambiente favorável à prática da educação voltada à saúde. Para Cardoso, Reis e Iervolino (2008, p. 108) “a comunidade, a família e a escola não devem estar dissociadas em um processo educativo integral utilizado como uma ferramenta fundamental da promoção da saúde”, como definido na Primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, e também abordado pelos Parâmetros Curriculares Nacionais.

Nesse sentido, Melo e Ferreira (2009) entendem que as ações de cuidar e educar não estão dissociadas, mas se caracterizam como ações simultâneas, que possibilitam que a criança construa, plenamente, sua identidade e autonomia.

Compreende-se a educação para a saúde, em sua *práxis*, como estratégia fundamental para a elevação dos níveis de saúde, considerando que isso é, por excelência, um processo de conscientização e integração da população, que visa à melhoria da qualidade de vida (UIPES, 1998).

A saúde do escolar é um campo que envolve uma atenção não apenas multiprofissional, porém, igualmente, transdisciplinar, com a atuação de distintos profissionais das áreas da Educação, Ciências da Saúde, Ciências Sociais e Humanas.

Nesse contexto, os “profissionais da reabilitação devem conhecer as características dos diferentes ambientes para identificar condições que possam dificultar ou facilitar o desempenho funcional” (GASPAROTTO; ALPINO, 2012, p. 339) e intervir no processo de ensino-aprendizagem.

A escola precisa considerar, prioritariamente, o ambiente em que a criança vive, para, assim, desenvolver atividades relacionadas ao cuidado com o corpo em todas as atividades educativas, promovendo conhecimentos e habilidades voltadas ao autocuidado e à prevenção de condutas de risco (BRASIL, 2001).

Com efeito, Cardoso, Reis e Iervolino (2008) reforçam que as atividades direcionadas à saúde, no espaço escolar, devem priorizar uma ação mais reflexiva e crítica do conceito de saúde, com investigação das demandas e dos temas pertinentes à comunidade escolar e, particularmente, aos escolares.

Outro aspecto relevante, na saúde da criança e, em especial, do adolescente, é o fato de que, nessa faixa etária, é fundamental o investimento, por parte de todos aqueles responsáveis pela educação, na aquisição de hábitos de vida

saudáveis, que envolvam não apenas a atividade física, a alimentação e o lazer, como também a não exposição ao uso de drogas e álcool (BARBOSA FILHO; CAMPOS; LOPES, 2012; BRASIL, 2013).

Essa necessidade de orientação está bem elucidada pela Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE). Nela, foi constatado que as causas externas (lesões, acidentes, violências etc.) são a principal razão de morte e importante causa de sequelas e incapacidades entre os adolescentes e jovens no Brasil. Essas causas refletem a exposição a situações de risco vividas pelos adolescentes. Todavia, elas podem ser prevenidas por mudanças no ambiente social e no comportamento dessa parcela da população (BRASIL, 2013).

No Brasil, o acesso à escola é de 97,4% para a população de 6 a 14 anos e de 87,7% para a faixa etária de 15 e 19 anos de idade, independentemente da classe de rendimento mensal (BRASIL, 2012). Portanto, a escola constitui-se como importante *locus* no monitoramento da saúde do escolar (BRASIL, 2013).

As desigualdades socioeconômicas são significativas determinantes sociais da saúde da população em geral e desse segmento em específico. Isso porque, de fato, são as condições econômica, cultural, biológica e ambiental, relacionadas aos indivíduos e seus grupos familiares, que se constituem como fatores diferenciais da situação de saúde (BRASIL, 2013).

Do ponto de vista da saúde do escolar, durante a infância, as crianças estão mais vulneráveis a comportamentos de risco para a estrutura corporal. O corpo humano, nesse período, está em fase de maturação e as exposições a posicionamentos e hábitos maléficos, no ambiente escolar, podem favorecer o surgimento de alterações na postura, que levam a dores e, até mesmo, a incapacidades funcionais (PENHA; JOÃO; CASAROTTO, 2005; BEE; BOYD, 2011).

Para Penha, João e Casarotto (2005), as dores privam as experimentações sensoriais imprescindíveis ao desenvolvimento postural e ao controle dos movimentos, acarretando, precocemente, limitação motora. Esses autores enfatizam a necessidade de conhecimento, por parte de pais e professores, sobre a má postura e suas consequências, de modo que eles possam auxiliar na prevenção dessas alterações.

No contexto de prevenção dessas alterações, os profissionais da saúde, em especial o fisioterapeuta, são fundamentais para a educação em saúde das crianças e adolescentes. Alpino (2008) constatou que a consultoria colaborativa do

fisioterapeuta foi fundamental para a inclusão de crianças com paralisia cerebral na escola regular, em especial, no que diz respeito à acessibilidade e ao direcionamento da prática do professor para os alunos com necessidades especiais e deficiências.

Quando se aborda sobre a DF, a acessibilidade arquitetônica é um princípio fundamental. A acessibilidade é definida a partir do Desenho Universal, que preconiza o acesso para todas as pessoas, frente à diversidade existente na sociedade. Os ambientes devem ser desenvolvidos seguindo sete princípios: desenho equitativo, flexibilidade de uso, simples e de uso intuitivo, informação perceptível, tolerante a erros, (contendo elementos que diminuem o perigo), exigência de pouco esforço físico, garantia de tamanho e espaço para aproximação, alcance, manipulação e uso, independentemente do porte do usuário, sua postura (sentados e em pé) ou mobilidade, buscando condições de conforto, segurança, praticidade (PRADO; DURAN, 2007).

Além das adaptações estruturais necessárias ao acesso da criança, o fisioterapeuta é um profissional que pode auxiliar no posicionamento e manuseio de materiais, orientando aluno e professor na seleção e no uso de equipamentos necessários a atividades escolares. Isso pode proporcionar ao estudante um local acolhedor, sem barreiras arquitetônicas, o qual possibilite sua acessibilidade (DURCE et al., 2006). Essas observações estão de acordo com a Política Nacional de Educação Especial, que aponta para a necessidade de diálogo entre as diversas áreas para melhor atender às necessidades dos alunos (BRASIL, 2004b; ALPINO, 2008).

Assim, pensar o atendimento e o tratamento de uma criança com dificuldade de aprendizagem exige direcionar o atendimento à facilitação do desenvolvimento de habilidades sociais e à melhor integração com os pares (SANTOS; GRAMINHA, 2006). Desse modo, as metodologias utilizadas, ao se pensar o atendimento de qualidade a criança e adolescente com deficiência, devem priorizar a análise de como elas pensam e agem em determinada localidade, com sua cultura e crenças. Isso facilita a identificação da realidade em que vivem, norteadas, portanto, as políticas públicas saudáveis (CARDOSO; REIS; IERVOLINO, 2008).

O *bullying* é outro problema relacionado à saúde psicológica e física do escolar. Essa denominação é utilizada para qualificar comportamentos agressivos e repetitivos que envolvem desde a agressão física até a agressão verbal. Essas

violências causam transtornos tanto ao agredido quanto ao agressor, à sua família e a todos aqueles envolvidos com a vítima (MOURA; CRUZ; QUEVEDO, 2011, MENEZES, 2011).

A escola é um espaço onde essa violência está presente desde o início dos tempos, porém foi mais difundida nos últimos anos e sofreu modificações. Geralmente, a vítima é aquela considerada mais vulnerável, que, por algum motivo, apresenta alguma diferença em relação ao seu agressor (FANTE; PEDRA, 2008). O estudo que analisou a sóciogênese do *bullying* em crianças com necessidades especiais verificou que essa prática aparece de forma velada, principalmente na forma de exclusão, sendo praticada tanto pelos colegas quanto pelos próprios professores e familiares, os quais são a base de desenvolvimento da criança (MENEZES, 2011).

Nesse contexto, o enfrentamento do *bullying*, cujo primeiro passo é o reconhecimento do ato, é compromisso, tanto da escola, que envolve os próprios alunos, professores e funcionários, quanto da família e da comunidade. Esse enfrentamento deve ser realizado com o amparo de diversos profissionais na escola, entre eles o da saúde, o qual deve atuar no sentido de prevenir e demonstrar à comunidade escolar as consequências dessa violência para a vida do indivíduo que sofre com ela. (MOURA; CRUZ; QUEVEDO, 2011; MENEZES, 2011).

Até então, foram abordados, nesta pesquisa, diversos temas que se relacionam à aprendizagem e à saúde do aluno com deficiência e que podem ser alguns dos causadores da má qualidade de ensino e das causas de evasão escolar, já que se referem à deficiência física e às dificuldades enfrentadas pelos alunos que a apresentam.

Considerando-se todos os apontamentos feitos até o presente momento nessa dissertação, verifica-se que a educação é tarefa de todos e que os profissionais da área da saúde têm muito a contribuir para uma educação de qualidade. Eles também podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população em geral, principalmente no que tange à aquisição de hábitos de vida saudáveis, os quais favorecerão um melhor aprendizado do ponto de vista educacional e/ou de aprendizado para a vida.

2 CAMINHOS PERCORRIDOS

“Quando investigamos, não somente produzimos um diagnóstico sobre um campo problemático, ou elaboramos respostas organizadas e pertinentes para questões científicas, mas construímos uma maneira de fazer ciência e explicitamos uma teoria do conhecimento e uma filosofia (GAMBOA, 2012, p. 50)”.

Com o objetivo de reinventar uma teoria do conhecimento, considerando as transformações sociais, a presente dissertação está ancorada sobre os pressupostos do método dialético-crítico. Tal método é entendido, por Gamboa (2012), como um processo que nos permite conhecer e aprofundar a realidade concreta, considerando seu dinamismo e as inter-relações que estabelece.

Esse método tem, como categorias principais, a temporalidade e a historicidade. Elas permitem “apreender o fenômeno em seu devir histórico” e nas relações que estabelece com o meio, buscando os processos de transformação e as “contradições e potencialidades de mudança” (GAMBOA, 2012, p.189).

Situado o campo em que este estudo está amparado, é possível iniciar a abordagem de suas delimitações mais específicas. Dessa forma, a pesquisa exploratória, foi desenvolvida com abordagem quanti-qualitativa, o que exigiu do pesquisador aproximações entre a revisão teórica e os sujeitos pesquisados (KOSICK, 2010).

Os dados quantitativos e qualitativos se complementam; a abordagem quantitativa é utilizada como integradora, dando representatividade aos dados qualitativos e caracterizando-se pela objetividade e pelos dados sólidos. Esse tipo de sistematização serve de fundamentação ao conhecimento produzido pela abordagem qualitativa (MINAYO, 2004).

De acordo com Minayo (2004, p. 22), “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e captável em adequações, medidas e estatísticas”. Pode-se afirmar, então, que a abordagem qualitativa busca desvendar os significados dos fenômenos e dos processos vivenciados pelos sujeitos. Assim, esse estudo tem, como propósito, não apenas quantificar, mas também compreender a realidade do processo de inclusão dos deficientes físicos motores na escola regular, do ponto de vista do professor e da família.

2.1 Local, população e período

A presente pesquisa foi desenvolvida na rede municipal de ensino, no município de Santa Maria- RS. Teve, como referência, as matrículas do ano de 2014 e o cadastro de alunos com deficiência no Educacenso (2014).

O método de amostragem do tipo não probabilístico, denominado de amostra intencional, foi constituído por alunos com DFM, seus pais e professores. Os alunos compreenderam aqueles matriculados do 5º ao 9º ano da rede municipal de ensino da zona urbana, de ambos os sexos e seus pais/responsáveis. Ainda, como componente da amostra, foi selecionado um professor da escola, o qual acompanhasse o aluno com DFM por um maior período e que se disponibilizou a participar da pesquisa.

O público elencado, alunos matriculados entre o 5º e 9º ano, que corresponde à faixa etária de 10 a 14 anos (BRASIL, 2009a), está em plena fase de desenvolvimento cognitivo, físico e sócioemocional. A infância é um período no qual a grande maioria das sinapses⁸ se desenvolve. Entretanto, novas sinapses entre os neurônios se formam durante toda a vida, assim como outras são eliminadas à medida que não são mais necessárias às atividades. Essa capacidade de formar novas conexões é chamada de sinaptogênese, e a habilidade do “cérebro em mudar em resposta a experiência” é chamada de plasticidade neuronal (BEE; BOYD, 2011, p.113). Em função disso, é fundamental que a criança e o adolescente sejam expostos, cotidianamente, a estímulos internos e externos, que favoreçam a aprendizagem.

Segundo Bee e Boyd (2011, p. 112), as principais transformações orgânicas que ocorrem, na faixa etária dos 10 a 14 anos, envolvem a maturação do córtex pré-frontal, região responsável pelo processamento executivo, um conjunto de habilidades de processamento de informações, que nos “permitem controlar e organizar conscientemente nossos processos de pensamento”. Ainda durante esse período, as sinapses nervosas dos neurônios do córtex pré-frontal estão mais ativas,

⁸ As sinapses são espaços minúsculos entre os neurônios através dos quais impulsos neurais viajam de um neurônio para o seguinte. Essas são entendidas como conexões entre os neurônios (BEE; BOYD, 2011, p.64).

formando novas sinapses com outras partes do cérebro, sendo, por esse motivo, uma fase crucial para as aprendizagens escolares subsequentes.

Na rede municipal de ensino de Santa Maria-RS, que inclui a educação infantil, ensino fundamental e a Educação de Jovens e Adultos (EJA), no ano de 2013, foram matriculados aproximadamente 70 alunos com DFM, dos quais aproximadamente 58 estavam no ensino fundamental. Na faixa do 5º ao 9º ano, foram 20 alunos com DF matriculados, distribuídos entre 15 escolas. Assim, a amostra, a princípio, seria constituída por aproximadamente 20 alunos, 20 representantes familiares (pai, mãe ou responsável) e 20 professores que atuam com os estudantes, de acordo com a distribuição da tabela a seguir. Estimava-se, considerando essa amostra, aproximadamente 60 participantes envolvidos na pesquisa.

Tabela 1 - Distribuição de alunos com DFM matriculados no ano 2013.

| Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF)⁹ | Nº alunos DF Ano | |
|--|-------------------------|------------|
| EMEF Ipê-roxo | 1 | 5º |
| EMEF Ipê amarelo | 1 | 5º |
| EMEF Sibipiruna | 1 | 5º |
| EMEF Pau Brasil | 1 | 7º |
| EMEF Embaúba | 1 | 7º |
| EMEF Figueira | 2 | 5º, 6º |
| EMEF Guazuma | 1 | 5º |
| EMEF Paineira | 1 | 5º |
| EMEF Quaresmeira | 4 | 6º, 7º, 8º |
| EMEF Pau-ferro | 2 | 6º |
| EMEF Sabugueiro | 1 | 6º |
| EMEF Pitanga | 1 | 7º |
| EMEF Maricá | 1 | 7º |
| EMEF Murta | 1 | 8º |
| EMEF Cedro | 1 | 6º |
| 15 Escolas | 20 alunos | |

Fonte: Secretaria Municipal de Educação de Santa Maria – Relatório do Educacenso (2013).

Entretanto, como observado, haveria a possibilidade de a amostra sofrer alguma variação, já que os dados iniciais se referiam às matrículas de 2013. Considerando os dados do Educacenso, um novo cenário, no ano de 2014, instalou-se, caracterizando-se por 17 escolas, com um total de 26 alunos

⁹ Para preservar a identidade das escolas, seus nomes foram substituídos por nomes de árvores típicas do Rio Grande do Sul.

matriculados com DF, de acordo com a tabela a seguir.

Tabela 2 - Distribuição de alunos com DFM matriculados no ano de 2014.

| Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) | Nº alunos DF | Ano |
|--|---------------------|-----------------|
| EMEF Ipê Amarelo | 1 | 7º |
| EMEF Umbu | 2 | 6º, 9º |
| EMEF Cedro | 1 | 7º |
| EMEF Jaboticaba | 3 | 5º,6º(2 alunos) |
| EMEF Paineira | 2 | 5º, 7º |
| EMEF Quaresmeira | 1 | 9º |
| EMEF Pau ferro | 2 | 8º (2 alunos) |
| EMEF Araticum | 1 | 9º |
| EMEF Pau-brasil | 1 | 9º |
| EMEF Embaúba | 1 | 5º |
| EMEF Figueira | 6 | 5º (4), 7º(1) |
| EMEF Alecrim | 1 | 8º |
| EMEF Primavera | 1 | 5º |
| EMEF Pitanga | 1 | 9º |
| EMEF Guazuma | 1 | 6º |
| EMEF Guabijú | 1 | 6º |
| EMEF Buriti | 1 | 5º |
| 17 escolas | 26 alunos | |

Fonte: Secretaria Municipal de Educação de Santa Maria, Relatório do Educacenso (2014).

O Educacenso é uma pesquisa anual obrigatória para escolas públicas e privadas da educação básica, pelo Decreto nº 6.425, de 04 de abril de 2008. Esse levantamento é realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), órgão vinculado ao Ministério da Educação (MEC), o qual tem, como colaboradores, a União, o Distrito Federal, os Estados e Municípios (BRASIL, 2014).

As informações coletadas pelo Educacenso têm, como materiais de referência, o Projeto Político-Pedagógico, o regimento escolar, os documentos de modulação de professores e enturmação, a ficha de matrícula do aluno, o diário de classe, o livro de frequência, o histórico escolar, entre outros. Enquanto procedimento obrigatório, tem, como regra, a veracidade das informações que são

passíveis de verificação pelo Ministério da Educação, sofrendo penalidades caso haja discordância de informações (BRASIL, 2014).

Cada escola possui um cadastro de acesso ao portal do Educacenso. Esse é de responsabilidade do Gestor da Escola e somente ele com os dados, como o Cadastro de Pessoa Física (CPF), tem a acesso às áreas restritas para registro e verificação de informações. Feitas essas observações, no capítulo **Justaposições da Saúde e Educação**, alguns apontamentos, em relação aos dados do Educacenso, serão tecidos, de modo a se abordar sobre o cadastro adequado das informações.

Para a realização da pesquisa, foram incluídos alunos com DFM de diferentes níveis, usuários ou não de órteses que auxiliem sua mobilidade, mas que não apresentassem distúrbio cognitivo ou deficiência intelectual. Além disso, era necessário que estivessem matriculados em escolas regulares inclusivas da Zona Urbana. Os professores convidados foram aqueles que atuavam diretamente com esses alunos e que aceitaram participar da pesquisa, sendo escolhido, aleatoriamente, somente um representante do grupo de professores de cada estudante.

Para Gil (2008, p 52), “o tipo mais comum de amostra não probabilística é denominada de intencional. Nesta o pesquisador está interessado na opinião [...] de determinados elementos da população”. Esse tipo de amostragem foi escolhido tendo em vista as relações que serão estabelecidas com a escola e os pais no que se refere ao acesso, à disponibilidade em participar da pesquisa e, principalmente, à amostra com especificações especiais.

Tendo em vista os critérios estabelecidos, no qual o aluno teria que apresentar apenas a deficiência física motora, sem a associação com outras deficiências, foi realizado um contato telefônico com todas as escolas da rede que apresentavam cadastro de alunos com deficiência física no Educacenso para a certificação das informações. Assim, diante a pesquisa de campo, o panorama de alunos com deficiência física, considerando os critérios para inclusão dos alunos na pesquisa, mudou novamente. As escolas incluídas perfizeram dez instituições, na quais foram entrevistados dez professores, dez alunos e oito pais. O número de pais foi inferior, pois foram encontradas duas irmãs com a mesma DFM e, por isso, apenas um responsável foi entrevistado. Ainda, um aluno era maior de idade, sendo entendido que não havia a necessidade de entrevistar sua avó. Os demais alunos

não participaram, pois possuíam outras deficiências associadas, conforme é demonstrado na tabela a seguir:

Tabela 3 - Relação de alunos DFM não integrantes na amostra.

| ESCOLAS | Nº ALUNOS | ANO | GENERO | IDADE | DIAGNÓSTICO |
|-------------|-----------|-----|--------|-------|--|
| Guabiju | 1 | 6 | M | 15 | DF+DI - Mielomeningocele. |
| Guazuma | 1 | 6 | M | 15 | DI severa – Hidrocefalia |
| Embaúba | 1 | 5 | F | NSI | DF+DI- Paralisia Cerebral |
| Araticum | 1 | 9 | M | 13 | DF+ DI- Sequelas de maus tratos (uso de drogas pelos pais) |
| Pau-Ferro | 1 | 8 | M | 13 | DF+DI - Distúrbios de aprendizagem - Síndrome de Duchenne |
| Quaresmeira | 1 | 7 | M | 17 | DF+DI severos - Síndrome de Duchenne |
| Jaboticaba | 1 | 6 | M | NSI | DF+ DI - Sem diagnóstico específico |
| Jaboticaba | 1 | 6 | M | NSI | DF+ DI - Sem diagnóstico específico |
| Jaboticaba | 1 | 5 | F | 12 | DF + DI- Distúrbios de aprendizagem severos- Paralisia Cerebral |
| Eucalipto | 1 | 5 | F | 15 | Mielomeningocele- Foi transferida para o EJA neste ano depois do Censo |
| Paineira | 1 | 5 | F | 13 | DF- Baixa visão |
| Paineira | 1 | 7 | CE | CE | CE |
| Buriti | 1 | 5º | M | 15 | DF+ DI- Distúrbios de aprendizagem |
| Ipê-roxo | 1 | 6º | F | 17 | DF+DI – Paralisia Cerebral |
| 14 alunos | | | | | |

Legenda: DF-Deficiência física; DI- Deficiência Intelectual; CE- Cadastro errado; NSI- Não soube informar.

Dentre os 26 alunos com DF cadastrados no Educacenso em 2014, dez foram selecionados, 14 não participaram por não se enquadrarem nos critérios estabelecidos e dois alunos foram transferidos. Assim, posteriormente ao contato telefônico, foram realizadas visitas às Escolas Municipais elencadas para a pesquisa, de acordo com os procedimentos descritos na sequência.

2.2 Técnica de coleta de dados

2.2.1 Mapeamento e procedimentos

Na primeira etapa da pesquisa, foi realizado o mapeamento prévio, em que a pesquisadora fez contato com a Secretaria Municipal de Educação, expondo os objetivos e métodos da pesquisa e solicitando a autorização da Secretaria para a

aplicação do estudo junto às escolas da rede municipal de ensino, na Zona Urbana.

Após receber a autorização, por parte da Secretaria Municipal de Educação (ANEXO A), bem como do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (ANEXO B) e da banca examinadora do Projeto de Dissertação, foi realizado um novo levantamento das crianças com DF matriculadas na rede regular municipal de ensino, no ano de 2014, na faixa etária selecionada para estudo, verificando o número exato de alunos que se enquadrassem na pesquisa, segundo já descrito.

Considerando tratar-se de uma pesquisa que envolve seres humanos e estando de acordo com os preceitos éticos, todos os participantes deram seu aceite por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento, no caso dos menores de idade.

Esse levantamento ocorreu com base nos dados do Educacenso e em contato telefônico com as escolas. Em seguida, uma visita foi agendada e realizada às instituições escolares que possuíam alunos com DFM matriculados, a fim de expor os objetivos da pesquisa à direção de cada uma delas. Estando autorizada pelas escolas, a pesquisadora iniciou o estudo estabelecendo, em comum acordo com os envolvidos, uma data para entrevista. Os professores entrevistados foram escolhidos por conveniência. O critério para inclusão, inicialmente, foi que o docente acompanhasse por mais tempo o aluno durante o ano. Isso remeteu aos professores das disciplinas de matemática e português, que apresentam mais períodos de aula com os alunos, mas, considerando que suas cargas horárias permitiam pouco tempo para a entrevista, foi selecionado aquele que se dispusesse a participar.

A pesquisa de campo foi desenvolvida por meio de entrevistas semiestruturadas. De acordo com Marconi e Lakatos (2009), na pesquisa de campo, é realizado um levantamento de dados ou situações que ocorreram em um determinado fenômeno. Para esses autores, na pesquisa de campo, assim como na de laboratório, se “utiliza de técnicas de observação direta intensiva”, pela observação e entrevista e por meio de “observação direta extensiva”, utilizando-se, como instrumento, o questionário, o formulário, entre outros recursos (MARCONI; LAKATOS, 2009, p.43).

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram: a) um roteiro de entrevista sobre aprendizagem, acesso e estratégias de permanência do aluno com DF na escola, elaborado pela pesquisadora. Esse é composto por quatro perguntas sobre aprendizagem, uma sobre socialização do aluno e quatro sobre acesso e

estratégias de permanência e foi aplicado a um representante da escola (professor/ coordenador educacional) (APÊNDICE F); b) uma entrevista sobre condições de saúde e aprendizado do aluno com DF, contendo 16 questões, formada por perguntas abertas e fechadas, aplicado aos pais, pela pesquisadora (APÊNDICE G) e c) uma entrevista, aplicada aos alunos, sobre as condições de saúde e aprendizagem do aluno com DF, contendo dez questões (APÊNDICE H).

Do ponto de vista de Gil (2008, p.113), a entrevista é definida como a “técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe fórmula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”. Já a entrevista semiestruturada, para Triviños (1987, p. 146), é:

[...] aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas, em que o pesquisado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, e fechadas, em que o pesquisado pode escolher entre uma das alternativas propostas. O pesquisador, por sua vez, deve seguir um roteiro de questões previamente formuladas, as quais têm a finalidade de responder aos objetivos da pesquisa. No decorrer da entrevista, o entrevistador tem liberdade para, quando achar pertinente, conduzir a discussão de forma a elucidar as questões que não estão claras ou redirecionar o contexto da entrevista (BONI; QUARESMA, 2005).

A principal vantagem da entrevista semiestruturada, 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 (BONI; QUARESMA, 2005).

As entrevistas foram realizadas, em sua maioria, nas dependências da escola com autorização da direção. Apenas duas foram realizadas em outros locais (uma na residência do pesquisado e outra em um restaurante), por solicitação dos participantes. Com o objetivo de coletar e registrar o maior número de informações e com o prévio consentimento do entrevistado, as entrevistas foram gravadas com

auxílio de um gravador portátil. Posteriormente, elas foram transcritas pela pesquisadora e por uma colaboradora para, então, proceder-se à realização da análise.

Com o objetivo de registrar situações ou informações dos entrevistados não constantes nos instrumentos elaborados, foi utilizado, na pesquisa, o diário de campo. O objetivo da utilização desse diário foi registrar fatos, atitudes e fenômenos que são percebidos durante a pesquisa, permitindo estabelecer relações entre as falas e as atitudes.

No diário de campo, de acordo com Minayo (1993, p.100), são registradas todas as informações não contempladas durante a entrevista formal. Nele, constam as “observações sobre conversas informais, comportamentos, cerimoniais, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa”.

2.3 Questões éticas

Tendo em vista que o estudo envolve seres humanos, a pesquisa foi desenvolvida com base em pressupostos éticos, de acordo com a Resolução nº 196/96, a qual dispõe sobre diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo submetida à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM.

Para a realização do estudo, foram selecionados os alunos com DFM regularmente matriculados na rede municipal de ensino do município de Santa Maria- RS, os quais aceitaram participar da pesquisa. Para tanto, foi realizada a exposição dos objetivos e métodos da pesquisa, garantindo o anonimato da escola e dos participantes. O aceite foi feito mediante a assinatura do TCLE. Da mesma forma, foi realizado contato com os pais e/ou responsáveis pelos alunos com DF, com o intuito de serem expostos os objetivos da pesquisa, possíveis riscos dela, bem como benefícios. Esses participaram da pesquisa mediante a assinatura do TCLE e do Termo de Assentimento.

Com o propósito de 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 a respeito dela.

Foi certificado, ainda, aos pesquisados, que esses não sofreriam nenhum

tipo de risco à sua integridade física e psíquica, o que seria garantido pelo seu anonimato. Os benefícios de participar da pesquisa estão relacionados à contribuição para a área de educação especial, no que tange à ampliação de pesquisas realizadas com essa população em especial, o que possibilitará a reformulação ou formulação de novas estratégias para garantir a inclusão desses alunos no ensino regular e buscar alcançar os objetivos da educação inclusiva.

Com o compromisso de retornar os dados aos sujeitos da pesquisa (pais, alunos e professores) uma cópia digital (CD-ROM) da dissertação foi enviada às escolas participantes, bem como à Secretaria Municipal de Educação, retornando os dados aos interessados, a fim de se buscar melhorias na qualidade de ensino das escolas para os alunos com DFM.

Os riscos projetados para esse estudo foram: a não adesão da escola e dos professores à pesquisa e a não autorização dos pais para a participação dos alunos DF na pesquisa. Já os riscos para os sujeitos da pesquisa, estão relacionados a um constrangimento, tanto por parte dos pais quanto das crianças, em virtude de situações que se relacionam a condições socioeconômicas, a problemas familiares, à própria deficiência física e ao preconceito. Para os professores, também poderia haver esse constrangimento, já que a pesquisa envolveu sua atuação profissional na escola, em relação a seus colegas, aos próprios pais e às crianças.

Salienta-se que a pesquisadora esteve atenta a essas possibilidades, buscando sanar quaisquer dúvidas com argumentos fundamentados nas teorias. Entretanto, nenhum tipo de constrangimento ou situação foi registrado, garantindo a execução da pesquisa de acordo com os métodos planejados.

2.4 Método de análise

A análise dos dados foi feita sob o enfoque quanti-qualitativo. Segundo Gamboa (2012, p. 44), “a simples coleta de dados não é suficiente, faz-se necessário resgatar a análise qualitativa para que a investigação se realize como tal e não fique reduzida a um simples exercício de estatística”.

Dessa forma, a análise quantitativa foi utilizada para verificar a frequência dos alunos, por meio da média aritmética dos dados, os quais serão empregados com o objetivo de dar maior visibilidade ao estudo.

Para responder às questões qualitativas, que se referem à entrevista sobre a

aprendizagem, o acesso e as estratégias de permanência do aluno DF nas escolas, assim como para analisar as respostas ao questionário a respeito das condições de saúde e aprendizado, foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Esta autora conceitua a análise de conteúdo como "um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados" (BARDIN, 2011, p.11).

A análise de conteúdo é entendida como uma técnica de compreensão, interpretação e explicação das formas de comunicação, cujos objetivos centrais são: a) ultrapassar as evidências imediatas; b) aprofundar a percepção da realidade e c) verificar a pertinência e desvelar a estrutura das mensagens (DEMO, 2010; BARDIN, 2011). O principal material da análise de conteúdo são os significados. "A semântica é o estudo do sentido das unidades linguísticas", ou seja, dos significados (BARDIN, 2011, p.46).

Para a realização da análise de conteúdo, é preciso que o pesquisador tenha um olhar que observe e compreenda o real mediante o circunstanciado da mensagem que é dada pelo sujeito pesquisado. Essa análise define a presença de determinados temas, valores e modelos de comportamento, os quais estão presentes nas entrelinhas, proporcionando um olhar sobre as relações estabelecidas e seus significados ao pesquisador (MINAYO, 2004).

A análise de conteúdo é uma técnica que se ocupa de desvelar os enunciados que estão por trás das comunicações. Em decorrência disso, permite o aprofundamento sobre as circunstâncias em que essas comunicações estão colocadas. Bardin (2011, p. 40) refere que o "interesse não está na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados".

A análise de conteúdo perpassa três etapas: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados (BARDIN, 2011). A pré-análise tem, como meta, a organização da pesquisa. Na fase inicial, é estabelecida toda a estrutura da pesquisa, por isso é uma fase que deve seguir certa rigorosidade, que garanta a execução do estudo (BARDIN, 2011).

A pré-análise é constituída, de acordo com Bardin, (2011), pela: a) leitura flutuante, que consiste em fazer contato com os documentos realizando sua análise inicial; b) escolha dos documentos, na qual o universo é organizado para dar subsídio aos problemas levantados, constituindo o corpus; c) formulação das

hipóteses e objetivos; d) referência dos índices e elaboração dos indicadores e; e) preparação do material.

Dada a organização presente na pré-análise, a segunda fase, nomeada como exploração do material, consiste em aplicar, de modo sistemático, as decisões tomadas anteriormente, de acordo com o problema, objetivos, hipóteses e métodos elencados. E, por fim, para análise de conteúdo, são realizados o tratamento e a interpretação dos resultados, em que os dados são “lapidados” para que possam produzir as respostas aos problemas levantados, bem como novos conhecimentos (BARDIN, 2011).

A partir da análise, foram elaboradas as categorias teórico-metodológicas, podendo ser ampliadas ou modificadas conforme os achados relevantes da pesquisa. Por intermédio das categorias teórico-metodológicas, pode-se compreender e analisar a realidade, sob o olhar do pesquisador, mais direcionado ao seu tema de estudo, isto é, observando cada dado coletado, sob a luz da historicidade, da totalidade e da contradição, de acordo com os pressupostos do método dialético-crítico (CURY, 2000).

Inicialmente, foram propostas as seguintes categorias: inclusão e exclusão, socialização do aluno, aprendizagem, saúde, relação família e escola. Todavia, as categorias na análise de conteúdo foram redefinidas. Nesse sentido, a elaboração das categoriais foi realizada pela análise do áudio e das transcrições das entrevistas. As categorias surgiram a partir da pertinência e recorrência dos temas encontrados nas entrevistas estando em consonância com os objetivos propostos e considerando os questionamentos direcionados nas entrevistas. Esta pertinência foi observada quando havia menção repetida pelos três grupos pesquisados (pais, alunos e professores) de situações vivencia e temas presentes no ambiente escolar.

Assim, as categorias receberam as seguintes denominações: 1) Condição de Saúde, contendo como subcategoria: Deficiência Física Motora; 2) Inclusão Escolar, apresentando as subcategorias: Acessibilidade, Preconceito e *Bullying* e Socialização; e 3) Aprendizagem estabelecendo como subcategorias a: Processo ensino/ aprendizagem e Frequência: Estratégias de Permanência.

3 JUSTAPOSIÇÕES DA SAÚDE E EDUCAÇÃO

“A luta pelos Direitos Humanos passa por questões concretas, como raça, classe social, gênero, religião, cultura. Alguns são sujeitos diretos destas lutas pois sentem em suas vidas as consequências concretas do desrespeito a seus direitos. A outros cabe solidarizar-se nesta luta, constituindo-se em parceiros (CANDAU, 1999, p. 105)”.

Neste capítulo, serão apresentados e discutidos os resultados desta pesquisa. A exposição desses resultados, que tiveram como método a análise de conteúdo, será apresentada por meio das categorias e suas respectivas subcategorias (Figura 2). Foram elaboradas três categorias, a partir dos temas que se apresentaram recorrentes nas entrevistas, tendo, como base, os objetivos da pesquisa.

Figura 2 - Categorias e subcategorias metodológicas.



Inicialmente, se entende como processo fundamental para dar visibilidade ao estudo apresentar as características da amostra, tomando por título inicial a Características da Amostra. A primeira categoria, “Condição de Saúde”, apresenta as características que estão envolvidas com a deficiência. Essa tem, como subcategoria, a Deficiência Física Motora (DFM), que aborda a situação de saúde em geral (saúde mental, presença de doença). A segunda categoria, “Inclusão Escolar”, inclui, por meio de suas subcategorias (Acessibilidade, Preconceito e Bullying e Socialização), o contexto do processo inclusão de pessoas com DFM na

rede municipal de ensino de Santa Maria. E, por fim, a terceira categoria, nomeada “Aprendizagem”, aponta as barreiras para a aprendizagem e a frequência e permanência dos alunos, tendo esses pontos como subcategorias.

Realizar uma pesquisa de campo é um ato que remete reflexões por parte do pesquisador, dos pesquisados e da instituição (ambiente) a ser estudado. Essa reflexão, que não se caracteriza como uma intervenção, ocorre, direta ou indiretamente, quando é mobilizado, simplesmente, o pensamento sobre determinado assunto, ou quando ações precisam ser desenvolvidas para a viabilidade da pesquisa, como organizar o espaço e tempo para a entrevista.

Nesse sentido, a pesquisa requer persistência, haja vista que dificuldades são enfrentadas para buscar os dados que respondam aos questionamentos. Todavia, viabilizar o estudo está longe de ser um problema frente às dificuldades que os alunos, pais e professores enfrentam, no dia a dia, na escola, diante das situações de preconceito, por exemplo. Isso considerado, é preciso reportar que a principal dificuldade encontrada, na coleta de dados, foi delimitar um horário e local para que as entrevistas fossem realizadas. Em sua maioria, essas foram realizadas na escola, em acordo com o entrevistado, a coordenação pedagógica ou a direção da instituição escolar, respeitando os termos acertados no TCLE.

Os professores foram entrevistados por meio da utilização de um formulário semiestruturado nas dependências da escola. Para isso, foi necessário contar com o auxílio da educadora especial ou da coordenadora pedagógica, a qual se dispôs a acompanhar a turma em que o professor estava ministrando aulas durante a entrevista. Isso ocorreu devido à carga horária dos professores, que não dispunham de intervalos entre cada uma das aulas.

A maior parte dos alunos foi entrevistada nas escolas, observando um horário que não impedisse sua participação em aulas ou em outras atividades. Apenas uma aluna foi entrevistada em sua residência. Os pais, assim como os alunos, também realizaram sua participação na pesquisa, em sua maioria, nas escolas, apenas uma foi entrevistada em sua residência e outra em um restaurante, no seu horário de intervalo do trabalho por solicitação dela mesma¹⁰.

A referência utilizada, para mapear os alunos com DFM, foram os dados do Educacenso. No entanto, para certificar as informações do Educacenso, foi

¹⁰ É importante salientar que todos os participantes foram consultados quanto ao melhor momento para a entrevista, buscando a pesquisadora adequar os horários à disponibilidade dos mesmos.

necessário contatar todas as escolas que possuíam alunos com deficiência física que estivessem matriculados. Os dados estatísticos nem sempre contemplam a realidade da escola, conforme destacam Bridi e Meirelles (2014). Essas autoras realizaram a análise dos dados do Censo Escolar na rede municipal de Ensino de Santa Maria, na educação infantil, e verificaram que há tríplice marcação da deficiência no cadastro, o que ocorre com maior frequência no que se refere a alunos com deficiência múltipla.

Esse fato questiona a realidade das matrículas e, assim, exigiu a certificação das informações, haja vista que não há exigência de um diagnóstico da deficiência e o cadastro é realizado, na maior parte das vezes, por profissionais que não têm habilitação para identificar corretamente o aluno público-alvo da Educação Especial e suas respectivas deficiências. Nesse sentido, Bridi e Meirelles (2014) ressaltam a necessidade de seguir as orientações do Ministério da Educação para correto cadastro dos alunos por um profissional capacitado.

O estudo realizado não teve intenção de questionar a veracidade dos dados do Censo escolar. Entretanto, ao se utilizar desta base de dados para encontrar os alunos com deficiência física motora, foi necessário questionar os dados cadastrados com o intuito de que o direcionamento da pesquisa não fosse prejudicado. Selecionadas as escolas com alunos cadastrados como deficientes físicos, foi necessário entrar em contato com elas para conferir as informações e incluir somente aqueles com DFM, como já referido na metodologia.

Contudo, uma escola, ao ser procurada para verificar as informações, confirmou que o aluno apresentava somente deficiência física e não deficiência intelectual, critério para inclusão na pesquisa. Assim, foram agendadas as entrevistas com a mãe, com o aluno e com a professora. No entanto, ao realizar a entrevista com a mãe, foi possível conhecer o histórico de saúde do aluno. Tomou-se conhecimento de que o parto dele teria sido prejudicado pela demora no atendimento à parturiente, o que gerou anóxia cerebral.

Essa história remete à presença da deficiência intelectual e, segundo a mãe, foi confirmada pelo médico quando o aluno ainda era menor. Na entrevista com o aluno, também foi possível verificar que havia um déficit cognitivo (dificuldade de compreensão do questionamento, respostas deslocadas do questionamento e perguntas fora do contexto da entrevista). Salieta-se que esta pesquisadora não tem habilitação para estabelecer um diagnóstico de deficiência intelectual. Porém, o

histórico de saúde e as evidências na entrevista sugerem a possibilidade da deficiência.

O levantamento de dados, no que tange à história da gestação e às causas da deficiência, foi coletado por meio do diário de campo. A utilização desse tipo de diário favoreceu a coleta de informações importantes, que não estavam previstas nos roteiros de entrevista.

3.1 Características da amostra

Com o objetivo de caracterizar a amostra, foram agrupadas, em tabelas, as principais características dos participantes. Quanto às particularidades dos alunos, foram elencados a idade, o gênero, o ano de escolaridade e a deficiência. Do mesmo modo, as características dos professores (idade, gênero, nível de escolaridade e tempo de atuação) foram registradas, bem como as características das famílias, que contribuem para repensar a situação de saúde (do ponto de vista dos determinantes) dos alunos pesquisados.

Para garantir o anonimato dos respondentes, utilizaram-se, como meio de identificação, as letras e números, em que “A” corresponde a alunos, “P” foi empregado para designar os professores, e “M” para se referir às mães. A letra M foi empregada para designar as “mães”, pois as entrevistas foram realizadas exclusivamente com elas, por serem essas as mais envolvidas com o cuidado e com a educação dos filhos, partindo do contato telefônico possível pela ficha dos alunos nas escolas que apresentavam em geral o contato da mãe. As mães em sua maioria não tinham um trabalho formal, que exige geralmente rigorosidade em horários, por este fato, são mais disponíveis para participar da vida escolar dos filhos, diferentemente dos pais que trabalhavam e estavam afastados durante o dia.

Os sujeitos da pesquisa foram elencados conforme os procedimentos descritos na metodologia, e um total de dez escolas da rede municipal participaram do estudo. Assim, a amostra foi caracterizada da seguinte forma:

Tabela 4 - Dados de identificação dos alunos entrevistados.

| Aluno | Idade | Gênero | Ano | DFM |
|--------------|--------------|---------------|------------|------------------|
| A1 | 20 | M | 7 | PC |
| A2 | 13 | F | 6 | Mielomeningocele |
| A3 | 16 | F | 9 | PC |
| A4 | 12 | F | 5 | PC |
| A5 | 13 | F | 7 | Nanismo |
| A6 | 11 | M | 5 | PC |
| A7 | 16 | M | 9 | PC |
| A8 | 15 | M | 9 | PC |
| A9 | 14 | F | 8 | PC |
| A10 | 17 | M | 8 | PC |

Legenda: M- Masculino; F- Feminino; PC- Paralisia Cerebral.

Considerando a tabela 4, os alunos entrevistados apresentaram uma de 14,7 anos, sendo 50% do gênero feminino e 50% do gênero masculino. Em relação às DFM's, 80% dos alunos participantes apresentaram a DFM como sequela de paralisia cerebral e, ainda, uma aluna tinha sequelas da mielomeningocele¹¹. Havia, também, um caso de nanismo¹².

Destaca-se ainda que um aluno (A1) estava fora da faixa etária elencada para o estudo, mas cursando o 7º ano. Quando questionado a respeito do fator que o levou à defasagem idade/escola, ele relatou que, por anos, frequentou apenas a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e que a família não se preocupou em matriculá-lo na escola comum por achar desnecessário. O aluno não apresenta deficiência intelectual, mas dificuldades de aprendizagem e problema motor de membro superior, o que prejudicou o seu avançar na escola.

Januzzi (2004) estudou a realidade da educação das pessoas com deficiência ao longo dos anos. Nota-se que os relatos do aluno A1 estão condizentes com os fatos retratados por essa autora no que se refere às dificuldades de acesso à educação. O aluno tem 20 anos de idade, e as políticas que passaram a garantir o acesso à escola regular, para todas as pessoas com deficiência, datam dos anos 90, ou seja, em idade escolar esse aluno não precisaria estar em defasagem idade/

¹¹A mielomeningocele é considerada como deficiência, pois o nível de extrusão da medula tem, como sequela, a paralisia total ou parcial dos membros inferiores. Sua descrição é feita no capítulo de revisão bibliográfica.

¹²O Nanismo foi instituído na classificação de Deficiência Física a partir do Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004, que dá prioridade de atendimento as pessoas com deficiência (BRASIL, 2004).

escola. Isso pode ser justificado, pois, organizacionalmente, os municípios do interior, em geral, levam um tempo maior para se adequar às novas legislações e, por esse fato, situações, como de defasagem, ainda estão presentes na atualidade.

Os professores entrevistados compreenderam aqueles que permanecessem mais períodos em contato com os alunos com DFM elencados e que se dispuseram a participar do estudo. Na tabela a seguir, são apresentadas suas principais características.

Tabela 5 - Identificação dos professores entrevistados.

| Idade | Gênero | Graduação | Formação | Tempo de atuação |
|--------------|---------------|---------------------------------------|-----------------|-------------------------|
| 45 | F | Português | Especialista | 24 anos |
| 56 | F | Português | Especialista | 32 anos |
| 48 | F | Historia | Especialista | 28 anos |
| 51 | M | Português/Inglês | Especialista | 30 anos |
| 45 | F | Português | Especialista | 24 anos |
| 45 | F | História/Ciências sociais/ Sociologia | Especialista | 12 anos |
| 58 | M | Matemática/ Física | Especialista | 18 anos |
| 48 | F | Matemática/ Ciências Contábeis | Mestre | 21 anos |
| 50 | F | Matemática | Mestre | 28 anos |
| 64 | F | Matemática/ Ensino Religioso | Especialista | 40 anos |

Fonte: Elaborada pela autora.

Os professores entrevistados eram, em sua maioria (80%), do gênero feminino. Tinham, em média, 51 anos de idade e 25,7 anos de atuação. Todos os professores possuíam título de especialista e duas delas declararam ter mestrado. Em relação às disciplinas que ministravam, quatro possuíam formação em português, quatro em matemática e duas em história. Um interessante dado é que duas professoras possuíam mais de uma graduação, uma característica do mercado de trabalho atual, o qual exige, cada vez mais, aperfeiçoamento, para garantir melhores salários e melhores condições de vida. Outro fato que pode contribuir, para essa característica, é o acesso facilitado ao estudo na cidade de Santa Maria, por sua característica de centro universitário.

Tabela 6 - Características socioeconômicas das Famílias.

| Pais | Cômodos | Residentes no domicílio | Renda |
|-------------|----------------|--|----------------|
| M1 | 7 cômodos | Avó e primo | 4 a 5 salários |
| M2 | 5 cômodos | Padrasto, Mãe e 4 irmãs | 2 a 3 salários |
| M3 | 7 cômodos | Pai, avó, 2 irmãs, um sobrinho e cunhado | 2 a 3 salários |
| M4 | 7 cômodos | Pai, avó, 2 irmãs, um sobrinho e cunhado | 2 a 3 salários |
| M5 | 5 cômodos | Mãe e companheiro da mãe | 2 a 3 salários |
| M6 | 7 cômodos | Pai, mãe e 1 irmã +aluno | 2 a 3 salários |
| M7 | 6 cômodos | Pai, mãe e 2 irmãos + aluno | 1 salário |
| M8 | 5 cômodos | Padrasto, Mãe e 1 irmã + aluno | 2 a 3 salários |
| M9 | 6 cômodos | Pai, Mãe, 4 irmãos + aluna | 2 a 3 salários |
| M10 | 5 cômodos | Mãe e mais 2 irmãos + aluno | 1 salário |

Legenda: Os dados apresentados correspondem às perguntas fechadas da entrevista com os pais de números 1,2,3 e 4.

A tabela anterior demonstra que as famílias¹³ têm uma renda baixa, entre dois e três salários mínimos em média. Os residentes correspondem, em sua maioria, a famílias nucleares constituídas por pai, mãe e filhos. Em três situações, existe a presença de avós e, em duas situações, os estudantes residem com cunhado e sobrinho.

Considerando a rendas das famílias pesquisadas, ainda é preciso destacar que todas elas são beneficiadas pelo Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC na Escola), direito de todas as pessoas idosas e aquelas com deficiência, consideradas incapazes para uma vida independente e para o trabalho. Esse benefício tem, como objetivo, acompanhar e monitorar o acesso e a permanência na escola das pessoas com deficiência, que tenham entre 0 a 18 anos e que são beneficiadas pelo BPC. A organização do programa ocorre por meio da articulação das políticas de educação, saúde, assistência social e direitos humanos, buscando favorecer o pleno desenvolvimento e a participação social das pessoas com deficiência (BRASIL, 2009c).

No entanto, o que se pode perceber, com os dados coletados nessa pesquisa, é que o BPC é, basicamente, o responsável pela manutenção financeira da família, estando incluído na renda familiar. O BPC, além de ser uma forma de contribuir com melhores condições para a educação dos jovens, é também uma

¹³ Aqui são apresentadas as condições de 10 famílias, correspondentes ao número de alunos que participaram do estudo. Todavia foram entrevistadas apenas oito mães, como relatado no capítulo anterior.

forma de controle social para a frequência e permanência do aluno na escola, enquanto meta governamental.

3.2 Condição de saúde

A saúde perpassa uma série de determinantes que aqui serão considerados para refletir sobre a presença ou ausência dela. O bom estado de saúde é, sem dúvida, um requisito fundamental para o desempenho nas atividades do dia a dia da criança e adolescente, entre elas, as escolares.

Contudo, ter uma deficiência não significa ter uma doença. A deficiência, neste estudo, é entendida como uma condição que não está atrelada à presença de doenças. Ter uma deficiência, no entanto, pode favorecer o surgimento de doenças e, por isso, diversos cuidados com a saúde precisam ser considerados para garantir uma vida saudável e de qualidade.

A seguir, é apresentada a subcategoria Deficiência Física Motora, que engloba as características das deficiências do aluno, bem como suas condições de saúde. As condições de saúde se referem à presença de doença, mas também aos determinantes de saúde e a como esses estão relacionados à aprendizagem dos alunos.

3.2.1 Deficiência física motora (DFM)

A DFM se apresenta de várias formas, desde casos mais leves aos mais graves, que limitam a mobilidade típica do corpo. No entanto, independente do nível de acometimento, numa sociedade que está buscando se adaptar para garantir o acesso aos locais enquanto direito, as dificuldades ainda imperam. Tais dificuldades não se restringem apenas ao acesso, porém às barreiras atitudinais presentes na sociedade.

Alguns autores atrelam a deficiência à doença crônica. Entretanto, nesta pesquisa, entende-se que são dois conceitos distintos. Deficiência é uma condição permanente e pode ser gerada por uma patologia. A doença crônica é uma alteração de saúde permanente, mas que não apresenta um padrão de sinais e sintomas iguais por toda a vida (existem picos de melhora e piora no quadro), a deficiência é permanente, podendo haver melhorias, porém o quadro se mantém.

A presença de doenças, no caso de pessoas com DF, varia de acordo com o nível de comprometimento motor. A título de exemplo, pessoas que fazem uso de cadeira de rodas podem desenvolver úlceras de pressão pela imobilidade; indivíduos com lesão medular ou lesão encefálica podem apresentar, com frequência, infecções urinárias de repetição pela necessidade de sondagem vesical, quando há ausência de controle esfinteriano nas lesões medulares e lesões encefálicas (WADA; TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010). Os pacientes com paralisia cerebral têm maior predisposição a doenças respiratórias. Contudo, isso também é relativo, pois depende do cuidado que é dispensado com a saúde.

Na Tabela 7, são apresentadas as DFM encontradas neste estudo e os níveis de lesão e de comprometimento.

Tabela 7 - Características da DFM.

| | Tipo | Deficiência | Comprometimento da função |
|-----|-------------|----------------------|----------------------------------|
| A1 | DC | PC | Triplegia (Msls e MSD) |
| A2 | DC | Mielomeningocele | Paraplegia Msls |
| A3 | DC | PC | Paraparesia Msls |
| A4 | DC | PC | Paraparesia Msls |
| A5 | DC | Nanismo | Baixa estatura |
| A6 | DA | PC- | Hemiparesia Msls |
| A7 | DA | PC- Anóxia pós parto | Hemiparesia esquerda |
| A8 | DA | PC- Anóxia pós parto | Tetraparesia (Msls e MSD) |
| A9 | DA | PC-prematuridade | Monoplegia (MID) |
| A10 | DA | PC- prematuridade | Hemiplegia |

Legenda: DC: Deficiência Congênita; DA: Deficiência Adquirida; PC: Paralisia Cerebral; Msls: Membros inferiores, MSD: Membro superior direito; MID: Membro inferior direito
As questões apresentadas se referem a 1,2,3 referentes às características das deficiências.

A tabela 7 demonstra que, dentre os dez alunos participantes, oito tinham diagnóstico de PC em diferentes níveis. Em relação às DC e DA, é possível identificar que, em metade dos casos de diagnóstico de PC, ela poderia ter sido evitada com medidas preventivas durante a gestação, inclusive, em dois casos, a PC foi causada por abuso de substâncias químicas (SIC).

Estudos têm demonstrado que o abuso de álcool e de outras drogas, durante a gestação, afeta o desenvolvimento fetal de diversas formas. Parte desses efeitos é observada, em especial, no que se refere à aprendizagem da criança. Contudo, os níveis de consumo de álcool e drogas, durante a gestação, ainda não estão claros

na literatura. Em função disso, a indicação é que essas substâncias sejam evitadas durante a gravidez (BEE; BOYD, 2011).

O histórico das gestações das participantes da pesquisa foi coletado com o auxílio do diário de campo. Excluindo os casos de mielomeningocele (A2) e nanismo (A5), nos quais há má formação e fator genético, respectivamente, dois (A9, A10) foram bebês prematuros, duas (A7, A8) tiveram complicações após o parto (anóxia pós-parto), duas (A3, A4) tiveram PC devido ao abuso de substância ilícitas, um (A1) não soube informar a razão, e um (A6) teve a PC com cinco anos de idade, segundo a mãe, por uma infecção generalizada (bacteriana ou viral), que não teve um diagnóstico preciso devido à manifestação súbita e progressiva dos sinais e dos sintomas.

A paralisia cerebral é uma condição que pode ocorrer por más formações do encéfalo ou por problemas durante a gestação e parto (abuso de substâncias, quedas, parto tardio). Nos casos pesquisados, sete deles desenvolveram a PC por parto prematuro. Em um caso relatado, a demora do atendimento, no nascimento, foi a causa da PC.

A revisão bibliográfica realizada por Moreira, Magalhães e Alves (2014), acerca da relação entre prematuridade e o desempenho escolar, revelou que a maioria dos estudos realizados, sobre essa temática, refere que a prematuridade tem repercussões no desempenho motor e, conseqüentemente, no desempenho escolar do aluno.

Considerando as definições abordadas no referencial teórico por Bobath e Bobath (1986), Spillane (1996) e Bee e Boyd (2011), em geral, as DFM são consideradas leves, pois, na maioria dos casos, há presença de movimento parcial, o que auxilia na adaptação dos movimentos corporais, garantindo-lhes maior mobilidade e independência.

Tabela 8 - Características de mobilidade dos alunos com DFM's.

| Alunos | Auxílio de mobilidade | Adaptações da residência. | Necessidade de auxílio para AVD's. |
|---------------|------------------------------|----------------------------------|--|
| A1 | Cadeira de rodas | Dormitório e banheiro | NN |
| A2 | Cadeira de rodas | Banheiro | Ajuda parcial, banho e vestir-se, uso do banheiro. |
| A3 | Não utiliza | Não | NN |
| A4 | Não utiliza | Não | NN |
| A5 | Não utiliza | Interruptor de luz | NN |
| A6 | Órtese | Não | NN |
| A7 | Não utiliza | Não | NN |
| A8 | Auxílio parcial | Banheiro | Banho ajuda total, uso do banheiro ajuda parcial. |
| A9 | Não utiliza | Não | NN |
| A10 | Não utiliza | Não | NN |

Legenda: NN: Não necessita; AVD's: Atividades de vida diárias.

No que tange à utilização de recursos de mobilidade, dois alunos fazem uso de cadeira de rodas; um deles utiliza órtese de posicionamento, à noite, um necessita de auxílio parcial, por falta de equilíbrio, e seis possuem plena autonomia.

No que se refere às atividades de vida diária, oito alunos referiram ter total independência, não necessitando de auxílio de outra pessoa, inclusive um aluno, que é usuário de cadeira de rodas, desenvolveu estratégias de adaptação para a mobilidade na cadeira de rodas, as quais garantem sua independência. Apenas dois alunos precisam de auxílio para o banho e ajuda parcial para troca de roupa e utilização do banheiro, segundo relatos das mães.

No caso da PC e a relação com a aprendizagem, estudos têm observado que o comprometimento motor dessas crianças “pode estar interligado à sua independência funcional, à sua função motora e à sua participação escolar”, já que o desenvolvimento da criança é influenciado, diretamente, pelo meio em que vive e os estímulos que recebe para sua independência (RÉZIO; CUNHA; FORMIGA, 2013, p.604).

O nível de habilidades funcionais e de mobilidade tem uma relação direta com a participação escolar, ou seja, crianças que apresentam um nível maior de mobilidade apresentam maior participação nas atividades escolares, tanto em termos de mobilidade quanto cognitivos-comportamentais (RÉZIO; CUNHA; FORMIGA, 2013, p.604).

Ao questionar os pais, a respeito dos cuidados com o aluno com DFM, seis mães mencionaram serem elas que cuidam dos filhos; em um caso, a irmã mais velha realiza essa tarefa e, em três casos, as avós. A atribuição de educação e o

cuidado das crianças, por muitos anos, foi tarefa exclusiva das mães. Essa realidade se estruturava a partir do trabalho, já que o homem tinha a obrigação do sustento da família e a mulher a tarefa de cuidar da casa e de educar os filhos (JANUZZI, 2004). Apesar das mudanças ocorridas nos últimos anos, em que a mulher tomou um papel ativo no trabalho, por meio dessa pesquisa, constatou-se o fato de a mãe ainda ser a responsável pelos cuidados com os filhos, ainda que a maior parte delas relate trabalhar fora de casa, na maior parte, em atividades informais.

Grande parte das famílias pesquisadas é de baixa renda. Uma revisão bibliográfica que analisou as produções sobre a relação da prematuridade e desempenho escolar verificou que os fatores de risco socioeconômicos estão relacionados à prematuridade e, tardiamente, ao desempenho escolar da criança (MOREIRA; MAGALHAES; ALVES 2014).

As famílias que possuem um baixo nível socioeconômico ou que apresentam condições econômicas desfavoráveis têm seu acesso ao sistema de saúde, por vezes, limitado em decorrência da distância da Unidade Básica de Saúde (UBS), das dificuldades de locomoção, da ineficácia do sistema de saúde pública e, em alguns casos, em função da desinformação.

Em todos os casos pesquisados, as famílias necessitam de atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o qual, apesar de possuir atendimento prioritário¹⁴ para gestantes e assistência pré-natal, em muitos casos, não consegue desenvolver sua função com qualidade.

O fato de uma gestante não receber atendimento em tempo hábil remete à precariedade de atendimento no SUS, talvez não somente pela estrutura organizacional desse sistema, como também pela falta de comprometimento de parte dos profissionais que nele atuam. No ano de 2000, foi criado o Programa de Humanização do Parto e Nascimento que continua em vigor. Esse atribuía, já naquele ano, uma série de estratégias necessárias para um parto seguro e disponibilizava, no SUS, os exames e os acompanhamentos necessários à gestante e foi aperfeiçoado ao longo dos anos de acordo com as tecnologias em gineco-obstetrícia disponíveis (COSTA et al., 2013). Considerando a média de idade dos alunos (14,7 anos), suas mães já estariam cobertas pelas ações desse programa.

¹⁴ Segundo a Lei nº 10.048 de 8 de novembro de 2000, o Art. 1, refere: “As pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei”, em todas as repartições públicas (BRASIL, 2000).

No entanto, antes dos anos 2000, outras estratégias, para uma gestação segura, já eram disponibilizadas pelo SUS.

Um estudo sobre o atendimento pré-natal, na rede pública de saúde de Goiânia, observou que, entre os pesquisados, as inadequações, na atenção pré-natal, como início tardio do pré-natal, a baixa adesão às atividades educativas que remetem aos cuidados com a saúde da puérpera, são fatores que podem comprometer a qualidade de vida do binômio mãe-filho (COSTA et al., 2013).

É importante salientar que o SUS, em sua estrutura e organização, tem condições para o atendimento de todas as pessoas, em todos os níveis de atenção. Entretanto, há possíveis justificativas para a precariedade do atendimento nesse sistema, como a má gestão dos recursos distribuídos pelo governo federal, o investimento do capital privado em saúde, por meio dos planos de saúde que estabelecem um sistema paralelo, fomentando as desigualdades (OCKÉ-REIS, 2009).

Todavia, esse é um problema que se inscreve desde a Constituição de 1988. Essa, ao mesmo tempo em que garante a gratuidade dos serviços de saúde para todos os cidadãos, independente da sua classe social, emprego e renda, também garante o financiamento ao setor privado de saúde, ou seja, são criados dois sistemas, os quais precisam ser financiados de alguma maneira (OCKÉ-REIS, 2009).

Considerando a utilização do SUS como referência para o atendimento de saúde, as mães, quando questionadas quanto à utilização dos estabelecimentos públicos de saúde do município, queixaram-se no que se refere ao atendimento dos profissionais e quanto à baixa disponibilidade de consultas. Isso é corroborado pela pesquisa de Santos e Bevilaqua (2012), que estudaram as estratégias de humanização do atendimento, em saúde em uma Unidade Básica de Saúde de Minas Gerais, e verificaram a baixa disponibilidade de consultas e o atendimento precário em termos de atenção ao usuário.

As consultas, conforme as mães e os próprios alunos, em sua maioria, são de rotina e, em geral, a saúde física dos adolescentes, no que se refere à presença de doença, é considerada normal, já que os alunos têm gripes e resfriados comuns para cada época do ano.

No caso de uma aluna usuária de cadeira de rodas, a incidência de infecções urinárias de repetição, pelo uso de cadeira de rodas (posição sentada por longos

períodos) e sondagem vesical, remete à necessidade de maior acompanhamento e cuidado com a saúde. O mesmo ocorre no caso de uma aluna com nanismo, que precisa fazer acompanhamento frequente, haja vista o desequilíbrio entre o peso corporal e a altura, o que comprometem sua estrutura óssea.

Em outro caso, o de um menino com paraparesia de membros inferiores, o acompanhamento também é mais frequente, devido às dificuldades de mobilidade. Esse necessita do uso de órtese. De acordo com o relato da mãe, a criança sofre com ansiedade, que foi agravada por problemas de saúde familiares. Desse modo, nesses três casos, há maior frequência de comparecimento aos estabelecimentos de saúde.

Olha, pra te falar bem a verdade depois que aconteceu isso aí, o A6 se tornou, ele já era bem agitado. Ele é uma criança muito, muito, muito ansiosa, eu acho que vou levar ele em um neurologista e vou conversar com ele, se não, vai se tornar uma coisa crônica. Ele já era ligado na tomada, mas não era aquela ansiedade que eu vejo agora. Então, ele está numa fase assim, que tu vai falar uma coisa pra ele, ele sempre tanta falar primeiro, ele não deixa fala. É tudo, tudo rápido! Sabe, e ele faz os temas ligeirinho na aula, ele faz tudo ligeiro pra ter tempo de conversar. Aí, ele atrapalha. Ele está se atrapalhando, ele é um crânio em matemática e não está conseguindo raciocinar. Então, isso está atrapalhando, a ansiedade está atrapalhando muito ele (M6).

A ansiedade é apontada, na literatura, como um problema de saúde mental na infância e na adolescência, o qual interfere no desenvolvimento sócio educacional (SÁ et al., 2010). Por esse fato, merece atenção tanto da família quanto da escola, com vistas a prevenir o surgimento de transtornos que possam perdurar na vida adulta. Além disso, Vitolo; Fleitlich-Bilyk; Goodman (2005) apud Sá et al. (2010) pontuam que crianças pertencentes a classes sociais desfavorecidas apresentam maior risco de problemas de conduta e transtornos emocionais, como a ansiedade e depressão.

Adquirir hábitos de vida saudáveis, na infância e adolescência, dentre eles o cuidado com o corpo, uma boa alimentação, a prática de atividade física e o lazer, é elemento preponderante para uma vida adulta com menos problemas de saúde. As famílias de crianças com deficiências e as próprias crianças precisam ter cuidados maiores para evitar ou minimizar o agravamento de problemas de saúde.

Nesse sentido, as mães e o aluno A1 foram questionados quanto à presença de escaras (úlceras por pressão) em algum momento da vida do adolescente.

Dentre os pesquisados, seis das oito mães e o aluno A1 referiram nunca terem desenvolvido esse problema, demonstrando o cuidado com o corpo.

As úlceras por pressão ocorrem quando há falta de suprimento sanguíneo adequado em uma região onde o tecido macio (músculo) tenha contato direto com extremidades ósseas, como o trocanter maior do fêmur, ísquios, sacro, entre outros pontos. A pressão causada pela inatividade do membro e a fricção permanente sobre ele reduzem o suprimento sanguíneo até o ponto de necrose das células (WADA; TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010).

No caso de uma aluna usuária de cadeira de rodas, a presença da úlcera de pressão foi relatada pela mãe. A mãe relata que teve duas incidências durante a infância da filha e que, depois de um procedimento cirúrgico (debridamento e reconstrução), o fato não se repetiu. O tratamento cirúrgico desse tipo de úlcera é indicado nos casos mais graves (graus 3 e 4) e deve seguir as recomendações da sociedade de medicina para procedimentos cirúrgicos (WADA; TEIXEIRA NETO; FERREIRA, 2010, p.174).

Em outro caso, a órtese de posicionamento tem ocasionado lesões na pele do adolescente, em decorrência da fabricação inadequada ao membro inferior. Devido às lesões, a mãe do aluno relata que decidiu, por conta própria, não utilizar mais a órtese continuamente, mas apenas à noite até que uma nova órtese fosse produzida, a qual não lesasse a pele da criança. Isso é uma consequência da demora por atendimento, já que, para evitar maior sofrimento para a criança, a mãe tomou uma atitude que, por um lado, reduz o sofrimento, contudo, por outro, pode prejudicar o desenvolvimento e o posicionamento dos membros inferiores pela falta da órtese.

Outro elemento preocupante, quando se trata de pessoas com DFM, é a obesidade, pois a DFM, às vezes, limita a mobilidade, e a associação de imobilidade e obesidade pode ocasionar problemas cardiovasculares e osteoarticulares. Sabe-se que, quanto mais pesada a pessoa com DFM estiver, maior dificuldade de mobilidade poderá apresentar¹⁵.

¹⁵Obesidade e excesso de peso são terminologias diferentes, que se destinam a caracterizar o ganho de peso no adulto e na criança, respectivamente. Obesidade: definida para adultos pelo Índice de Massa Corporal (IMC). O valor de IMC acima de 30 indica obesidade. Excesso de peso: terminologia utilizada para definir um “padrão no qual crianças ganham mais peso em um ano do que o adequado para sua idade, altura e sexo” (BEE; BOYD, 2011, p. 135).

Em relação ao ganho de peso excessivo como um fator de risco para a saúde da criança e, principalmente, para a mobilidade de pessoas com DFM, seis mães relataram não haver problemas. Essas afirmaram que incentivam a ingestão de frutas e verduras, buscando que seus filhos tenham uma alimentação mais nutritiva, fato este possivelmente advindo das diferentes estratégias para uma educação alimentar saudável presentes na mídia e também nas escolas.

Ainda neste contexto, a mãe de uma aluna usuária de cadeira de rodas refere controlar a alimentação (no sentido de redução da ingestão de alimentos com elevado teor de gorduras, principalmente) para evitar a obesidade, uma vez que sabe que esse problema pode dificultar a mobilidade da criança na cadeira de rodas:

[...] assim, ela jantava duas vezes. Agora, eu não deixo mais, eu cortei o doce, que ela gostava muito. Muita besteira, chocolate, salgadinho, bolacha recheada, refrigerante, que ela ama, tudo isso eu comecei tirar porque, quanto mais pesada ela estiver, dificulta para ela e para mim, não é? [...] (M2).

Além das dificuldades de mobilidade, o ganho excessivo de peso, na infância, também predispõe a criança à obesidade na vida adulta. Essa pode acarretar problemas cardiovasculares que resultam em óbito. Assim, prevenir o excesso de peso, na infância, é uma estratégia de proteção para uma vida adulta saudável. O incentivo à alimentação adequada e saudável é tarefa conjunta entre os profissionais da saúde, a família e a escola (BEE; BOYD, 2011).

No caso específico da criança que possui nanismo, a necessidade de controle da alimentação é importante devido a sua baixa estatura, para evitar sobrecarga nas articulações. Estudos têm apontado os problemas articulares, posturais e na praxia global causados pelo excesso de peso em crianças e adolescentes (ALEIXO et al., 2012). Isso, associado ao nanismo, que, por si só, ocasiona alterações no crescimento ósseo, é um problema que merece atitudes preventivas imediatas.

Em outro caso de PC, a mãe refere que o aluno tem diversos problemas no trato gastrointestinal e, por isso, ela precisa fazer o controle do consumo de frituras, de refrigerantes e de alimentos ácidos. Em geral, as mães parecem estar atentas ao que seus filhos têm ingerido. A atitude delas, frente à alimentação dos filhos, é, possivelmente, consequência das diversas campanhas realizadas pela área da saúde quanto à aquisição de hábitos saudáveis de vida em todas as faixas etárias.

Cuidar do corpo significa reconhecer suas capacidades e dificuldades. Nesse sentido, os alunos foram questionados se estavam preocupados com seus corpos e por quê. Três deles referiram não se preocupar, e os outros sete alunos mencionaram estar preocupados com o desenvolvimento de seus corpos. Em alguns casos, a preocupação era voltada à DFM: *“De eu ficar acima do peso e piorar a minha deficiência”* (A8); Outro refere dificuldades de mobilidade e equilíbrio: *“Bem, às vezes, eu me preocupo porque, geralmente, eu caio muito...”* (A6).

Na verdade, eu tenho que emagrecer, os médicos disseram. É uma coisa que confunde a mãe natureza, meu peso está bom pra minha idade, só que não está bom pra minha altura. Isso acaba dando um probleminha pra mãe natureza, é por isso que eu tenho que emagrecer mais, chegar a um peso que dê pra minha altura, entendeu? (A5).

Para Frois, Moreira e Stengel (2011), o homem passa por diversas fases de maturação, em que ocorrerão construções e reconstruções da imagem corporal. Entretanto, a adolescência é uma fase que envolve um processo de luto do corpo infantil, o que exige do jovem um ajustamento estrutural. Esse gerará um novo posicionamento desse corpo no mundo. Em se tratando de pessoas com deficiência, tal fase é um tanto complicada, já que envolve, também, um processo de compreensão da deficiência.

De acordo com Braga, Molina e Figueiredo (2010, p.90), em geral, a preocupação com o corpo, entre os adolescentes, está voltada mais à estética. Segundo os autores, o estabelecimento de um corpo bonito está relacionado a “corpos fortes, musculosos, torneados, perfeitos [...]”. Isso, igualmente, é observado por Passos et al. (2013) em um estudo sobre a compreensão de um corpo “ideal”. Ela observou que grande parte dos adolescentes definiu a beleza como sinônimo de corpo bonito e descreveu um modelo: o corpo definido por músculos para os jovens e o corpo magro e curvilíneo para as jovens.

Entre os jovens pesquisados, foi observada essa preocupação estética. A percepção de corpo ideal está atrelada ao estereótipo de beleza vinculado à mídia, principalmente nessa faixa etária, quando a constituição da imagem corporal sofre diversas influências. A pesquisa de Braga, Molina e Figueiredo (2010) e Passos et al. (2013) também pontuou a influência da mídia na percepção quanto à idealização do corpo ideal, o que corrobora com o estudo bibliográfico realizado por Frois, Moreira e Stengel (2011), que aponta para as influências que a mídia, a sociedade

contemporânea e a estrutura familiar e social têm sobre a constituição de uma imagem corporal.

Por outro lado, nos estudos citados, as crianças ou os adolescentes não possuíam deficiências e se sabe que a percepção da imagem corporal, no caso das pessoas com deficiência, pode ser diferente, haja vista o padrão de normalidade do corpo estabelecido socialmente. Não foram encontradas pesquisas que abordassem a imagem corporal de adolescentes com deficiência, o que reporta para uma carência dessa temática na literatura.

Refletir a respeito da imagem corporal e sobre suas capacidades, quando falamos de pessoas com deficiência, é um processo que requer reconhecer a deficiência como parte da condição de vida e também o reconhecimento da sociedade de uma diferença que é parte da diversidade social. A adolescência, como um período de transformação biopsicosocial, período no qual o jovem se depara com uma diversidade de mudanças no corpo e lugar na sociedade, remete à necessidade de cuidado, igualmente, com a saúde mental.

Nesse sentido, os pais foram questionados se os filhos já sofreram depressão, e o relato de nove mães que fizeram parte do estudo foi que não houve diagnóstico, nem mesmo percepção de sintomas. Em apenas um caso, a mãe relatou perceber alterações de humor e de ansiedade na criança, principalmente, depois do drama da Boate Kiss¹⁶, em que familiares desse aluno estiveram envolvidos. Uma importante observação é que, em geral, as crianças entrevistadas parecem ser muito tímidas. Para as mães, essa timidez tem relação com o preconceito sofrido em decorrência da deficiência que apresentam.

Ao serem questionadas se elas ou alguém da família já teve depressão, uma não soube informar, duas referiram não ter e cinco relataram ter apresentado esse problema ou estar em depressão. Essa é uma doença multifatorial, que afeta uma parcela considerável da população, inclusive de adolescentes (CAMPOS; DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2014). Estudo realizado por Zanon e Batista (2012) revelou que os cuidadores de crianças com paralisia cerebral, nesse caso, uma realidade próxima da encontrada nesta pesquisa, apresentam altos níveis de ansiedade e de depressão, bem como baixa qualidade de vida¹⁷.

¹⁶ Drama (CORTELLA, 2013) ocorrido na Boate Kiss, com a morte de 242 jovens, em 27 de janeiro de 2012, na cidade de Santa Maria-RS.

¹⁷ A qualidade de vida, neste estudo, foi avaliada pelo SF36 (Short-Form 36- Questionário de avaliação da qualidade de vida). Esse questionário foi traduzido, para o português, por Ciconelli et al.

De acordo com Bee e Boyd (2011), a depressão, entre os adolescentes, é bastante frequente, mas, inúmeras vezes, os sintomas são confundidos com transtorno de déficit de atenção ou transtorno desafiador opositor. Ainda conforme Eley et al. (2004) apud Bee e Boyd (2011), crianças que crescem em ambientes com pais deprimidos têm maiores chances de apresentar o transtorno já na adolescência e, certamente, ele se prolongará até a vida adulta, podendo influenciar o desenvolvimento da aprendizagem. Essa realidade é reconhecida, também, por Campos, Del Prette e Del Prette (2014).

Outro questionamento feito aos os alunos foi sobre o fato de ficarem bravos, chorarem, ficarem tristes, brigarem com frequência. A maior parte das respostas foi “às vezes”; um respondeu “não”, e três responderam que “sim”, que ficam bravos, nervosos, choram e brigam de modo frequente. Uma aluna fez referência às privações de lazer advindas da família: *“Por que, assim, eu não posso fazer nada, eu não posso sair, sem uma pessoa junto. Eu não posso dar uma volta, sair ou dar uma volta com meus amigos sem ter uma amiga junto e daí eu fico brava e choro”* (A3).

A questão do lazer, enquanto parte dos determinantes de saúde, acabou sendo agregada a essa pesquisa. Esse tema surgiu a partir das entrevistas com os pais e com os alunos e revelou que as principais atividades de lazer, para os discentes, consistiam em assistir à televisão e utilizar a internet. Isso pode estar relacionado à baixa renda, já que diversas atividades de lazer, no ambiente urbano, como frequentar clubes e ir ao cinema, demandam custos, bem como o fato de ter deficiência limita a mobilidade urbana. Além disso, a inexistência de espaços que proporcionem lazer com qualidade e segurança, de baixo ou nenhum custo, onde seja possível desenvolver atividades dentro de suas condicionalidades, também pode ser um fator preponderante para que o lazer dos pesquisados se restrinja à assistir à televisão e acessar a internet.

Pondé e Caroso (2003), ao realizarem uma revisão de literatura sobre a associação do lazer a saúde mental, apontaram que, salvo o contexto cultural e social para cada grupo de pessoas, o lazer se mostrou associado a percepções positivas de saúde mental e qualidade de vida, bem como fator de proteção a

(1999) e abrange diversos fatores biopsicossociais, sendo amplamente utilizado em pesquisas na área da saúde.

sintomas psicológicos de estresse em qualquer etapa da vida. Todavia, em alguns casos, nos quais haja presença de doenças mentais severas, atividades que fujam da rotina ou que envolvam um grupo de pessoas podem ser causadoras de mais problemas.

Retornando aos fatores que deixam os alunos tristes, as relações estabelecidas, na própria família, podem ser geradoras de situações desagradáveis. Uma aluna afirmou ter problemas de relacionamento com o pai:

[...] o meu pai ama mais a minha irmã, cuida mais dela do que de mim [...] a minha mãe se casou com ele, mas foi embora e nos deixou com a minha vó. Não sei se ele tem raiva dela e desconta em mim, não sei, só sei que, na minha cabeça, ele gosta mais da minha irmã, dá as coisas mais para ela do que para mim. Dá as coisas mais caras para ela do que pra mim (A3).

A relação pai e filho é uma discussão pertinente na literatura. A teoria do apego, desenvolvida por Ainsworth e Bowlby (1991) apud Bee; Boyd (2011), sustentada em pressupostos psicanalíticos, aponta que toda criança estabelece uma relação de apego¹⁸ com a figura do pai, relação essa que é diferente da relação mãe e filho. Tal apego está vinculado ao cuidado e à proteção estabelecida da criança para com o pai, mas não do pai com a criança, já que esse não experimenta a sensação de segurança com a criança (BEE; BOYD, 2011). Relações que não são bem estabelecidas, na primeira infância, podem resultar em problemas, na idade jovem e adulta, como esse entre filha e pai.

Outro aluno mencionou que o que o deixa triste, frequentemente, são os apelidos dados pelos colegas de escola: “[...] *brigar, eu só brigo às vezes, quando os piás [...] é que tem uns que ficam me irritando todo dia aqui na escola. Tipo eles ficam me chamando de perna torta, preguiça, doente mental e umas coisas*” (A6). Foi observado que a maior parte dos alunos pesquisados sofre *bullying*, e isso reflete no seu estado de humor e no seu desenvolvimento.

É preciso sinalizar que todas essas observações, em relação ao corpo, à saúde física e mental, estão relacionadas à percepção dos jovens quanto à sua deficiência. Na realidade, eles produzem diferentes sentidos sobre si e, em função disso, a escola não pode estar alheia ao que reportam os alunos, tanto verbalmente quanto por meio de atitudes. Segundo Oliveira (2004), acerca do autoconceito,

¹⁸ “O apego é uma subvariedade de vínculo afetivo, no qual o senso de segurança de uma pessoa está ligado ao relacionamento” (BEE; BOYD, 2011, p. 308).

importa que se analise a produção de múltiplos sentidos a partir de um olhar amplo, os quais permitam interpretar o que determinada situação e atitude querem significar.

De um modo geral, a saúde, no que se refere à presença de doença, pode ser considerada boa. Todavia, a saúde mental dos alunos parece ser a mais afetada, e isso é reforçado no decorrer deste texto. Quando se fez menção à saúde e à seus determinantes, foi possível observar que alguns fatores, como o lazer e o acesso ao sistema de saúde, estão prejudicados.

3.3 Inclusão escolar

O mundo é outro, a sociedade é outra, o desenvolvimento humano é outro. A tecnologia hoje de acessibilidade de tudo tá aí. Então, a inclusão tem que existir. Na minha visão, eu não sei uma pessoa dizer que não deve haver inclusão na escola. Tipo: essas crianças não têm que estar aqui, não essas crianças têm que estar aqui, elas têm que socializar, elas têm que participar, e sim têm que ter apoio na escola, que é a sala de recursos multifuncional, que é um educador especial que trabalha junto com a professora... só porque ele nasceu com uma condição que não é igual à minha e que não é igual à tua, ele tem o mesmo acesso, tem o mesmo direito. Isso que eu quis dizer: ele tem o mesmo direito que eu, tu e aquela criança... (P3).

A inclusão escolar é um processo que vem sendo discutido amplamente pelos pesquisadores de todo o país. As escolas que fizeram parte desta pesquisa, assim como as demais, estão adequadas à legislação em vigor no que tange ao acesso ao ensino regular. Todavia, é necessário haver condições para que as crianças realmente aprendam no ambiente escolar, e a educação inclusiva se efetive enquanto proposta e programa.

Aprender, conforme já mencionado, vai além dos conteúdos, consiste na aquisição de habilidades sociais e pessoais. Desse modo, abordar a inclusão, além de fazer parte, representa, ao aluno, ser parte do grupo e da sociedade. Pensar a aprendizagem requer olhar para o contexto social da escola e de seus alunos, considerando-os ao se pensar nas estratégias desenvolvidas para a educação.

Contudo, às vezes, a escola parece estar impermeável à realidade do contexto social em que ela está inserida. O cotidiano escolar ignora o cotidiano social. Em muitas situações, não existe espaço para que as crianças falem sobre assuntos que envolvem seu dia-a-dia, sua família e sua comunidade. “Escola e vida parecem dois mundos que se ignoram.” (CANDAU, 1999, p. 110).

Esse é um desafio para a escola contemporânea, além de proporcionar as condições de acesso às pessoas com deficiência e garantir condições de aprendizado a eles, por meio de profissionais capacitados e disponíveis, para que todos tenham êxito em suas trajetórias acadêmicas, considerando a realidade em que estão inseridos.

A inclusão remete tratar a todos com igualdade. Porém, isso só seria possível se todos fossem iguais do ponto de vista físico, social e cognitivo (CRAHAY, 2012). Como isso, não é possível, a igualdade se refere a oportunidades. Assim, a inclusão requer criar, cotidianamente, diferentes estratégias para garantir direitos, respeitando as diversidades.

3.3.1 Acessibilidade

O Decreto-lei nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004), define a acessibilidade como a possibilidade e a condição de alcance para a utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes, dos sistemas e, ainda, dos meios de comunicação pela pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida.

A acessibilidade é um direito de todo cidadão, haja vista as inúmeras diferenças existentes na sociedade, como a religião, a etnia, a cor, a opção sexual, entre outras. A escola é um local que, diante do contexto de inclusão, tem o dever de proporcionar ambientes com condições de acesso para todos, de modo que cada aluno possa se desenvolver em plenitude, independentemente de ter uma deficiência ou não.

O conceito de acessibilidade vai além da simples adequação de espaços, m envolve uma mudança atitudinal, de forma que todos se sintam incluídos e pertencentes a determinado ambiente e, por esse motivo, torna-se um elemento importante para a efetivação da inclusão escolar (GUERREIRO, 2012).

Em se tratando de alunos com DFM, a acessibilidade estrutural é um requisito fundamental para a mobilidade dentro da escola e a acessibilidade funcional para a aprendizagem dos alunos que necessitam de órteses funcionais. De acordo com Guerreiro, (2012, p. 227), “não basta a adequação desse espaço para que a inclusão escolar ocorra, é preciso que haja, igualmente, as adequações dos

recursos pedagógicos e a capacitação do corpo docente e gestor”, com o intuito de que a inclusão seja plena.

Por acessibilidade estrutural, entendem-se as condições físicas para o acesso, como rampas, barras, elevadores, piso e sinalização tátil, banheiro adaptado, portas e salas de aula amplas, classes com regulagem de altura e inclinação, cadeiras adaptadas, entre outros, que variam de acordo com a deficiência. Já por acessibilidade funcional, compreende-se o uso dos recursos da tecnologia assistiva, de órteses funcionais e de material pedagógico adaptado (SCHIRMER et al., 2007).

Os alunos, ao serem questionados se necessitavam de algum auxílio para se movimentar, ir ao banheiro e realizar outras atividades, a maior parte referiu não necessitar de ajuda. Apenas a aluna A2, usuária de cadeira de rodas, afirmou que recebe auxílio para entrar no transporte escolar e sair dele. No entanto, a ajuda que ela recebe é do motorista, que precisa carregá-la no colo para retirar da cadeira e colocar no banco do automóvel.

Logo, a acessibilidade deve proporcionar condições para o livre acesso a todos os locais, inclusive ao transporte escolar. A situação apresentada pela entrevistada A2 fere um dos cinco princípios do Desenho Universal, o “Direito à Independência”, apontado por Schirmer et al. (2007), que mencionam que todos os espaços físicos que o aluno frequenta devem ter condições de acesso que garantam sua independência.

Prado e Duran (2006, p.331) explicitam que “as condições de acesso e utilização de todos os ambientes se aplicam a todos os estabelecimentos de ensino de qualquer nível, etapa ou modalidade, públicos ou privados”. Assim, como os ambientes públicos, a residência de quem apresenta alguma deficiência deve proporcionar a maior independência possível da pessoa, desde a realização das atividades de vida diária (AVD's) até das tarefas mais complexas.

No que se refere às AVD's, em geral, os alunos buscam ser independentes em todas as atividades. A aluna A2 é um exemplo disso. Segundo sua mãe, ela procura ser independente, na maior parte do tempo, e não gosta que lhe auxiliem. Na escola, ela é completamente autônoma. Entretanto, assim como na maioria das escolas visitadas, os recursos de acessibilidade arquitetônica da escola em que ela estuda são limitados, possuindo apenas rampas, barras e banheiro adaptado.

No caso desta aluna (A2), em específico, o laboratório de informática da escola fica localizado no segundo piso, e o acesso a ele se faz somente por escada. Quando questionada a respeito de como ela fazia para ir ao segundo piso, ela respondeu: “*Eu fico no notebook aqui embaixo*” (A2) ou seja, a aluna vai para a sala de recursos multifuncionais, onde há computadores de mesa e notebook, trabalhando separado dos colegas.

Nessa mesma escola, duas alunas com sequelas de PC (paraparesia de membros inferiores), também precisam subir ao segundo piso para acessar o laboratório de informática. Para isso, os colegas carregam as alunas nas escadas até o andar superior. Isso remete a dois problemas: o primeiro, o constrangimento por terem que ser carregadas, como se observa na fala de uma delas:

[...] toda sexta-feira, a gente sempre sobe para a aula. Temos aula de informática, e eu penso assim: ah, coitado do guri tem que estar toda hora me carregando e tal! Ele me leva no colo, porque eu não tenho como subir degrau, e aí fico assim: eu não queria ter esta doença, não precisava estar toda hora pedindo pra ele me subir a escada, por que descer escada eu desço, mas subir não, na minha cabeça eu penso assim (A3).

A segunda problemática é se colocar em risco a vida dos alunos, pois estão sujeitos a uma queda. O Desenho Universal preconiza a segurança quando são desenvolvidos os projetos arquitetônicos do local. Segundo Schirmer et al. (2007), no 5º princípio do Desenho Universal (Direito a Segurança e conforto), todos os ambientes devem minimizar o esforço físico e garantir conforto, tanto em referência ao material quanto aos espaços. Igualmente, devem garantir condições de segurança.

Evidencia-se, no entanto, que as escolas visitadas, em sua maioria, têm estruturas antigas, as quais foram adaptadas ao longo dos anos. Nelas, os problemas organizacionais podem estar interferindo nas estratégias para adequação dos ambientes, como a falta de recursos para o investimento em acessibilidade. E, ainda, às vezes, as prioridades da gestão escolar e dos próprios governos estaduais ou municipais podem não estar voltadas às condições estruturais.

Em outro caso de um aluno com PC hemiparética, o qual necessita de auxílio, tanto para as AVD's quanto para sua locomoção na escola, por falta de equilíbrio, a mãe acompanha o aluno até a escola, na entrada e saída da aula. Nas palavras dela: “*Eu venho atrás, não no transporte. Eu venho colocar ele na sala de*

aula, por que ele cai, aí eu venho, estou sempre aqui” (M8). O aluno se desloca para a escola de transporte escolar, que é cedido pela Prefeitura, e a mãe, como não pode viajar no transporte, vai andando até a escola assim que o aluno embarca nele. Durante a aula, quando há necessidade de se locomover para alguma atividade ou ir ao banheiro, um colega sempre o acompanha.

Apesar de a escola em questão ter os recursos básicos de acessibilidade, barras poderiam facilitar a locomoção do aluno, dando-lhe segurança para se movimentar. Quanto à presença da mãe, como já abordado, a família nem sempre está preparada para receber um filho com uma deficiência, e diversas mudanças psicológicas e estruturais precisam ocorrer para cuidar da criança (BARBOSA, BALIEIRO; PETTINGILL, 2012).

A mãe justifica sua presença diária na escola como forma de cuidado com o adolescente. De outro modo, sua presença pode ser entendida como uma maneira de evidenciar uma diferença dele em relação aos demais, já que os colegas da mesma idade não vêm com a mãe para a instituição escolar. Nesse sentido, a superproteção pode ser um problema até mesmo para a socialização do aluno.

De acordo com Manonni (1999), a mãe de uma criança com deficiência estabelece uma relação de cuidado feroz, de batalha eterna pela saúde de seu filho com deficiência, principalmente quando ele apresenta aquelas mais graves. Essa ferocidade nada mais é do que sua angústia em cuidar de alguém que não vai atender aos seus desejos e imaginário de mãe na vida adulta. Daí a situação de superproteção, tanto em relação à saúde física, quanto mental.

Já no caso de um aluno usuário de cadeira de rodas que fez parte da pesquisa, observou-se que ele tem independência total e que a escola em que estuda, por ser de piso térreo, oferece melhores condições de mobilidade a ele. Em outras escolas, os professores foram questionados sobre como se dá o acesso dos alunos nas salas. Esses referiram que nelas são realizadas estratégias para suprir a necessidade de maior acessibilidade. A título de exemplo, as turmas que possuem alunos com DFM ficam em salas de fácil acesso e com rampa. Em um caso, a rampa foi construída apenas em uma sala de aula para possibilitar o acesso de um aluno usuário de cadeira de rodas.

A acessibilidade arquitetônica, muitas vezes, esbarra em questões orçamentárias e repasse de recursos públicos. Todavia, o Decreto Federal 5.296, de 2 de dezembro de 2004, definiu e regulamentou os prazos para que os

estabelecimentos se adequassem às condições de acessibilidade (PRADO; DURAN, 2007). As autoras ainda enfatizam que esse decreto incluía as seguintes atribuições ao poder público (que inclui, estados e municípios): garantia de logradouros e equipamentos livres de barreiras, serviços de transporte acessíveis, comunicação e sinalização dos logradouros e equipamentos (PRADO; DURAN, 2007, p.332). Considerando as observações dessas autoras e salientando que esta pesquisa não fez uma análise detalhada e específica sobre a acessibilidade, ainda assim, foi possível constatar que os recursos de acessibilidade, nas escolas, são esparsos, o que denotaria a necessidade de um estudo mais aprofundado sobre o tema.

No que se refere ao conhecimento dos professores sobre acessibilidade, apesar de ser um conceito difundido há pelo menos 20 anos na literatura, os docentes pesquisados parecem não ter uma definição estabelecida sobre o tema. Quando questionados se a escola tem condições de acessibilidade, as respostas foram controversas e variadas. Alguns referiram que sim, uma vez que possuíam rampas, barras e banheiro adaptado. Ou seja, a acessibilidade se restringiu à presença desses três itens. Tal realidade pode ser observada na seguinte fala:

Acho que tem, nunca parei para pensar, tem a rampa, tem o banheiro especial. Acho que tem só que a sala de aula não poderia ser cheia, porque, se ele vai bater, em todas as classes, toda hora que for passar, fica complicado, não é? (P1).

Apesar do desconhecimento sobre acessibilidade presente na fala da professora P1, ela reconhece que a acessibilidade da escola deveria ser repensada. Outros, assim como esta professora, reconhecem que a escola ainda necessita de mais recursos para garantir a acessibilidade dos alunos com deficiência em geral, não apenas os com DFM: *“Olha, eu acho fraca, porque assim, só tem a rampa, se a gente for ver o banheiro, por exemplo, é um banheiro normal para ela...”* (P5).

A escola aqui é apertada. Nós temos, aqui, você pode ver que é tudo fechado, é uma coisa complicada, os colégios, no geral, sabe, não é muito preparado o ambiente para o cadeirante, para o deficiente no geral (P4).

A legislação em vigor determina que ocorra o repasse de recursos financeiros para a educação básica por meio do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (Fundeb) e contrapartidas do estado e município para manutenção da

escola como um todo. No entanto, tais recursos nem sempre são bem administrados e, por isso, as carências, em determinados setores, ocorrem. Nesse sentido, uma professora relatou que a própria escola busca recursos a fim de garantir o mínimo de condições para atender seus alunos:

Precariamente, mas sim, porque muitas destas coisas, foi a própria diretora que tentou construir. Claro que, por exemplo, em relação ao piso, isso tudo deveria ter uma infraestrutura muito melhor por parte da prefeitura, mas já que o espaço que temos é este... tanto é que, na sala onde o cadeirante tem aula, é só aquela sala de aula que tem rampa, mais nenhuma outra tem rampa. E foi a diretora que providenciou (P9);

Claro que a infraestrutura, por exemplo, o próprio pátio, a limitação de ele trabalhar é bem restrita, porque o pátio não está preparado para receber este menino cadeirante. Ele não pode ir para todos os lugares do pátio da escola. Então, ele fica aqui, próximo do refeitório ou na área, são os locais onde ele pode ficar, porque a infraestrutura do pátio não permite que uma cadeira de rodas fique circulando por ali, não é? Então, são estas questões que poderiam ser bem melhores, mas é o que temos... (P9).

Um problema observado por uma professora que tem 40 anos de experiência e trabalhou em outras escolas do município é que os recursos, para acessibilidade funcional, são disponibilizados às escolas de acordo com a necessidade dos alunos, ou seja, quando são matriculados alunos com determinada deficiência, a escola solicita os recursos necessários para acolhê-los. Isso é ilustrado com a seguinte observação:

Ano passado, eu trabalhei na Ipê-roxo e lá nós tínhamos alunos portadores de necessidades especiais, inclusive de aprendizagem. Tinha cadeirante, mas não nas minhas turmas, tinha nas séries iniciais e lá tinha, inclusive, por isso que eu te falei em mobiliário especial, que lá tinha. Lá a gente tinha, assim, bastante assessoramento por parte da escola, da educadora especial, da orientadora educacional, porque a gente tinha coordenação pedagógica [...]Aqui, não tem (P10) .

Considerando as deficiências dos alunos pesquisados, as escolas apresentam poucas condições de acessibilidade do ponto de vista dos professores. Como aborda o professor P7: *“Nesses casos como eles tem deslocamento, facilidade de deslocar acho que não há problema nenhum...”*.

A acessibilidade, neste estudo, não foi estudada com rigor metodológico que o tema necessita, com análise criteriosa dos espaços (medidas, por exemplo). Contudo, com as entrevistas, foi possível identificar que ainda existem carências quanto aos espaços escolares e quanto às atitudes que favoreçam a acessibilidade. Portanto, sugere-se que novos estudos sejam realizados, seguindo as normas

preconizadas pela legislação. Esses deveriam ser executados por profissionais das diversas áreas da educação, tais como: educação especial, engenharia, arquitetura, design ou profissionais da saúde, como o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, profissões essas que se ocupam mais diretamente com os ambientes e com a mobilidade.

3.3.2 Preconceito e *bullying*

O preconceito é um tema que vem sendo discutido há anos, em especial, nas ciências sociais. No entanto, nos últimos tempos, com o advento da “educação para todos” (Declaração de Jomtien, 1990), os pesquisadores da área da educação têm se debruçado também sobre essa temática, em decorrência da presença da diferença, nas suas diversas formas (deficiência, raça, opção sexual, religião), no ambiente escolar.

A deficiência traz, em si, a presença da diferença. A diferenciação é pautada por um lugar social, e todas culturas apresentam diferenças que as constituem enquanto culturas. Dessa forma, o preconceito nada mais é do que um mecanismo de negação social, já que “o ser diferente” é apresentado como carência, falta ou impossibilidade. Apesar de ser um comportamento pessoal, é desencadeado por uma ação social (SILVA L., 2006).

As atribuições de impossibilidade, carência e falta estão também relacionadas à possibilidade de trabalho. Historicamente, pessoas com deficiência eram consideradas “inválidas”, “monstros”, os quais despertavam medo e pavor. Logo, eram dignas de atitudes de proteção e rejeição, que caracterizam o preconceito até os dias atuais (SILVA L., 2006).

É importante referir que, no contexto desta pesquisa, o preconceito e *bullying* são discutidos em conjunto. Porém, são entendidos como dois conceitos distintos, mas que, no argumento do preconceito quanto aos sujeitos desta pesquisa, o *bullying* está intimamente relacionado ao ato de discriminar. Desse modo, o *bullying* é entendido como resultado de um processo de discriminação e de preconceito.

Tal prática é caracterizada por agressões verbais repetitivas em relação a alguma fragilidade ou diferença da vítima (FANTE; PEDRA, 2008). No caso dos alunos aqui pesquisados, percebe-se que, em sua maioria, a presença do preconceito, em relação à deficiência, resulta no *bullying*.

A escola é um local onde as primeiras manifestações preconceituosas podem ocorrer por ser um dos primeiros ambientes sociais que a criança frequenta. Contudo, igualmente, é o local em que a presença da diferença deve ser assegurada como forma de construir uma sociedade mais igualitária, sem preconceito e discriminação. Trata-se de um processo longo, mas que precisa iniciar na família e na escola.

O preconceito é algo presente na fala da maior parte dos participantes, mesmo velado, em diversas situações. Quando os alunos foram questionados quanto a se sentirem excluídos em função de terem uma deficiência, as respostas foram variadas. Cinco deles responderam não se sentirem excluídos. Assim foi relatado por uma aluna: *“Não. Só me considero mais baixinha. Eles zoam comigo como zoam com todo mundo.”* (A5). É possível perceber, nessa fala, que o fato de “zoar” é prática frequente entre os adolescentes.

O aluno A1 afirma que uma pessoa com deficiência sempre será observada. Às vezes, isso gera preconceito e, em outras situações, é empregado como forma de piedade, cuidado ou solidariedade:

O que eu percebo é que tudo o que você faz vai ser notado, seja uma risada, uma coisa que você falar, ou algum movimento teu vai ser notado pelas outras pessoas [...] cuidado exagerado, às vezes, porque, se alguma coisa cair no chão, eles pensam que a gente não pode juntar, e a gente pode... (A1).

Entretanto, esse aluno tem, bem claro, que isso não pode interferir no cotidiano: *“Chama atenção de qualquer maneira! O que não pode te atrapalhar, por que as pessoas vão estar sempre te notando, sempre te olhando, tu não pode dar atenção para aquilo, por que se você der atenção aquilo vai te incomodar”*. As falas de A5 e A1 refletem a maturidade quanto ao fato de possuírem uma deficiência, eles têm a percepção de que deficiência não é sinônimo de incapacidade. Em geral, neste estudo, as crianças mais velhas parecem aceitar melhor sua condição física, bem como parecem conviver melhor com o fato de terem uma deficiência. Isso não ocorre do mesmo modo no caso dos mais novos, principalmente em relação ao *bullying*.

O preconceito é uma manifestação que se dá de diversas formas. As atitudes, por exemplo, podem revelar preconceitos velados. Uma aluna afirmou que é tratada

diferente por alguns professores: “*Tratar melhor do que os outros! Alguns me tratam normal e outros me tratam diferente*” (A2).

Dois alunos explicitaram que os colegas de escola não os convidam para realizar as atividades e, às vezes, lançam ofensas verbais, referindo-se à deficiência com o termo “aleijado”. O *bullying* praticado por crianças e adolescentes, em relação às pessoas com deficiência, pode ser uma manifestação preconceituosa e discriminatória.

O preconceito, enquanto problema social, também é percebido fora do ambiente escolar. Uma aluna referiu que o preconceito é mais presente fora da escola. Na sala de aula, entre os colegas, ela menciona não notar discriminação:

Tipo eu chegar perto de uma pessoa, e daí a pessoa pega e vai para outro lugar, fica olhando, fica apontando, fica mostrando, é, às vezes, sim [...], mais na rua, que daí eles me imitam, o jeito de andar, tipo eles me apontam, tipo eles falam... Só que, na minha sala, eu não tive nenhum tipo de exclusão, todo mundo gosta de mim, todo mundo me aceita (A3).

Os alunos foram questionados se já haviam sofrido *bullying* na escola, em decorrência da deficiência, e apenas dois deixaram claro não terem passado por essa situação. Os demais alunos referiram que, em algum momento da vida, foram chamados de “aleijados”, “pé torto”, “mão torta”, “doente mental” e tantos outros adjetivos que causam desconforto: “*Me sinto triste quando as pessoas olham pra gente com a cara torta, ou chamam a gente de aleijada...*” (A3).

O estudo sobre os dados da PENSE (2009-2012) de Malta et al. (2014) revelou que os meninos mais velhos sofrem menos *bullying* dos que os mais novos. Nessa pesquisa, entre os alunos que relataram sofrer mais *bullying* (oito alunos), a maior parte foi de meninos e, apesar de não poder fazer correlação com a idade, já que a faixa etária dos alunos aqui pesquisados difere daquela aplicada na PENSE (alunos do 9º ano), os relatos revelaram que, na atualidade, os alunos sofrem menos *bullying* que quando eram mais novos. No entanto, a prática persiste.

Uma situação relatada, em que o *bullying* incide sobre a deficiência, refere-se ao caso de um aluno com PC que, em virtude da lesão cerebral, manteve o reflexo de moro¹⁹ e, por isso, todo barulho agudo e estridente lhe causa um “susto”. Esse

¹⁹ Reflexo de moro: reflexo primitivo controlado pela medula e mesencéfalo, no qual um ruído alto ou um sobressalto do bebê desencadeia a extensão e abdução de braços, extensão de pernas, extensão da cabeça e arqueamento das costas de forma rápida, como um “susto”. A persistência desse reflexo, a partir do 6º mês, caracteriza o atraso no desenvolvimento motor e reflete a imaturidade do sistema nervoso central (BEE; BOYD, 2011).

evento foi observado por colegas de turma que provocam o reflexo diversas vezes, batendo com a mão sobre a classe escolar. Tal situação foi relatada pela mãe e pelo próprio aluno: “...como me assusto por qualquer coisa eles ficam provocando isso” (A8). Com medo de represálias dos próprios colegas fora da escola, nada foi feito, no intuito de reduzir a prática, por opção da família.

É importante destacar que um dos fatores que impedem as atitudes, tanto da escola quanto da família, frente a essas situações, é o medo, já que a violência está muito presente nos bairros do município pesquisado. Por outro lado, essa não é uma justificativa que sustente o fato de o aluno continuar a passar por essa situação.

Praticar *bullying*, durante a adolescência, é uma característica que pode indicar um maior risco de adoção de comportamentos agressivos na idade adulta. Já quem sofre o *bullying*, tem risco maior de desenvolver sintomas de estresse, depressão, baixa estima ansiedade e pode ter baixo rendimento escolar (MALTA et al., 2014).

As mães dos alunos pesquisados também foram questionadas quanto ao fato de seus filhos sofrerem *bullying* na escola. Apenas uma respondeu que não; as demais mães referiram ouvir relatos de seus filhos terem sofrido *bullying*, em relação às suas características físicas, em algum momento na escola. Nessas situações, a função dos pais é dar apoio à criança ou ao adolescente:

[...] eu sempre digo pra ela que ela não é diferente de ninguém porque ela está numa cadeira de rodas, que o mundo é o mesmo e que existe preconceito, sim, por que a gente está no século 21 e, apesar de ter agora a inclusão, tem preconceito sim, sim, sempre vai ter, não é? Então, eu digo pra ela: tu não é diferente de ninguém, não é inferior nem superior a ninguém, tu é igual a todos (M2).

A tarefa de prevenir o *bullying* e de combatê-lo é, também, da família. Essa, inicialmente, deve oferecer apoio psicológico à criança ou ao adolescente e, em seguida, tomar atitudes em relação aos agressores. Entretanto, a família precisa ser assistida, nesse processo, e ter suporte para criar estratégias conjuntas com a escola, sobretudo, em se tratando de situações de grande complexidade, que envolvam alta frequência e permanência da violência (PEREIRA et al., 2011).

Nas falas dos professores, do mesmo modo, é possível identificar que a escola tem procurado combater todas as formas de preconceito:

Não, eu acho que não é preconceito, não sei se seria preconceito isso, mas é. Ele não, ele que não procura, ele que fica na dele lá, quietinho. Os colegas vão até ele, mas ele quer ir ao banheiro, é diferente, por favor, pode ir lá com o A8, sempre tem um pronto, entendeu? Mas ele não, ele não procura os colegas, fica lá [...] (P8).

O papel do professor é fundamental nesse processo. Para que esse possa intervir e auxiliar no desenvolvimento de estratégias para a prevenção e combate ao *bullying*, ele necessita conhecer bem esse fenômeno social (PEREIRA et al., 2011). É possível perceber, nas falas dos alunos, a importância da intervenção do professor: “[...] só que a professora mandou ele parar e agora ele não faz mais isso...(A4).

Eu achava que tinha mais quando a professora Maria não estava aqui. Aí não era nada comigo, mas era com o João, ficavam chamando ele de cadeirante voador. Antes, quando ela não vinha cuidar dele, agora que ela vem, parou (A9)²⁰.

O relato da entrevistada M8 é de que o aluno sofre com constantes problemas gastrointestinais que não apresentam uma causa aparente. Esses problemas de causa psicossomática existiriam pelo fato de sofrer *bullying* cotidianamente? Fante e Pedra (2008) indicam que uma das principais consequências, para a saúde das pessoas que sofrem *bullying*, é o estresse.

O estado de estresse causa baixa imunidade e, assim, sintomas diversos são desencadeados, principalmente próximos ao horário de ir à escola. Tais sintomas incluem dor de estômago, diarreia, dor de cabeça, dores musculares, tensão, ansiedade, distúrbios do sono, que podem resultar em doenças como as gastrites, anorexia, herpes, alergias, entre outras (FANTE; PEDRA, 2008).

Segundo os mesmos autores, crianças e adolescentes que sofrem *bullying* na infância desenvolvem diferentes capacidades na vida adulta. Essas, muitas vezes, estão relacionadas aos fatores estressores da infância (FANTE; PEDRA, 2008). Uma professora observou seu aluno, que sofre *bullying* constantemente na escola e fora dela, e pontuou que

[...] eu acho que ele tem interesse em aprender em passar também. É outra coisa que eu percebo que parte dele também, o querer aprender. Talvez essa limitação física faça com que ele se motive mais e se esforce mais para aprender e não faltar aula (P10).

²⁰ Maria e João são nomes fictícios.

No tocante às situações que geram *bullying* entre os alunos pesquisados, apresentar uma deficiência que dificulte a aprendizagem, no contexto da escola, e que necessite de um apoio educacional, como a sala de AEE, também foi elemento gerador de *bullying* e preconceito:

Uma vez lá, no Figueira, quando eu fazia com uma professora que ensinava a gente fazer as coisas [...]. Era uma sala tipo essa, aí a gente ficava lá, aí ela ensinava a gente fazer as coisas. Aí, cada vez que eu ia nestas aulas, tinha um guri que ficava toda hora me chamando de perneta e coisa.

Nota-se, desse modo, que, ao mesmo tempo em que o objetivo do AEE é garantir melhores recursos para a aprendizagem dos alunos com deficiência, também se tornou uma forma de diferenciar os alunos que apresentam alguma necessidade de auxílio à sua aprendizagem, favorecendo as situações de preconceito e *bullying*. Outro ponto a ser observado, referente a essa amostra, é o questionamento de quais são os alunos que realmente necessitam de atendimento pelo AEE. Ser considerado um aluno com deficiência não pressupõe carecer de apoio, pois a condição de deficiência não determina as condições de aprendizagem.

A percepção quanto ao preconceito varia e, às vezes, as pessoas não percebem a situação que estão vivendo por estarem acostumadas a sofrerem discriminação. Isso foi relatado por um aluno:

Aqui na escola, como já tinha passado por um processo de preconceito bem forte em 2006, eu já não dava bola, porque eu passei por isso a vida inteira, eu só não percebia. Está aí uma baita diferença: você passa por isso, só que você não percebe [...] (A1).

O preconceito é um mal social e, logo, presente em diversos locais, das mais diversas formas. A estranheza causada pela deficiência faz remeter o pensamento à possibilidade de se igualar, haja vista as fragilidades do corpo humano, o que causa medo e aversão (SILVA L., 2006). A mãe de uma aluna diz perceber tal estranheza ao frequentar locais públicos:

[...] preconceito para o lado mal, não, pelo lado de acharem engraçado de rirem sabe, porque, quando eu estou junto, ela nem percebe, só com o olhar a pessoa vê que eu notei de tirarem foto dela disfarçado, que ela já não viu e, se a gente está num lugar comendo, tem gente tirando foto. Então, eu vejo muito isso, não vejo assim do lado mal de discriminação sabe, mas incomoda não é? Porque tu estás indo na rua, as pessoas se

cutucam, mostram, como já aconteceu de virem pedir pra tirar foto com ela. Ai eu digo: se ela quiser, por mim, tudo bem (M6).

Quando analisadas as histórias de vida relatadas pelos alunos e por seus pais, o que se detecta é que o processo que envolve o preconceito com as pessoas com deficiência física está relacionado, também, ao desconhecido. Na maior parte dos casos, os alunos sofreram discriminação quando ingressaram na escola, mas, assim que os colegas passaram a conhecê-los, a compreender suas deficiências e aceitá-las como diferenças naturais, o preconceito foi minimizado. Contudo, entre os adultos, o preconceito parece ser maior e estar velado em diversas situações.

Tendo por base essas observações, minimizar o *bullying* ou o preconceito, representa mais uma tarefa para a escola em parceria com a família e a comunidade. Novas estratégias devem ser criadas, pelas escolas, para reduzir o preconceito e a discriminação. Uma delas é justamente expor os alunos à diferença, seja ela causada pela deficiência, pela raça, pela cor, pelo gênero, pela opção sexual ou pela religião. Na concepção de Castilho (2007), a escola precisa ser um local de desconstrução de preconceitos e de respeito aos direitos humanos, como a igualdade de oportunidades.

3.3.3 Socialização do aluno

A adolescência é um período de diversas mudanças e, entre elas, aquelas em que ocorrem relações sociais estabelecidas entre seus pares e os demais. Os relacionamentos de amizade, e também de namoro, estabelecidos nesse período, são tentativas de preparação para a independência da vida adulta frente a novos desafios (BEE; BOYD, 2011).

A escola é um dos locais onde a criança estabelece as primeiras relações sociais em grupo. Fazer parte desse grupo é ter características sociais que os aproximem, estabelecendo vínculos. Tais vínculos e características vão influenciar a maneira como cada adolescente se posiciona frente às diversas situações (BEE; BOYD, 2011). De acordo com Santos (2013), as relações sociais são fundamentais para um desenvolvimento saudável.

Estar incluído na escola, independente de ter uma deficiência, é sentir-se nela, é fazer parte dela. A socialização é um processo necessário para o

desenvolvimento da criança, pois é na sociedade e na família que ela aprende valores e comportamentos.

Em geral, os alunos que fizeram parte do estudo se apresentaram tímidos e com relações de amizades restritas. Os pais foram questionados sobre o fato de seus filhos terem ou não muitos amigos, fora e dentro da escola, e as respostas foram variadas. Uma responsável por duas alunas referiu que elas só tinham amigos na escola, pois não possuíam liberdade para sair de casa e fazer amigos. Nesses dois casos, é preciso considerar a posição que as adolescentes têm na família. Elas convivem com o pai, que é alcoólatra (sic), a mãe está presa (sic-associação ao tráfico de drogas) e a avó é a responsável por elas. Em casa, as meninas desenvolvem as tarefas domésticas e precisam ficar com a avó, a qual tem problemas de saúde.

No entanto, o fato de ter poucas relações interpessoais é relatado, por uma mãe, como forma de cuidado. Ela justificou essa limitação pelo receio que o filho se envolva com drogas ou outros problemas de origem social (violência, tráfico). A violência é gerada por fatores biopsicossociais, culturais e históricos, que envolvem todas as classes sociais, local onde ela é criada e se desenvolve em um contexto que envolve a política, a economia, as relações humanas, a ética e a moral (MINAYO, 1993).

No Brasil, as desigualdades sociais causadas pela violência estrutural favorecem as situações de violência interpessoal nos diferentes segmentos sociais. Porém, dados têm apontado que a maior parte dos casos de violência contra crianças e adolescentes ocorre no seio da própria família (COSTA et al., 2007).

Um estudo focal, a respeito dos casos denunciados de violência contra crianças e adolescentes ao Conselho Tutelar, demonstrou que, dentre os 1293 casos registrados, 78,1% deles ocorriam dentro de casa (COSTA et al., 2007). Já um relatório produzido pela Unicef, no ano de 2010, referiu que 45,2% dos casos de morte, entre os adolescentes (12 a 18 anos), deu-se por homicídio, num universo de município com mais de 100 mil habitantes (UNICEF, 2012). Esses são dados alarmantes quando se pensa em uma população jovem.

Tais dados alertam para a negligência como uma forma de violência e também justificam a preocupação da mãe quanto à violência externa. Todavia, a preocupação não exime a família de refletir sobre a violência que pode estar dentro da própria casa e, em muitos casos, nem mesmo é percebida. Vale ressaltar que a

violência não se caracteriza apenas pelas agressões físicas, mas inclui a negligência, os maus-tratos, a violência psicológica, entre outros tipos.

Retomando a questão das amizades, na maior parte dos casos, os alunos parecem ter poucas relações de amizade. Contudo, suas famílias parecem preocupadas com as relações que eles estabelecem:

É, eu, às vezes, até falo pra ela: tu não tens uma amiga para convidar pra vir aqui em casa? Porque ela não tem amigas, talvez ela tenha colegas, mas amigo, assim, de vir em casa e tal... Às vezes, ela traz uma amiguinha, mas só (M5).

Eu digo pra ela: ninguém conversa contigo? E ela diz que não, que ninguém conversa com ela. Eu acho que ela, por ter vergonha, por ser pouco comunicativa, ela não consegue conversar. Ela é muito tímida, ela tem vergonha de tudo, ela morre de vergonha de tudo (M2).

Não, eu acho que se afastam dele de repente. Tem esses aí que chegam pra conversar com ele, ficam junto com ele... Lá em casa, não vai ninguém. Decerto porque ele não é... Eu acho, assim, que ele sente, e eu sinto que ele não é uma pessoa que possa jogar uma bola e, então, os guris deixam ele um pouco de lado. Qual é o guri que quer ficar sentado como ele? Os guris querem conversar, jogar bola, coisa de adolescente. Então, isso aí eu noto (M8).

De acordo com Carvalho e Novo (2013), os problemas interpessoais (relação adolescente e família, pais, amigos, professores) podem ter um impacto significativo na construção da personalidade e no bem-estar psicológico. Em decorrência disso, as relações interpessoais são um elemento importante a ser considerado quanto ao sucesso e à adaptação escolar.

Rézio, Cunha e Formiga, (2013) observaram que as crianças que apresentam menor funcionalidade também apresentaram maiores dificuldades nas relações sociais e na adaptação escolar. Isso, igualmente, foi observado nesta pesquisa, com os alunos A8 e A2, os quais apresentam maiores dificuldades nos relacionamentos interpessoais. Entretanto, o aluno A1, que é usuário de cadeira de rodas e, por esse fato, poderia ter maiores dificuldades motoras, contrapõe as observações dessa pesquisa, visto que é um jovem independente e que relata ter muitas amizades.

No contexto atual, o uso frequente da internet, pelos adolescentes, é um elemento que pode influenciar nas relações interpessoais, distanciando as relações face a face. Assim, considerando um contato frequente, as amizades se restringem

à escola e às redes sociais (amizades virtuais). As mães observam esse fato com relação às amizades dos filhos: “*Tem, mais é pelo face*” (M9).

Olha, depois que surgiu o *facebook*, eu acho que (risos)...só no colégio que eu acho que ela tem. Que ela conversa mais é com duas colegas, mas, fora da escola, tem duas amigas que vão lá e buscam pra passar o final de semana na casa delas. Mas não é de muitos amigos...é mais pelo *facebook*, só pelo *facebook* ela tem bastante (M2).

Quando a aluna A5 foi questionada se costuma se encontrar com os amigos fora da escola, a resposta foi a seguinte: “*Bom, não costumo me encontrar com eles...É preguiça...*”(A5) (sic!). A aluna também refere manter contato com os amigos pelo *facebook*. Há alguns anos, os encontros com os amigos e os diálogos estabelecidos ocorriam na forma “presencial” em nas praças e clubes. Já na atualidade, eles ocorrem na rede social, pelo telefone celular, por meio dos *smartphones*, *iphones* e tantos outros “*phones*”. Esses provocam o distanciamento de um mundo real.

A fase da adolescência é marcada pelas mudanças nas relações sociais estabelecidas, principalmente, entre as amizades. De acordo com Bee e Boyd (2011), nessa fase, as amizades são mais profundas e duradouras. Contudo, esse cenário é diferente quando se pensa nas amizades via internet, em especial, na rede social *facebook*.

A utilização dessa ferramenta, na vida dos adolescentes, quanto ao ajustamento social, tem gerado diversas pesquisas. Essas são contraditórias em seus resultados. Algumas apontam para os benefícios de interação social com outras culturas, ao passo que outras apontam que a rede social pode gerar dificuldade de socialização genuína (ASSUNÇÃO; MATOS, 2014).

O estudo de Assunção e Matos (2014), com jovens que fazem uso dessa rede social, detectou que a maior parte das amizades ocorria com pessoas conhecidas e que o uso da rede social se tornava uma extensão da relação face a face. Todavia, as relações nem sempre são tão reais quanto a relação cara a cara, o que cria uma relação virtual deslocada.

Ainda quanto às amizades, os professores corroboram com as observações feitas pelas mães. Esses foram unânimes em relatar que os alunos têm um bom relacionamento com eles, diferente das relações com os colegas (amigos): “*Não tem muitos amigos, ele tem os colegas dele...*” (P8).

[...] alguns, como eu te disse, alguns espontaneamente, vão, colam no caderno, ajudam, outros já reclamaram. E tem alguns que sempre falam com ele, assim, agressivamente. Isso me choca assim, sabe? Aí eu não sei se falam porque ele é chato ou se é porque ele é deficiente. Eu não saberia te dizer (P1).

Quando os alunos foram questionados sobre suas amizades, quatro respostas foram contraditórias com a maioria das observações dos pais e professores: *“Tenho!”* (A3, A4, A9, A7). Já outros relataram ter poucos amigos: *“Aqui eu tenho bem poucos amigos. Eu tenho bastantes amigos fora daqui (A1); “Fora da escola eu tenho dois e aqui dentro da escola, deixa eu ver, acho que só alguns guris e alguma guria...(A6); “Mais ou menos! Por que eu não saio muito, eu não faço muitas amizades”(A2).*

O isolamento social pode ser consequência de comportamentos de rejeição e de vitimização por parte das outras crianças ou adolescentes. O sujeito é isolado pelo grupo, e não por ele próprio. Contudo, há pessoas que buscam esse isolamento enquanto característica da personalidade. É importante, porém, ficar atento para esta característica não se tornar patológica (FERREIRA et al., 2013).

De fato, as relações sociais são fundamentais para o desenvolvimento. Mas essas precisam ser saudáveis para que produzam efeitos positivos. Carvalho e Novo (2013) referem que a presença de dificuldades interpessoais frequentes não pode ser considerada como pertencente à fase de desenvolvimento típico na adolescência, no entanto, podem remeter a potenciais sintomas de problemas clínicos passíveis de tratamento.

Apesar de haver preconceito e as amizades serem restritas, os professores observam que, em geral, os colegas parecem ser muito solidários com os alunos com DFM, de modo a estabelecer relações de cooperação. Isso também parece estar presente na fala anterior, de P1. Os alunos referem:

Ah, eles me cuidam muito, eles me cuidam como um bebê. Me cuidam na hora de andar, eles ficam dizendo: olha a A3, cuida ela, cuidado pra não derrubar ela. Tem sempre um amigo pra me ajudar subir escada e tal, sempre eles me ajudam. Eu me sinto que nem um bebê dentro da sala (A3).

Mais ou menos, porque, quando eu quero brincar com eles numa brincadeira, porque eu sei me virar, não é? E parece que eles não deixam, só por que eles acham que eu vou cair e me machucar. Então, eles se preocupam bastante comigo, mas eles sempre fazem isso comigo, mas

agora eles não estão fazendo mais. Então, eles mudaram de repente assim (A6).

É necessário refletir a respeito dessa fala. Inicialmente, por considerar que o entrevistado A6 apresenta dificuldades de locomoção e equilíbrio, assim o argumento do aluno ao mesmo tempo em que denota a preocupação dos colegas com a sua saúde pelo risco de queda, também faz refletir sobre o fato de ele não apresentar agilidade nos movimentos, o que o torna alvo de exclusão do grupo, principalmente nos jogos escolares típicos, que exigem condições físicas favoráveis. Acredita-se que esse seria um interessante momento de intervenção do profissional da educação física, de forma a demonstrar a possibilidade do esporte adaptado.

Ainda acerca da presença da solidariedade e da cooperação, dois professores fizeram os seguintes relatos:

[...] às vezes, quando eu trago o estilete para apontar o lápis, e ela, para ela não levantar, pois ela tem muita dificuldade de levantar, eles pegam o lápis dela e me levam. Às vezes, eu estou no lixo, apontando 500 lápis. Então, eles pegam e me levam os lápis dela, eles auxiliam ela. Eu noto, assim, que ela tem um grupinho de amigas ali dentro, de coleguinhas, que traz salgadinhos, vão oferece para ela, convidam ela para aquilo ali (P2).

[...] eles²¹ mesmos empurram a cadeira. Ela tem uma mesinha maior para que a cadeira entre embaixo. Ai eles vão lá na outra ponta para fazer. Outra coisa: eles não vão com ela na mesa dela, ela vai na mesa deles, eles vão lá e buscam ela, e ela sai daquele lugar que ela é **obrigada**, digamos, a ficar, por causa da cadeira, e ela fica no ladinho das classes, das mesinhas que são menores, e eles buscam ela. Mas não senta ali, não, professora, a A2 vai sentar aqui. Mas como ela vai fazer? Não, a senhora não se preocupa. Eles vão abrindo os espaços, e a A2 vai indo com aquela cadeira. Isso me chamou a atenção também, interessante, não é? (P3) [grifo nosso].

Essa última fala, transcrita de P3, revela o desconhecimento sobre a possibilidade de locomoção e autonomia do aluno. Isso se nota quando a entrevistada refere “*daquele lugar que ela é **obrigada** a ficar*”. Utilizar-se da cadeira de rodas não significa estar limitado aos movimentos que ela possibilita executar, ao contrário, ela é um mecanismo que possibilita autonomia e independência desde que os locais tenham condições de acessibilidade, como é o caso da escola que a aluna mencionada na fala dessa professora frequenta.

²¹ Não há diferenciação de gênero. “Eles” se refere aos colegas.

Retomando sobre a cooperação e solidariedade, a escola, na sociedade tecnológica capitalista, a qual visa ao lucro e instiga a competição, não está alheia à influência dos modos capitalistas de controle social. Desse modo, nas instituições escolares, entre as crianças e adolescentes, há sempre os que se julgam melhores que os outros, ou por sua capacidade intelectual ou por outro motivo qualquer (beleza, agilidade, posição social, bens materiais). Invariavelmente, fazer parte de um grupo que batalha por objetivos comuns é competir para alcançar êxito.

Contudo, nas escolas pesquisadas, os alunos parecem desenvolver um sentimento de solidariedade e cooperação com os alunos com deficiência. Isso pode, de acordo com Crahay (2002), favorecer as situações de aprendizagem.

Para além do simples ato de auxiliar o outro, Frantz (2001, p. 244) ao arguir sobre a escola como espaço cooperativo, refere que educação e cooperação são práticas sociais e, em função disso, uma está contida na outra: “na prática cooperativa, para além de seus propósitos e interesses específicos, produz-se conhecimento, educação e aprendizagem; na prática educativa como processo complexo de relações humanas, encontra-se cooperação”. A cooperação, na concepção desse autor, é um ato de produzir novos saberes, de modo a formar “atores sociais, sujeitos construtores de uma sociedade democrática, isto é, livre, participativa e justa” (FRANTZ, 2001, p.247).

3.4 Aprendizagem

Aprender, uma capacidade humana, exige um esforço tanto do aprendente quanto do ensinante, num movimento constante. Cada experiência vivida gera um aprendizado, e esse se dá de diversas formas. Alguns aprendem com maior facilidade, outros enfrentam dificuldades, mas, em suma, a aprendizagem se faz em cada momento e na particularidade de cada pessoa.

No que se refere aos problemas de aprendizagem, Fernandez (2001) defende que eles consistem em uma realidade alienante e imobilizadora, que podem afetar um aluno ou sua totalidade. Nesses problemas, incluem-se fatores socioeconômicos, educacionais, emocionais, intelectuais, orgânicos e culturais.

Todos esses elementos podem intervir na aprendizagem do aluno, mas, conforme Fernandez (2001), nem todos esses agregados ao fracasso dos

ensinantes e da instituição de ensino seriam suficientes para designar os problemas de aprendizagem, pois eles advêm do prazer de aprender, que foi perdido.

No processo de aprendizagem, são enfrentadas dificuldades, já que aprender remete abandonar algo, romper com alguma coisa, o que resulta em resistência para aprender. Tal resistência se caracteriza pelos diversos problemas de aprendizagem enfrentados pelos alunos no seu processo de escolarização, tais como as faltas, o descumprimento de horários e tarefas, entre outras.

Essas dificuldades não são enfrentadas apenas pelos alunos, o professor também se depara com desafios cotidianos, impostos a sua prática pedagógica. Ele, ainda, tem que administrar suas concepções enquanto ser humano. Independente da área de atuação, Freitas e Pavão (2012, p.281) indicam que a formação profissional, na atualidade, seja ela na área de educação ou em outra área, deve estar voltada ao desenvolvimento do pensamento crítico, reflexivo e teórico.

3.4.1 Processo ensino/aprendizagem do aluno com DFM

As dificuldades dos alunos com DFM, no que tange à aprendizagem, fixam-se não no fato de aprender, visto que não apresentam deficiência intelectual, mas de se utilizar da mobilidade dos membros superiores para copiar o conteúdo por exemplo. Isso foi referido por professoras que têm alunos com DFM de membros superiores:

[...] os braços dele também.. até para pegar caneta, ele tem dificuldade. Sei lá como é que ele pega, e os braços não espicham, a mão não espicha. Então, ele demora pra copiar, sabe? Não consegue copiar do quadro, sabe? Não consegue copiar tudo. Então, aí é a dificuldade dele, por que aí ele fica pra trás e, quando ele tem uma dúvida, ele também não para a gente pra perguntar, entendeu?(P8).

O entrevistado menciona que o aluno não possui a mesma agilidade que os demais. No entanto, o docente não está considerando, efetivamente, que o tempo que o aluno precisa, para desempenhar as atividades, seja diferente dos demais e, por isso, necessite de diferentes estratégias para que ele aprenda.

Nesse momento, é necessário voltar a questionar o que seria, verdadeiramente, aprender. Seria digerir vários conteúdos, sem absorver nada? Abarrotar um caderno de conteúdos que, no final do ano, não serão verdadeiramente conhecidos? De acordo com Freire (1996, p.47), numa frase

clássica entre os educadores, mas talvez não compreendida por muitos “educar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para sua própria produção ou sua construção”. A educação vai além de transferir conhecimento, ela representa demonstrar, em atitudes, a constância da aprendizagem para a efetividade do ensinar.

No caso do aluno anterior, a lentidão dos movimentos está relacionada ao tônus muscular espástico, que justifica o fato de ele não conseguir estender os braços e manter a mão e dedos em posição de pinça. O tônus muscular aumentado também prejudica a coordenação motora, já que não há controle sobre a precisão dos movimentos devido ao padrão de movimento estabelecido (BOBATH, BOBATH, 1989).

Do ponto de vista clínico, existem algumas técnicas para amenizar esse problema, como a toxina botulínica, hidroterapia, técnicas de terapia manual, TheraSuit® (treinamento com o uso de faixas elásticas suspensas). Essas reduzem a espasticidade por curtos períodos. Porém, como a lesão é de nível central, até o momento não existem recursos para revertê-la, apesar dos estudos sobre a plasticidade neuronal, nanotecnologia e neurotecnologia.

Do ponto de vista da aprendizagem, nesse caso citado, assim como em outras situações, a timidez foi relatada como um fator que intervém no desenvolvimento do aluno, pois ele acaba não questionando e sanando suas dúvidas. Além disso, a timidez intervém no estabelecimento de relações interpessoais, como observado na entrevista com P10: *“Comigo ele tem um bom relacionamento acho que ele tem um bom relacionamento com os demais colegas também. Agora, eu percebo que, quando ele está num grupo com os colegas, ele fica um pouco isolado”*.

Ele consegue, ele consegue! Só que ele é muito tímido pra ele seguir assim. Dúvidas, por exemplo, ele não consegue tirar com a gente, de ele parar a aula, pra a gente perguntar: 'tem alguma dúvida? Ele não faz isso. Nada, nada, nada! Geralmente, ele fica bem quietinho lá no cantinho dele e tudo mais. Por isso que, assim, muitas coisas, ele não desenvolve na aula, porque, muitas vezes, eu termino com ele aqui, na aula de reforço, ele não desenvolve na aula porque ele é tímido demais pra perguntar e tirar as dúvidas. Lá na aula, também, se dá tempo, que muitas vezes não dá, muita gente perguntando, matemática tu corre pra cá e pra lá. Então, às vezes, eu não consigo sentar do lado dele pra ver como ele está indo. Mas ele consegue, tu vê quando ele vem pra cá que é só eu e ele, ele vai, ele deslança. Só que, assim, por ele ter esta dificuldade, essa vergonha de perguntar, então ele não...(P8).

A timidez remete a um processo de autoconceito sobre si mesmo, que é entendido como a percepção que uma pessoa tem sobre si. Jovens que experimentam baixos níveis de autoconceito, que têm baixa estima e enfrentam fracasso escolar podem desenvolver sentimentos de desvalorização perante os outros, sentindo-se menos aceitos e menos capazes (OLIVEIRA, 2004).

Por meio desta pesquisa, contudo, pode ser verificado que não são apenas os alunos que experimentam sentimentos negativos em relação às dificuldades apresentadas. A fala de uma professora reflete sua angústia, já que ela parece não conseguir organizar sua aula de modo que dê atenção a todos os alunos. A inclusão promoveu novos desafios para a escola, pois cada aluno tem uma especificidade, que requer repensar a prática para garantir o aprendizado. Os professores reconhecem que existem dificuldades para trabalhar com os alunos com deficiência:

[...] ah, nós temos alunos com alto índice de conhecimento, bastante facilidade de acompanhar, de fazer as tarefas e os trabalhos. Tem aqueles alunos que têm um nível intermediário e temos aqueles que têm um nível com maior dificuldade. Então, são alunos que se aceita dentro do contexto da comunidade, com níveis muito diferenciados, e esses alunos, chamados deficientes, que têm por um motivo especial, eles, claro, precisam de muito mais atenção. E, junto com uma turma que a gente tem, de 30 alunos, essa atenção fica difícil. A gente se preocupa dentro desse sentido. Eles deveriam de ter mais acompanhamento, mais atenção, e a gente não consegue dar conta de todo esse contexto que tem em uma sala (P7).

O pesquisado P7 também manifesta a mesma angústia do pesquisado P8. Esse acredita que a escola se encontra num momento de crise, pois precisa atender uma turma com muitos alunos e dar conta da aprendizagem de todos, trabalhando com cada uma das dificuldades. Esse docente também considera que a sociedade, o local onde a criança vive, molda o aluno, o qual adquire características e comportamentos comuns à comunidade.

Em relação ao professor, diversos desafios, inerentes à condição dos estudantes, são traçados cotidianamente ao educarem seus alunos. Quando alunos com deficiências são apresentados aos professores como integrantes de suas turmas, um momento de crise, que é histórico-social, instala-se, o que exige do professor repensar suas ações pedagógicas para garantir a aprendizagem de todos.

Ensinar não se caracteriza só por transferir conhecimento, esse é um conceito restrito. Ensinar significa partilhar conhecimento e se permitir aprender. De acordo com Freire (1996, p.25), “quem ensina aprende ao ensinar e quem aprende

ensina ao aprender”. É, portanto, um movimento recíproco, que provoca transformações em todos aqueles envolvidos com a aprendizagem. Por isso, o desafio constante do professor em desenvolver a capacidade de reinvenção ativa, permanente e autônoma.

Considerando a deficiência, uma professora relatou que o aluno com DFM não apresenta problemas de saúde que interfiram na aprendizagem. Entretanto, ela considera que fatores externos, os quais envolvem a deficiência (dificuldades, preconceito), podem, de alguma maneira, interferir no desempenho do aluno.

Sim, com certeza, por que o problema dele é um problema físico e não de fator neurológico ou emocional, de fundo emocional. É problema físico, embora, às vezes, o problema físico do aluno dê alguma situação de constrangimento. Então, ele fica um pouco tímido, mas eu não vejo nenhum problema que esteja vinculado o problema físico a problema de aprendizagem na escola. Não percebi, em nenhum momento, este tipo de situação (P9).

Santos e Graminha (2006) apontam para uma forte associação entre os distúrbios de aprendizagem e os problemas comportamentais e emocionais. A ordem dos fatores não foi elucidada por eles. Entretanto, é considerado que uma é fator de risco para a outra.

A aprendizagem do aluno também está condicionada a fatores ambientais, os quais interferem no seu desenvolvimento como um todo. Além disso, os fatores socioeconômicos exercem papel fundamental no desenvolvimento físico, psicológico e social das crianças e dos adolescentes. Alimentação adequada, vestuário, local para descanso e atividades de lazer fazem parte destes fatores. Assim, autores apontam que a falta dessas condições, bem como a existência de problemas familiares, podem causar influência na atenção da criança, dificultando seu aprendizado (BARBOSA FILHO; CAMPOS; LOPES, 2012).

Em referência à aprendizagem dos alunos, os problemas encontrados nos dados do Educacenso, refletiram nos resultados aqui apresentados, uma vez que a professora do aluno A10 mencionou que ele necessita de um acompanhamento mais intenso para que desenvolva sua aprendizagem. Quando questionada se o aluno com DFM conseguia acompanhar o conteúdo, assim como os demais colegas, a resposta foi a seguinte:

Não, no mesmo nível não, porque ele se torna um aluno bastante dependente. Dependente, e ele precisa de um acompanhamento especial pra ele, onde conduza de forma mais específica a aprendizagem dele (P10).

Ter um aluno com deficiência, em sala de aula, pressupõe reorganizar a aula de modo que possa abranger todos nas atividades. Quando questionados se os professores precisam dispensar mais tempo com o aluno com DFM nas atividades, a maioria disse que não. Porém, uma professora (P6) referiu que, às vezes, precisa dispensar mais tempo com o aluno, mas não em consequência da deficiência, mas em decorrência da ansiedade que o aluno apresenta na tentativa de desenvolver as atividades rapidamente:

Às vezes, mas ele é muito independente. Ele não gosta de dedicação exclusiva a ele. Você se aproxima dele e pergunta: você quer que eu te explique diferente? Tu estás entendendo? Ele não quer, ele não gosta, tanto que ele é um dos primeiros a terminar sempre, correto ou não, mas ele vem voando (P6).

Todavia, nos casos onde a DFM é de membros superiores, a atenção é maior, como já foi observado nas falas anteriores, e a necessidade de monitores para auxiliar, nesses casos, é levantada.

Pois é, às vezes, eu me sinto culpada, porque parece que o coitado fica atirado lá, num canto da sala. O ano passado, ele tinha monitora, a menina vinha no mesmo dia que eu tinha aula. Eu esquecia, ela copiava tudo para ele. Ele dava as respostas. Ela escrevia as respostas e acompanhava o ritmo da aula. Quando não tem a monitora, que ele não escreve ou escreve muito pouco em consideração aos outros. O trabalho dele é só de ouvir e responder oralmente. Eu não consigo dar um atendimento especializado. (P1).

É bem difícil, porque, se eu ficar lá com ele, tenho que ir lá e mostrar desde o início do que eu expliquei no quadro. Então, tem que ficar lá com ele e aí fica aquela gritaria na sala. Um lá que tem uma dúvida, outro lá: "professora vem cá". Então, é bem difícil...(P8).

No caso desses dois alunos, apesar de não haver um diagnóstico, parecem apresentar uma dificuldade de aprendizagem, a qual denotaria a necessidade de um monitor acompanhando o processo de ensino. Essa necessidade foi observada pelos professores, já que, devido ao número de alunos em cada sala, eles não conseguem dar a atenção que o aluno com deficiência ou que apresente alguma necessidade educativa especial demanda (fala citada pelo pesquisado P7).

É importante observar que, em todas as escolas pesquisadas, existe a presença de um educador especial, com carga horária de 10, 20 ou 40 horas semanais. Nesse sentido, uma queixa recorrente é a falta de reuniões pedagógicas que favorecessem a troca de experiências com os profissionais da educação especial, que têm maior formação para trabalhar com as deficiências devido ao conhecimento sobre elas.

Silva, Maria Elena (2014) afirma que a atuação do professor especializado, na sala de aula, ainda é vista com a função de mediador de conflitos e diferenças. Para amenizar essa reação adversa desencadeada pela presença de uma criança considerada diferente em aula, a mesma autora destaca o papel dos profissionais especializados salas de AEE, que atuam como mediadores para que os conflitos não se estabeleçam de forma definitiva, “tornando inviável a convivência na sala de aula e concretizando a exclusão” (SILVA Maria Elena, 2014, p. 73).

Ainda, é preciso esclarecer que as tarefas do educador especial e do monitor diferem. Entretanto, a dificuldade referente à presença do monitor em sala de aula tem relação sobre como os professores interpretam a função desse em sala de aula. Ter um monitor em sala não exime o professor de ensinar o aluno com deficiência. Quem seria esse monitor? E qual sua função? Esta é uma discussão pertinente que merece ser aprofundada por pesquisas.

Quanto aos problemas de aprendizagem e a relação com as DFM's, a maior parte dos professores foram incisivos ao negar que existam dificuldades para trabalhar com seus alunos com DFM “*Não, em absoluto não*” (P4). Todavia, um pesquisado referiu que não reconhecia problemas na aprendizagem em relação à DFM, mas que os problemas de aprendizagem do aluno estariam relacionados a diversos fatores, comuns, muitas vezes, também aos alunos que não apresentam deficiência.

Não, não, crianças com problema físico não têm problema nenhum. As dificuldades, quando aparecem, é relacionado com a limitação da sequência anual, como a gente sempre comenta, e eu sempre falo para os alunos. Quando o aluno vem com uma deficiência, por exemplo, passou com 50% do aproveitamento, aqueles outros 50% vão faltar, e isso serve pra qualquer criança, seja com problema físico ou não. Isso é uma coisa natural da aprendizagem, principalmente na disciplina de matemática, que envolve uma sequência didática que, às vezes, não foi bem entendido no ano anterior. E isso vai perpetuando até ser resolvido, não é? (P9).

Já outro entrevistado apontou uma dificuldade para trabalhar com alunos com DFM, mas que estaria relacionada mais à concepção da aprendizagem:

[...] Pois é, voltando ao que a gente já falou, a escola é um lugar de escrita. Se a deficiência física do aluno fosse só não caminhar, não haveria dificuldade nenhuma. Acho que nenhum professor teria dificuldade em lidar, agora partir do momento que ele não escreve porque a mão não escreve, não tem motricidade fina, já parou o trabalho na metade (P1).

Seria a escola um local onde somente a escrita determina o nível de aprendizagem? Em outros momentos do texto, foi abordado o que verdadeiramente é aprender. É certo o fato de que o saber envolve não apenas escrever, ler, calcular. A fala da professora demonstra um conceito restrito de aprendizagem.

Ainda a respeito das dificuldades encontradas pelos professores com alunos com deficiência, o pesquisado P8 reforça o que já foi abordado, ou seja, a dificuldade em dar atenção individual a cada aluno:

A dificuldade seria, no caso da gente não poder ir lá e atender ele, uma dificuldade, mas eu acho que, no caso pensando no (A8), é essa de ele não conseguir acompanhar o desenvolvimento da aula não é, ele não consegue copiar tudo como os outros que estão lá copiando[...].

Uma dificuldade recorrente, relatada na literatura, é a falta de preparo para atuar com os alunos com deficiência (FREITAS; PAVÃO, 2012). Essa realidade é apresentada, pelo pesquisado P10, como uma das dificuldades em trabalhar com alunos com deficiência.

Preparo, preparo, a gente não é preparada para trabalhar com estes alunos. Talvez esses professores que estão se formando, recentemente, tenham preparação. A minha já é bem mais. Eu tenho 40 anos de magistério, é uma preparação de mais tempo. Nem se cogitava, na faculdade, trabalhar com estes tipos de alunos na sala de aula, inserido junto com os demais alunos, então... A gente não tem preparo, a gente se esforça para fazer o máximo, busca informações, busca estudar de um jeito, de uma maneira, mas não que a gente tenha um preparo especial. Eu acho que para todos os professores a maior dificuldade é essa [...] (P10).

Bridi e Meirelles (2014) pontuam que, no município de Santa Maria, desde o ano de 2003, anualmente, são ofertados cursos de formação na área de educação especial/ educação inclusiva. Tais cursos, segundo Peripolli (2010), apud Bridi e Meirelles (2014), estão, em sua maioria, ligados a programas governamentais, os quais têm, como objetivo, a construção e a execução de projetos e programas em

consonância com a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008).

Essa evidência literária contrapõe-se com a fala do pesquisado P10. O que pode ser considerado é que a dificuldade advenha da estranheza, como já explicitado em outros momentos. Uma observação crucial, sobre esse assunto, é que não há “receitas de bolo”, não existe, na literatura, um manual para a abordagem do aluno com deficiência, pois cada aluno é diferente e, apesar de apresentarem deficiências iguais do ponto de vista do diagnóstico, como no caso da PC, o desenvolvimento e percepção da aprendizagem diferem em cada caso.

É importante salientar que os cursos de formação devem ser disponibilizados em períodos nos quais o professor tenha a possibilidade de participar. Cursos oferecidos no turno contrário ou à noite, muitas vezes, esbarram em outra atividade profissional que o professor exerça o que impede de participar deles. Igualmente, precisa haver períodos, como a noite e final de semana, para descanso, evitando, assim, o surgimento de doenças ocupacionais, como a Síndrome de Burnout, que causa afastamentos e baixo rendimento profissional. O que se sugere é que os referidos cursos sejam oferecidos no turno em que o professor deveria estar na escola. Para compensar essas aulas, diferentes estratégias deveriam ser criadas.

Fernandez (2001) faz ressalvas aos cursos de capacitação de professores. Para ela, o posicionamento tomado pelo professor, diante as dificuldades dos alunos, também está relacionado às suas percepções pessoais e ao posicionamento que a instituição tem frente essas dificuldades, ou seja, ensinar também depende de como se aprende na prática. Na concepção dessa autora, a formação está para além da profissão, relaciona-se com a formação humana.

Fernandez (2001) também aponta o papel do aluno no que se refere à aprendizagem. Segundo essa autora, ele precisa estar disponível para novas aprendizagens. Assim, possuir uma deficiência pode não ser o fator gerador da dificuldade de aprendizagem. De acordo com Crahay (2000, p.212), “os alunos só aprendem aquilo que lhes é dado ocasião de aprender” e o tempo destinado à aprendizagem pode determinar o nível de aprendizado de cada aluno. Esse tempo está relacionado ao período e à disposição destinada pelo aluno para a tarefa, bem como ao tempo dispensado pelo professor para o ensino. Ensinar e aprender são tarefas indissociáveis, e a postura do professor precisa, antes de tudo, ser de aprendente (FREIRE, 1996; FERNANDEZ, 2001).

Pensar a prática do professor, diante das dificuldades para trabalhar com alunos com deficiência, remete refletir, também, acerca da sua formação. As falas dos professores promoveram a necessidade de reflexão sobre a formação. A média de anos de formação foi de 25,7 anos, ou seja, a maior parte dos professores formou-se na década de 80, período em que a educação inclusiva, como tema, começava a fazer parte dos debates aqui no Brasil. Esses professores revelam que suas formações iniciais não lhes deram os conhecimentos necessários para atuarem com alunos com deficiência:

[...] no tempo que eu fiz magistério, que eu fiz até a própria faculdade, não nem se falava nisso. Era aquela coisa: as crianças que eram deficientes ficavam fora da escola. Elas eram excluídas, tu nem sabia que existia. Então, tem gente que diz: "ah como tem deficiente, como tem cadeirante"! Sempre existiu, minha querida, só que escondiam as crianças. Elas eram proibidas, elas não tinham direito, entende, agora que elas têm o direito, tu, querendo ou não, ela vai estar aqui (P3).

[...] o problema dele era físico. Aí eu acho que tive condições de trabalhar, não tive problema nenhum. Agora, um aluno que vem com problema neurológico, deficiência visual, auditiva, aí a coisa fica, sinceramente, eu não tive esse preparo, nem sei como seria (P5).

Não, não e eu acredito que nenhuma licenciatura, até hoje, esteja preparando o professor para receber esses tipos de alunos. Todos merecem estar na escola, com certeza. Só que os professores que estão atuando, os professores que estão chegando ao mercado de trabalho, nenhum, fora a educação especial, nenhum está preparado para receber estas crianças (P9).

A falta de preparo, apontada pelos professores aqui pesquisados, corrobora com os estudos de Cardoso; Reis; Iervolino (2008); Melo; Pereira (2013), já mencionados neste texto. O fato de preparar os professores para atuar na educação inclusiva requer mais profundamente repensar o currículo de formação de professores na atualidade. Tal currículo deve ser pensado de forma dinâmica. Um currículo deve ter um objetivo maior do que formar professores, deve ser estruturado de modo a formar cidadãos comprometidos, reflexivos e propositivos, dispostos a fazer a mudança em prol da inclusão para todos (FREITAS; PAVÃO, 2012). Não obstante para repensar a prática e o currículo, o professor precisa de apoio. Freitas e Pavão (2012, p.283) explicitam que:

[...] o professor precisa também de compreensão para que possa ressignificar sua prática, encontrando formas de articulação harmônica entre

as dimensões pessoais e profissionais, para que sua história de vida possa encontrar eco no seu processo de formação e atuação profissional.

Essas mesmos autores argumentam que ensinar, na perspectiva da educação inclusiva, exige uma abordagem compreensiva, que requer mudança atitudinal e, principalmente, uma modificação curricular dinâmica:

A formação do professor para a educação inclusiva deve estimular entre outras coisas: a tomada de decisões, os relacionamentos pessoais, o exercício da cidadania, os princípios éticos e morais, o diálogo, o respeito às diferenças e as iniciativas (FREITAS; PAVÃO, 2012, p.287).

O currículo, nessa perspectiva, não é estático, mas sim entendido como um processo que exige adequações à realidade social encontrada e modificada no cotidiano, por todos aqueles envolvidos, a saber, alunos, pais, escola e comunidade. Esse currículo necessita permitir a compreensão do mundo e da diversidade de um ponto de vista amplo (FREITAS; PAVÃO, 2012).

Nesse sentido, os professores pesquisados têm refletido sobre suas práticas e, assim, reconhecem sua parcela de contribuição na aprendizagem dos alunos com alguma deficiência:

[...] um pouco, talvez, seja falha da gente, entende, minha? Por exemplo, eu poderia ter trazido, em vez de indicar no livro tal e tal questão, eu poderia trazer tudo pronto. Só que, assim, eu vou trazer tudo pronto só pra ele, qual é a igualdade? Não é, não é justo. Porque ele pode, não copiando ali, na aula, ele pode copiar depois, entende? Ele, tendo a situação, vou lá, expliquei pra ele. Então, ele tem condições de aprender. Ele entendeu aquilo ali. Os outros exercícios são semelhantes, entendeu? Eu penso nisso, qual é a igualdade de estar todo mundo junto ali se eu vou dar tudo separado pro A8? Não sei se eu sou malvada também [...] (risos) (P8).

A professora faz menção, nessa fala, à questão da igualdade. A igualdade abordada na Política Nacional de Educação Especial, na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008), refere-se à igualdade de oportunidades. No entanto, ela dá subsídios para repensar que, em algumas atividades, a abordagem precisará ser diferente para garantir que o aluno com alguma deficiência tenha a mesma oportunidade que os outros colegas.

Pensar a igualdade é pensar a prática e é, contraditoriamente, lançar mão de recursos diferenciados. Por exemplo, como seria dar, como tarefa a um

amputado de mão (sem prótese), o recorte de figuras? A tesoura utilizada seria do tipo de bancada ou de mesa, com autoabertura, diferente das comuns e, ainda assim, seria possível que o aluno precisasse de auxílio de outra pessoa. Logo, a atividade teria que ser repensada, para esse aluno, de modo que ele tivesse a oportunidade de executá-la como os outros, mas com recursos diferenciados.

Outra dificuldade levantada pelos professores envolve a carga horária de trabalho. Para eles, a elevada carga horária é tida como um empecilho para desenvolver suas atividades com qualidade: *“A dificuldade que eu vejo assim é a estrutura que a gente tem também, a gente vem para o colégio tem que ficar frente a aluno, aquela carga horária que a secretaria nos impõe”* (P7).

De acordo com a Lei nº 3326/91, que dispõe sobre o regime jurídico único dos servidores públicos municipais de Santa Maria, a carga horária de trabalho perfaz um total de 8 horas/dia (seja num total de 20 ou 40 horas semanais), que podem ser organizadas pelo gestor conforme a necessidade do setor (SANTA MARIA, 1991). No entanto, ter um aluno com alguma deficiência, em aula, trata-se de um trabalho que exige do trabalhador, além de seguir os parâmetros pré-estabelecidos pela LDB, PCN's, uma atenção redobrada, disponibilidade mental e física, a fim de que possa atuar frente aos alunos em turmas com uma média de 20 alunos. Ou seja, são tarefas que necessitam de períodos de pausas.

Do ponto de vista da Ergonomia do trabalho, que pensa sobre as questões de saúde do trabalhador, entre eles do professor, o ideal seria repensar as atividades e a estrutura, de maneira a possibilitar melhores condições de trabalho. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a profissão docente é considerada a mais estressante e, por isso, com maior predisposição à Síndrome de Burnout (CARLOTTO, 2011).

O estudo de Carlotto (2011), realizado no Rio Grande do Sul, com 881 professores da rede pública e privada, revelou que, dentre as três dimensões psicossociais da Síndrome de Burnout²² (exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional), a dimensão baixa realização profissional foi a que apresentou maiores percentuais. Tal percepção esteve, também, presente nos

²²Síndrome de Burnout: síndrome psicossocial causada pelo excesso de estresse crônico no cotidiano de trabalho, com características de alta pressão por metas, conflitos, falta de reconhecimento, entre outros fatores (HARRISON, 1999, apud CARLOTTO, 2011).

professores entrevistados. Eles demonstram um descrédito com a profissão, o que reflete na qualidade da educação.

No que tange à carga horária, Carlotto (2011) observou que, quanto mais elevada, maior o sentimento de desgaste emocional e menor o sentimento de realização profissional, junto a outros fatores de risco para o desenvolvimento da Síndrome. A profissão de professor, nos últimos anos, tem sofrido com diversos problemas, como baixos salários, condições precárias de trabalho e violência presente na sociedade e que reflete nas salas de aula.

Além das dificuldades organizacionais, o próprio preconceito, o bullying já referenciado, também são citados como situações de difícil controle, para as quais se necessitaria de apoio de um profissional da psicologia na escola. Consideradas as dificuldades encontradas, algumas estratégias são utilizadas pelos professores para atender o aluno com deficiência, no caso de apresentar maiores dificuldades:

Eu não dou conta com ele. Eu dou conta da turma, deixando ele de lado, não é? Se eu for escolher ficar com ele, um pouco a turma vai trabalhar um pouco. A turma vai agitar e vai sair do controle. Ele não me atrapalha, mas eu sinto que ele eu não consigo fazer tudo que ele precisa. Ele não está sendo, não acho que ele seja atendido. Aí, por exemplo, nas avaliações, **a gente tira ele da sala de aula, e alguém escreve para ele as respostas, que é para ele conseguir acabar em uma manhã, se não ele não acaba.** Então, a escola achou esse meio termo. Tudo que os outros vão fazer, que é avaliativo, ele sai da sala e vem para AEE e alguém auxilia, ele conclui. Se dependesse de ele concluir na sala de aula, ele não ia conseguir (P1) [grifo nosso].

Quanto à presença de dificuldades de aprendizagem, não é pretensão, nesta pesquisa, diagnosticarem-se distúrbios de aprendizagem ou se definir quem são os alunos quem têm dificuldades. Todavia, nos relatos dos professores, foi possível identificar que, dentre os 10 alunos pesquisados, apenas três alunos apresentam dificuldades de aprendizagem mais acentuadas, as quais estão relacionadas ao tempo necessário para raciocinar sobre determinado assunto, mas que são problemas similares aos dos alunos que têm problemas motores de membros superiores, ou seja, eles podem estar associados ou não.

Nesses casos, seria importante que a educadora especial tivesse a oportunidade, em conjunto com uma equipe de profissionais, como médico, fisioterapeuta, psicólogo e pedagogo, de definir um diagnóstico compartilhado, que permitisse elaborar estratégias para auxiliar esses alunos no processo de aprendizagem. O diagnóstico compartilhado seria uma estratégia que permitiria

maior atenção à criança e melhores resultados no seu desempenho nas atividades escolares, bem como em seu cotidiano em geral.

Na aprendizagem, existe a contribuição da família para que o processo ocorra com êxito, haja vista que as relações, o local e as condições que a criança ou adolescente vivem são elementos que influenciam a aprendizagem escolar. Nesta pesquisa, as famílias estão presentes na escola sempre que solicitadas e procuram participar do desenvolvimento das atividades dos alunos, conforme relatos dos professores. Apenas em dois casos foi observada a carência de participação da família na escola.

Todas as considerações tecidas, até o presente momento, denotam que a tarefa de educar ocorre de forma compartilhada, e os desafios, para que a aprendizagem se concretize com êxito, são diversos. Em decorrência disso, são necessárias discussões quanto às condições para a aprendizagem de pessoas com DFM.

3.4.2 Estratégias de permanência: frequência

Preocupar-se com a aprendizagem não é tarefa apenas da escola, alunos e pais têm compromissos com a educação e, entre esses, estão a frequência e a permanência na escola. A legislação brasileira estabelece que crianças e adolescentes com idade entre quatro a 17 anos devem, obrigatoriamente, estar matriculados na escola (BRASIL, 2013). Cumprir essa lei é tarefa da família, da escola e da comunidade. A escola, em especial, deve estar atenta à frequência dos seus alunos.

Os alunos que apresentam uma deficiência, seja ela física, auditiva, visual, intelectual entre outras, têm os mesmos critérios de frequência e permanência na escola, ressalvadas as situações de saúde que necessitem tempo prolongado de estadia no hospital ou em casa. Possuir uma deficiência, como já abordado, não significa possuir uma doença. Mas as pessoas que têm uma deficiência, como a DFM, estão mais predispostas a desenvolverem doenças que podem ocasionar, em caso de crianças em idade escolar, a falta à aula. Nesse sentido, as ausências foram apontadas, como os causadores das dificuldades de aprendizagem, em pelo menos um caso:

Essa aluna, querida, tem o problema de falta, que atrapalha um pouquinho. Isso é problema. Se falta, perde conteúdo, perde sequência, não é? Acaba não podendo desenvolver bem o trabalho, mas ela, dentro desse desenvolvimento, eu vejo progresso...(P4).

No entanto, a maioria dos professores referiu que os alunos são interessados e conseguem acompanhar o conteúdo tanto quanto os demais colegas, independente de possuírem faltas. Todavia, quando os professores foram questionados acerca de quais são as estratégias de permanência que as escolas em que eles dão aula utilizam, para manter os alunos na escola, as respostas foram as seguintes: “*Eu acho que uma estratégia é esse atendimento que a educadora especial*” (P10).

A escola procura acionar, tem a coordenação, não é? A gente coloca para a coordenadora: “olha, está faltando demais”. A coordenadora leva para a direção, aí tenta o contato com os pais. A gente conscientiza: “gente, se perder aula, se não tiver assiduidade, vai perder conteúdo, vai perder sequência”. A gente coloca como é, a questão como funciona, a questão de aprendizagem... Então, a gente procura sempre estar alertando, tendo contato com o pai (P4)

[...] a escola, geralmente, assim, eu sou uma que, quando o aluno tem duas, três faltas comigo, eu já estou falando com a supervisora: “esse aluno tá doente, justificou, não veio por quê”? Então, geralmente, a escola telefona para casa pra ver qual é o problema. Aí a gente conversa com pai, com mãe (P5).

A percepção presente, nas falas, é de que a escola está preocupada apenas com o fato de o aluno faltar aula, mas que oferece poucas estratégias para mantê-lo frequente. Considerando ser obrigatoriedade do aluno a sua frequência, é como se o aluno não precisasse ter prazer em frequentar as aulas.

Fernandes (2001) argumenta que existem diversos fatores que intervêm na aprendizagem, tais como: saúde, alimentação, moradia, relações interpessoais, preconceito, *bullying*, entre outros. Contudo, nem todos esses, agregados ao fracasso dos ensinantes e das instituições de ensino, seriam suficientes para designar os problemas de aprendizagem, pois eles advêm do prazer de aprender que foi perdido.

Do ponto de vista docente, Freire (1996, p.96) defende que “não é possível exercer a atividade do magistério como se nada ocorresse conosco”, ou seja, o professor é o primeiro sujeito ativo da escola. É ele quem precisa, antes tudo, ser tocado pelo ato de ensinar (e aprender).

A escola, por sua vez, precisa dispor de estratégias que mantenham o aluno interessado nela, tanto em seu ambiente físico quanto nas diferentes propostas de aprendizagem. De fato, Freire (1996, p.97) [grifo do autor] afirma que o “espaço pedagógico é um *texto* para ser constantemente “lido”, interpretado, “escrito” e “reescrito””.

Com o objetivo de verificar o posicionamento e as justificativas dos pais, com relação às faltas, esses foram questionados se os seis filhos têm faltas regulares na escola. Em alguns casos, a deficiência foi apontada como causadora de problemas de saúde que impedem o aluno de frequentar a escola, como é o caso de A2:

Falta. Porque a A2 adoece com frequência, tem imunidade baixa. Como ela tem muitos problemas, então, a maioria das faltas é por causa da doença, por causa do problema, que a A2 tem: infecção urinária de repetição, infecção nos rins de repetição. Como ela tem hidrocefalia, já teve problema com a válvula, então [...] (M2).

Outro caso de falta à aula, em função da deficiência, também foi observado: “*Olha às vezes ele falta por que ele, tem dias que ele amanhece com muita dor nas pernas, dor na barriga que ele não consegue nem ir para o colégio*” (M6). A dor nas pernas é justificada, pela mãe, após uma sequência de dias em que o aluno exige muito de sua resistência física ao participar de atividades de lazer. Como ele apresenta uma dificuldade de deambulação que exige além da musculatura dos membros inferiores, que apresenta fraqueza e deformidade nos pés, um controle de tronco para manter a postura corporal, a exigência muscular é bastante intensa e, no dia seguinte à intensa atividade de lazer, ele não consegue deambular por dor e fadiga.

Outras mães referiram que “*É raro é difícil*” (M5) seus filhos faltarem à aula. Em geral, os alunos parecem ser bastante assíduos à escola. Essa observação pode ser afirmada pelo cálculo da média de frequência dos alunos, conforme tabela abaixo.

Tabela 9 - Média de frequência.

| | Alunos DFM | Turma |
|-----|------------|-------|
| A1 | 99% | 92% |
| A2 | 56% | 90% |
| A3 | 83% | 89% |
| A4 | 90% | 78% |
| A5 | 89% | 90% |
| A6 | 94% | 94% |
| A7 | 100% | 83% |
| A8 | 91% | 87% |
| A9 | 92% | 82% |
| A10 | 81% | 89% |

Fonte: elaborada pela autora.

A média de frequência aproximada foi calculada por meio das listas de presença e se refere ao primeiro e ao segundo trimestres de 2014. O total de dias letivos varia entre cada escola. Porém, todas deveriam totalizar, no mínimo, 200 dias letivos no ano de 2014, na Rede Municipal de ensino de Santa Maria. Ainda foram excluídos, desse cálculo, os alunos transferidos durante o período.

Os números demonstraram que 50%(cinco alunos) dos alunos têm média de frequência superior à média da turma; 10% (um aluno), tem frequência igual a sua turma. Logo, nesses casos, a DFM não se caracterizou como um impedimento de frequência escolar. Todavia, 40% (quatro alunos) dos alunos apresentam frequência inferior à média da turma. No entanto, apenas o caso da uma aluna usuária de cadeira de rodas, bem como o caso da aluna com nanismo poderiam estar relacionados à frequência com a DFM; nos demais casos, a DFM pode não ser o causador das faltas, e sim os problemas que envolvem a família (A3) e o desinteresse pela escola (A10), já observado em outro momento do texto. Ressalta-se que os alunos, em geral, apresentavam DFM's leves, e esse número poderia ser diferente se elas fossem mais graves ou existisse outra deficiência associada.

As respostas vêm ao encontro de uma pergunta feita aos pais, a qual se refere à presença de doenças que interfiram na frequência do aluno. Foi apontado que, apesar da condição dos alunos, a maior parte deles não apresenta doenças que os impeçam de frequentar a escola regularmente. Algumas doenças referidas foram: gripes, resfriados, dor de cabeça, e outros casos simples, que são comuns para a fase da vida ou período do ano (doenças sazonais).

As famílias, em geral, parecem ser comprometidas com a frequência dos filhos na escola, pois todas elas mencionam justificar ausência dos filhos às aulas, como pode ser observado nas falas a seguir: *“Não, só se está doente, aí se ataca de algum problema, tem febre, aí ele falta, mas eu sempre comunico a escola. Mas é muito difícil, ele está sempre (M8).*

Não, é um guri que não falta, só se ele estiver doente. Mas, quando ele está doente ou alguma coisa, eu trago atestado do doutor. Sempre procuro justificar e, quando eu vou pra AACD, eles me avisam uma semana antes pra mim organizar. Aí eu pego o comprovante do transporte pra marcar e aí já trago para eles: nós estamos indo viajar pra Porto Alegre (M7).

O fato de os alunos não faltarem aula e o fato de suas mães justificarem as faltas pode ser consequência da própria legislação, a qual obriga a escolarização dos 06 aos 17 anos (BRASIL, 2013).

Outro fator influente, para as justificativas às faltas, é que a maior parte das famílias (oito famílias) recebe o auxílio Bolsa Família, e a obrigatoriedade da frequência é requisito para manutenção da bolsa. Ainda, todos os alunos pesquisados recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência, e a permanência na escola também é um requisito para manter o benefício (BRASIL, 2007b). No contexto atual, 76,16% dos alunos beneficiados pelo BPC estão frequentando a escola regularmente no Rio Grande do Sul (BRASIL, 2015-online)

A responsabilidade sobre a frequência, igualmente, é observada nas declarações dos alunos: *“Só faltou quando dá problema na van, se não nunca faltou, nem em dia de chuva” (A1); “Eu não gosto de faltar”(A9).*

As faltas geram perda de conteúdos e, segundo afirmou o pesquisado (P4), “perda de sequência”. Em função disso, os professores foram questionados sobre como os alunos buscam recuperar os conteúdos perdidos. Alguns docentes atribuíram ao aluno a responsabilidade de recuperar o conteúdo perdido, *“sou bem sincera, espero que ele tenha copiado dos colegas, deixo por ele” (P8).* Outros professores mencionaram que organizam estratégias para auxiliar os alunos:

[...] por exemplo, quando eu trabalho com folha de xerox, sempre fica com o nome a folha organizada. Se não, eu faço cópia do meu caderno mesmo e aí, na próxima aula, eles colam, copiam. Copiar é mais difícil,

copiar aula atrasada é complicado. Mas, quando eu trabalho com folha e coisa, eu xeroco e deixo pronto para eles na outra aula (P6).

[...] a gente sempre faz revisão. Esse ano tem a recuperação paralela que, no caso, tem mudança de nota. Até o ano passado, por exemplo, tinha, tinha recuperação paralela, mas não mudava a nota. Então, a gente recuperava em termos de conteúdo, mas sempre é feito (P5).

As faltas também ocorrem por outros motivos que estão relacionados à necessidade de transporte dos alunos. Dentre os 10 alunos pesquisados, oito utilizam o transporte público municipal. Trata-se de um serviço terceirizado, contratado pela Prefeitura, para transportar os alunos com deficiência até a escola.

Há relatos de problemas com o transporte, e o que se constata é a falta de preparo dos profissionais para atender os alunos com DFM, bem como a baixa qualidade do transporte, que não dispõe de automóveis adaptados para conduzir os usuários de cadeira de rodas. O fato de os transportes desses alunos não possuírem a adaptação necessária coloca em risco a saúde do motorista, que precisa carregar o aluno da cadeira para o automóvel, e vice-versa, isto é, para o aluno, pelo constrangimento de ser carregado por uma pessoa estranha.

As faltas, neste estudo, não foram impeditivos do processo de aprendizado, nem mesmo nos casos de alunos que apresentaram menor frequência. Em contrapartida, acredita-se que estratégias para a permanência do aluno na escola precisam ser desenvolvidas com o intuito de que eles tenham prazer em estudar, o que, segundo Freire (1996), Crahay (2002) e Fernandez (2001), é um requisito fundamental para o aprendizado do aluno, tenha ele uma deficiência ou não.

CONCLUSÃO

Após a apresentação de todas as categorias anteriores, é chegado o momento de refletir a respeito de como a saúde e a aprendizagem se entrelaçam, tendo como embasamento os questionamentos realizados aos participantes do estudo. Com base nas análises, foi possível observar que não há como escrever ou pensar sobre saúde sem arguir acerca da educação ou vice-versa.

É fundamental reconhecer que saúde e educação são conceitos transversais e, por isso, justapõem-se invariavelmente, como já citado no decorrer desta dissertação. Assim, a aprendizagem, como parte de um processo educacional, está envolvida com a saúde. Não se trata de um tema inovador, todavia as transformações sociais e a ressignificação da saúde e educação, na sociedade, exigem que novas pesquisas sejam realizadas, de modo constante, para acompanhar a evolução dos conceitos e de seus significados.

A aprendizagem é um processo constante e ilimitado. Porém, a fase escolar é a base para as aprendizagens futuras e, em decorrência disso, um processo que precisa de cuidado e de dedicação de todos aqueles envolvidos com ela. A saúde, da mesma forma, necessita ser cuidada, tanto do ponto de vista da presença ou ausência de doença, quanto dos seus determinantes. Dessa maneira, cuidar remete a aprender cotidianamente.

Nesta pesquisa, foi possível identificar que a maior parte dos alunos tem deficiências físicas motoras leves, com exceção dos alunos usuários de cadeira de rodas e de um aluno com tetraparesia. Contudo, todos eles demonstraram enfrentar diferentes dificuldades, as quais se relacionam à deficiência e à aprendizagem. Entretanto, essa dificuldade está relacionada aos preconceitos sofridos pelo fato de apresentarem uma diferença dos demais e tem relação com as deficiências de membros superiores, que dificultam a execução de habilidades motoras.

A escola ainda tem muito que evoluir em relação às estratégias pedagógicas para a aprendizagem, as quais garantam a participação dos alunos com deficiências de membros superiores e que permitam seu acompanhamento e sua aprendizagem. Não obstante, é fundamental observar que os alunos apresentam condições de aprendizagem e, segundo os professores, apresentam evolução. Os problemas

enfrentados de aprendizagem, que se focaram, em sua maioria, na matemática, parecem ser comuns aos alunos sem deficiência.

Em geral, os alunos apresentaram boas condições de saúde em relação à presença de doenças, retratando que cuidados são dispensados de forma adequada por eles e por suas famílias. Assim, as deficiências apresentadas, quase sempre, não foram causadoras de doenças. Contudo, no que se refere aos condicionantes, foram verificadas discretas dificuldades, como o acesso ao lazer e à moradia. Nesse sentido, um estudo mais aprofundado dos determinantes de saúde poderia ser desenvolvido com o objetivo de reconhecer como esses influenciam na aprendizagem.

Quanto à saúde mental, é emergente a criação de estratégias de melhoria da saúde mental desses alunos, principalmente pelo sofrimento causado pelo preconceito e pela prática do *bullying*. A presença do psicólogo na escola, atuando tanto com os alunos, em atividades de prevenção, quanto em atendimentos em loco, auxiliando alunos e professores nas suas práticas, pode ser uma estratégia para o enfrentamento dessas situações no ambiente escolar.

Quanto à acessibilidade, as escolas estudadas apresentam as condições mínimas, mas os professores reconhecem que os espaços ainda carecem de melhor estrutura para a mobilidade dos alunos com DFM. É notável a angústia sentida pelos professores na busca por melhores condições para atender os alunos. Eles reconhecem as dificuldades para trabalhar com alunos com deficiência e referem não receber formação adequada para essa tarefa, apontando a necessidade de auxílio de monitores e da educação especial por maiores períodos.

É um desafio, para a escola, pensar sobre todas essas questões e criar estratégias para abranger todas elas. No entanto, é um compromisso social que não é apenas da escola, que necessita da comunidade, dos pais e do poder público para aquisição de melhores condições de aprendizagem aos alunos com DFM e, também, aos sem deficiência.

É importante construir uma escola como espaço de formação de crianças e adolescentes em que haja comprometimento com a construção de uma sociedade cidadã. Isso exige das instituições de ensino uma prática educativa participativa e dialógica, que trabalhe na relação prática-teoria-prática, sob os preceitos dos direitos humanos. A educação é entendida, por todos aqueles que se dedicam a estudá-la, como uma forma de garantir uma sociedade menos desigual, mais solidária e digna.

A frequência dos alunos foi avaliada como assídua. Mesmo assim, acredita-se que as escolas precisam desenvolver diferentes estratégias para a permanência dos alunos nelas. Estar na escola, além de ser uma obrigação, deve ser um momento prazeroso. Só assim, aprender poderá se tornar um hábito por toda a vida.

O compromisso do aluno e dos pais, no que tange à frequência, é amparado por uma escola que proporcione momentos agradáveis ao aluno no seu processo de aprendizagem. Sentir-se protegido e incluído, nesse espaço, são requisitos fundamentais para que a proposta da escola e da educação, como um todo, seja efetiva.

A efetividade da prática pedagógica e humana da educação perpassa as condições de saúde, seja do aluno ou do professor, já que elas, direta ou indiretamente, refletem nas condições para que se realize a aprendizagem. Logo, é impossível criar estratégias, para a aprendizagem, sem considerar como o aluno vive, como ele se alimenta, como é sua estrutura familiar, onde ele reside, como é sua vida em geral.

Direcionando o olhar para as hipóteses desta pesquisa, foi possível concluir que os alunos que apresentam DFM podem apresentar dificuldades na aprendizagem de forma indireta, já que não apresentam distúrbio cognitivo. Como referido pelos professores, a DFM expõe o aluno a situações de vida que podem interferir na sua aprendizagem. Quanto à segunda hipótese que fazia a relação da DFM com a frequência e permanência, aqui foi possível concluir que apesar das dificuldades de locomoção de alguns alunos a frequência na escola não esteve comprometida, contrapondo a afirmação inicial. Já no que se refere à terceira hipótese traçada, as condições de saúde dos alunos não influenciam na presença à escola, em apenas um caso em que há presença de doenças recorrentes a doença foi impeditiva para a assiduidade

Partindo dessas conclusões, é possível apontar algumas estratégias para a melhoria das condições de aprendizagem dos alunos com DFM, como: a) desenvolver estratégias de saúde mental incisivas nas escolas, refletindo sobre as relações interpessoais entre amigos e a própria família, principalmente em ações contra o preconceito e *bullying*; b) organizar atividades que envolvam a socialização dos alunos; c) promover cursos de formação na educação inclusiva, que tenham uma estrutura e organização temporal diferente daqueles já ministrados; d) dar incentivo e motivação profissional aos professores e funcionários das escolas; e)

investir em educadoras especiais e monitoras; f) incentivar a realização de reuniões pedagógicas frequentes, com organização que possibilite a motivação de participação dos professores; g) investir em acessibilidade nas escolas (arquitetônica, funcional e atitudinal); h) manter discussão permanente sobre educação inclusiva, buscando, como equipe, estratégias que garantam o aprendizado de todos.

Especificamente, quanto à DFM, existem cartilhas disponíveis em meios eletrônicos do Ministério da Educação²³. Essas podem auxiliar os professores, mesmo aqueles leigos no assunto, a repensar suas práticas e a encontrar estratégias para melhorar as condições para a aprendizagem dos alunos, principalmente aqueles com deficiência física de membros superiores. De fato, é fundamental que os docentes compreendam que “não existe receita” para o trabalho com esses alunos. Portanto, nenhuma cartilha indicará exatamente quais as atitudes a serem tomadas, mas poderão dar subsídios para que a prática seja repensada.

Por se tratar de um município com diversas universidades, parcerias, com diversos cursos de graduação, poderiam ser criadas, com o objetivo de auxiliar no manejo com os alunos com deficiência. Essas parcerias poderiam se dar com profissionais das áreas da fisioterapia, da terapia ocupacional, da psicologia, entre outras poderiam atuar. Igualmente, poderia ser repensada a estrutura física, com ações voltadas à sustentabilidade, com o auxílio da arquitetura, engenharias, design, administração e outros cursos que a própria escola reconhece como importantes, considerando a especificidade de cada bairro. E, por último, mas não menos importante, os cursos de licenciatura poderiam estabelecer parcerias com as escolas, pois, além de aproximar os jovens da prática, ajudariam a motivar para a prática do professor que já está há anos na escola.

Ainda, é necessário ponderar que a pesquisa desenvolvida apresenta algumas limitações, como o número de alunos, a base de dados do Educacenso, um maior enfoque aos determinantes de saúde, a análise criteriosa dos recursos de acessibilidade e das políticas públicas municipais. Todavia, assim como ela está colocada, demonstra as possibilidades de ampliação do estudo, com diferentes enfoques, apontando para a necessidade de estudos sobre essa temática.

²³ Estas cartilhas estão disponíveis no site da SECADI/MEC e contemplam artigos sobre todas as deficiências: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=17009&Itemid=913. (BRASIL, 2013).

Entende-se que pesquisas com diferentes metodologias, as quais enfoquem a deficiência física-motora, ainda precisam ser desenvolvidas. Essas, do tipo pesquisa-ação ou até mesmo intervenção, poderiam estar direcionadas a recursos de acessibilidade e saúde mental, principalmente. Importa referir que a pesquisa aqui apresentada remete à importância de considerar a opinião do aluno e do professor sobre suas dificuldades e características, de modo a construir, conjuntamente, novos conhecimentos acerca dos temas saúde e educação.

A DFM, no contexto inclusivo, justapondo saúde e aprendizagem, merece diferentes olhares. Mas, em suma, concretiza-se quando se percebe que saúde e educação são conceitos transversais e indissociáveis na sociedade atual. Dessa maneira, isso precisa ser repensado para garantir a aprendizagem da criança e adolescente com deficiência em idade escolar.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, Alexandre. M. et al. Pontes indestrutíveis. Banda Charlie Brown Jr. In: _____ Musica Popular Caiçara. São Paulo: Sony Music, 2012. CD. Faixa 6.
- AGUIAR, Marcos J.B. et al. Defeitos de fechamento do tubo neural e fatores associados em recém-nascidos vivos e natimortos. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n.2, p. 129-34, 2003. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/>>. Acesso em: 15 fev. 2014.
- ALPINO, Ângela. M.S. **Consultoria Colaborativa Escolar do Fisioterapeuta: Acessibilidade e Participação do aluno com paralisia cerebral em questão**. 2008. Tese (Doutorado em Educação Especial), Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2008. Disponível em: <<http://www.bdtd.ufscar.br/>>. Acesso em: 03 mar. 2013.
- ALEIXO, Andrezza A. et al. Influência do sobrepeso e da obesidade na postura, na praxia global e no equilíbrio de escolares. **Journal of Human Growth and Development**. v. 22, n.2, p.239-45. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n2/pt_17.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2015.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO. Associação Médica Brasileira. **Paralisia Cerebral – Membros Superiores: Reabilitação**. Elaborado por: Arakaki VC et al. In: Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira. 2012a. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br>>. Acesso em: 15 fev.2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO. Associação Médica Brasileira. **Traumatismo Cranioencefálico: Reabilitação**. Elaborado por: Almeida TLT et al. In: Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira. 2012b. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br>>. Acesso em: 15 fev.2014.
- ASSUNÇÃO, Raquel S.; MATOS, Paula M. Perspectivas dos adolescentes sobre o uso do facebook: um estudo qualitativo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 3, p. 539-547, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v19n3/a18v19n3.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2014.
- BARBOSA FILHO, Valter C.; CAMPOS, Wagner; LOPES, Altair S. Prevalence of alcohol and tobacco use among Brazilian adolescents: a systematic review. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.5, p. 901-17, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 fev.2014.
- BARBOSA, Maria A.M; BALIEIRO, Maria M.F.G; PETTENGILL, Myriam A.M. Cuidados Centrados na Família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n.1, p.194-99, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: 70 ed, 2011.
- BARTHOLOMEU, Daniel; SISTO, Fermino F.; RUEDA, Fabian J.M. Dificuldades de aprendizagem na escrita e características emocionais de crianças. **Revista psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 139-46, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 fev. 2014.
- BATTISTEL, Amara L.H.T. Deficiência Física. In: SILUK, Ana C.P. (Org.). **Atendimento educacional Especializado**. Contribuições para a prática Pedagógica. Ministério da Educação-Brasil, Santa Maria/RS, 2012.
- BEE, Helen; BOYD, Denise. **A criança em desenvolvimento**. Trad. Cristina Monteiro. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- BEYER, Hugo. O. **Inclusão e avaliação na escola**: de alunos com necessidades educacionais especiais. Porto Alegre: Mediação, 2005.
- BERGAMASCHI, Alessandra M.T.; FARIAS, Tereza C.C.; SANTOS, Carlos A. Perfil dos Pacientes Portadores de Mielomeningocele na Cidade de Mogi das Cruzes. **Revista de Neurociências**; in press, 2012. Disponível em: <<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2003/original%2020%2003/644%20original.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2014.
- BOBATH, Berta; BOBATH, Karel. **Desenvolvimento motor nos diferentes tipos de paralisia cerebral**. São Paulo: Manole, 1989.
- BISSOTO, Maria L. Educação Inclusiva e exclusão social. **Revista de Educação Especial**, Santa Maria, v.26, n.45, p.91-108. 2013. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/>>. Acesso em: 15 jan.2014.
- BONI, Valdete; QUARESMA, Silvia 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/view/18027>>. Acesso em: 10 fev.2014.
- BRAGA, Patrícia D; MOLINA, Maria C.B.; FIGUEIREDO, Túlio A.M. de. Representações do corpo: com a palavra um grupo de adolescentes de classes populares. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, p. 87-95, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000100014&script...>. Acesso em: 15 jan. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 8º **Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília-DF, 1986. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf>. Acesso em: 03 fev.2014.
- BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil**. Senado Federal, Brasília-DF, 1988. Disponível em: Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 03 maio 2013.

BRASIL. Lei nº 7853 de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, Institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 24 de out. 1989. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cieh/doc/lei_7853_89.pdf>. Acesso em: 03 maio 2013.

BRASIL. **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990**. Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Legislativo, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 03 maio 2013.

BRASIL. **Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência**. Regulamenta a Lei nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 dez.1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: 03 maio 2013.

BRASIL. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 20 dez.1996. Disponível em: <http://wwwbd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/2762/ldb_5ed.pdf>. Acesso em: 03 maio 2013.

BRASIL. Lei Nº 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**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 19 dez. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm>. Acesso em: 03 maio 2013.

BRASIL. **Decreto nº5.296 de 2 de dezembro de 2004**. Regulamenta as Leis nºs 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.2004a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm>. Acesso em: 18 out. 2014.

BRASIL. **NBR 9050**: acessibilidade e edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Associação Brasileira de Normas Técnicas. 2. ed, ABNT, Brasília, DF, 2004b. Disponível em:<<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/>>. Acesso em: 10 fev.2014.

BRASIL. Ministério da Educação. **Plano de Desenvolvimento da Educação: razões, princípios e programas. PDE.** Brasília, DF, 2007a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/livro/livro.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2013.

BRASIL. **Portaria Normativa Interministerial N° 18**, de 24 de abril de 2007. Diário Oficial da União, Seção 1- N° 80, quinta-feira, 26 de abril de 2007. 2007b. Disponível em: <<http://bpcnaescola.mec.gov.br/site/html/programa.html>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva.** Brasília, DF, MEC/SEESP, 2008. Disponível em: <<http://www.portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeduc ESPECIAL.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CEB nº 4/2009.** Diretrizes Operacionais do Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. 2009a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf>. Acesso em: 12 fev.2014.

BRASIL. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Comitê de Ajudas Técnicas. **Tecnologia Assistiva.** Brasília: CORDE, 2009b. Disponível em:<<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/>>. Acesso em: 03 fev. 2014.

BRASIL, Ministério da Educação. **BPC na Escola.** Documento Orientador. Brasília: DF. 2009c. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12291:programa-de-acompanhamento-e-monitoramento-do-acesso-dos-beneficiarios-do-beneficio-de-prestacao-continuada-da-assistencia-social-bpc-na-escola&catid=262:programa-de-acompanhamento>. Acesso em: 05 fev. 2015.

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009.** Brasília-DF: 2010a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_enca/defaulttabpdf_brasil.shtm>. Acesso em: 10 out.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Série E. Legislação em Saúde, Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual2.pdf>>. Acesso em: 03 fev.2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio 2011.** Rio de Janeiro. 2012a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011>>. Acesso em: 03 fev.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa. **Resolução n 466**, 12 dez. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério do planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar 2012**. Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 03 fev. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**. Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000015471711102013171529343967.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

BRASIL, Ministério da Educação. **Educação Especial**. Publicações. 2013. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=17009&Itemid=913.est%C3%A1>. Acesso em 25 jan. 2015.

BRASIL, Ministério da Educação. **Censo Escolar da Educação Básica 2014**. Caderno de Instruções. Brasília: INEP, 2014. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/basica-censo>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

BRIDI, F.R.S.; MEIRELLES, M.C.B. Atos de Ler a Educação Especial na Educação Infantil: reordenações políticas e os serviços educacionais especializados. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 745-69, 2014. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/edu_realidade>. Acesso em: 13 nov. 2014.

CALVINO, Italo. **Palomar**. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

CAMPOS, Josiane R.; DEL PRETTE, Almir; DEL PRETTE, Zilda A.P. Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sócio demográficas como fatores de risco/proteção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro v. 14 n. 2 p. 408-28, 2014. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/download/.../9853>>. Acesso em: 03 dez. 2014.

CANDAU, Vera. M. **Oficinas Pedagógicas de Direitos Humanos**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

CARDOSO, Vanessa; REIS, Ana P.; IERVOLINO, Solange A. Escolas promotoras de saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 18, n. 2, p.107-15, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/>>. Acesso em: 01 fev.2014.

CARDOSO, Renato; AJZEN, Sérgio; SANTOS, Karina C.P. Características cranianas, faciais e dentárias em indivíduos acondroplásicos. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**, v. 27, n.2, p.171-5, 2009. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

CARLOTTO, Mary S. Síndrome de Burnout em Professores: Prevalência e Fatores Associados. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27 n. 4, p. 403-410, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v27n4/03.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

CARNEIRO, Isabel M. et al. Estudo de caso do processo ensino-aprendizagem na disciplina de introdução a programação no IFCE campus Maracanaú. **Anais. XVI ENDIPE - Encontro Nacional de Didática e Práticas de Ensino**, UNICAMP, Campinas, 2012. Disponível em: <<http://www.infoteca.inf.br/>>. Acesso em: 13 mar. 2014.

CARVALHO, Rosita E. **Removendo barreiras para a aprendizagem: educação inclusiva**. 8.ed. Porto Alegre: Mediação, 2009.

CARVALHO, Renato G.; NOVO, Rosa F. Características da personalidade e relacionamento interpessoal na adolescência. **Avaliação Psicológica**, v.12, n.1, p: 27-36, 2013. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-04712013000100005&script=sci_abstract&lng=es>. Acesso em: 10 jan. 2015.

CASTRO, Shamy S. et al. Deficiência visual, auditiva e física: prevalência e fatores associados em estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.8, p. 1773-1782, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/06.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

CICONELLI, Rosana M. et al. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário de avaliação de qualidade de vida SF36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.39, n.3, 1999.

CHRISTOFARI, Ana C; BAPTISTA, Claudio R. Avaliação da aprendizagem: práticas e alternativas para a inclusão escolar. **Revista de Educação Especial**, Santa Maria, v.25, n.34, p. 383-398, 2012. Disponível em:<<http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial>>. Acesso em: 15 mar. 2013.

CRAHAY, Marcel. **Poderá a escola ser justa e eficaz?** Da igualdade das oportunidades à igualdade dos conhecimentos. Trad. de Vasco Farinha. Lisboa: Instituto Piaget, 2002.

CORREIA, Luis M.; TONINI, Andrea. Avaliar para intervir: um modelo educacional para alunos com necessidades especiais. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v.25, n.44, p.367-82 2012. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/educacaoespecial/article/view/6534/pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

CORTELLA, Mário S. Não se desespere! **Programa Arena Livre**. 2013. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=AFIF0clM3H8>>. Acesso em 25 out. 2014.

COSTA, Maria C.O. et al. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.5, p.1129-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n5/04.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

COSTA, Christina S.C. et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.15, n.2, p.516-22, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15635>>. Acesso em: 18 out. 2014.

CURY, Carlos R.J. **Educação e contradição**: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em Ciências Sociais**. 3. ed. Rev. e Ampl. São Paulo: Atlas, 2010.

DIAMENT, Aron; CYPEL, Saul; REED, Ubertina C. **Neurologia Infantil**. 5. ed. v. 1, 2. São Paulo: Atheneu, 2010.

DURCE, Karina, et al. A atuação da fisioterapia na inclusão de crianças deficientes físicas em escolar regulares: uma revisão da literatura. **O mundo da Saúde**, São Paulo, v. 30, n 1, p.156-59, 2006. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br/CGI-bin/wxislind.exe/iah/online/?...>> Acesso em: 03 mar. 2013.

FANTE, Cléo; PEDRA, José A. **Bullying escolar**: perguntas e respostas. Porto Alegre: Artmed, 2008, p.142.

FERNANDEZ, Alicia. **Os idiomas do aprendente**: análise das modalidades ensinantes com famílias, escolas e meios de comunicação. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FERREIRA, Débora, et al. Isolamento social e sentimento de solidão em jovens adolescentes. **Análise Psicológica**, v. 2, n. 31, p.117-27, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870...script=sci..>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

FRANTZ, Walter. Educação e cooperação: práticas que se relacionam. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, n. 6, 2001. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/sociologias/article/viewArticle/5772>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, Soraia N.; PAVÃO, Sílvia M.O. Professor da educação inclusiva: reflexões a partir de uma abordagem curricular compreensiva. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 25, n. 43, p. 277-90, 2012. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial>>. Acesso em: 06 jan.2015.

FROIS, Érica; MOREIRA, Jacqueline; STENGEL, Márcia. Mídias e a imagem corporal na adolescência: o corpo em discussão. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 16, n. 1, p. 71-7, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n1/a09v16n1.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2014.

GABRIELLI, Ana P.T. et al. Análise laboratorial de marcha na mielomeningocele de nível lombar baixo e instabilidade unilateral de quadril. **Revista Acta Ortopédica**, v.12, n.2, p.91-98, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 25 fev.2014.

GAMBOA, Silvio S. **Pesquisa em Educação métodos e epistemologias**. 2. ed. Chapecó: Argos. 2012.

GASPAROTO, Mariana C; ALPINO, Ângela .M.S. Avaliação da acessibilidade domiciliar de crianças com deficiência física. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.18, n.2, p.337-54, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 25 fev.2014.

GLAT, Rosana; NOGUEIRA, Mário L.L. Políticas Educacionais e a Formação de Professores para a Educação Inclusiva no Brasil. **Comunicações: Caderno do Programa de Pós-Graduação em Educação**. v. 10, nº 1, 2003. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistasunimep/index.php/comunicacao/article/viewArticle/1647>>. Acesso em: 25 jan. 2014.

GIL, Antônio C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERREIRO, Elaine M.B.R. A acessibilidade e a educação: um direito constitucional como base para um direito social da pessoa com deficiência. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 25, n. 43, p. 217-32, 2012. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial>>. Acesso em: 18 dez. 2014.

GUYTON, Arthur C; HALL, John E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

Human diseases and conditions. Spinal Cord showing regions (cervical, thoracic, lumbar) and nerves; hemiplegia; paraplegia; and quadriplegia. Disponível em: <<https://www.humanillnesses.com>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

JANNUZZI, Gilberta M. **A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI**. Campinas, SP: Autores Associados, 2004.

KAUFFMANN, James M. HALLAHANN, DANIEL P. **The inclusion full inclusion: a comprehensive critique of a Current Special Education Bandwagon**. 2 ed. Pro-ed. An International Publisher. 2012.

LAY-SON, Guillermo. Tópicos sobre displasias óseas. **Madwave Revista Biomédica**. Santiago do Chile, Año XII, N. 2, Febrero 2012. Disponível em: <<http://www.medwave.cl/>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

MALTA, Deborah C. et al. Bullying em escolares brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 17, Suple.1, p. 92-105, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000500092&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 jan. 2015.

MANONNI, Maud. **A criança retardada e a mãe**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

MARCONI, Marina A.; LAKATOS, Eva M. **Metodologia do Trabalho Científico**: Procedimentos básicos; Pesquisa bibliográfica, projeto e relatório; Publicações e trabalhos científicos. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2009, p.225.

MAZZOTTA, Marcos J.S. **Trabalho docente e formação de professores de educação especial**. São Paulo: EPU, 1993.

MAZZOTTA, Marcos J.S; D'ANTINO, Maria E.F. Inclusão Social de Pessoas com Deficiências e Necessidades Especiais: cultura, educação e lazer. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.2, p.377-89, 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 15 mar. 2014.

MARQUES, Luciana P. et al. Analisando as pesquisas em Educação Especial no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Especial, Marília**, v.14, n.2, p. 251-72, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382008000200008&script=sci_arttext>. Acesso em 24 set. 2013.

MEIRA, Marisa E.M. Para uma crítica da medicalização na educação. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v.16, n. 1, p. 135-42, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

MELO, Francisco R.L.V; PEREIRA, Ana P.M. Inclusão escolar do aluno com deficiência física: visão dos professores acerca da colaboração do fisioterapeuta. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 19, n. 1, p. 93-106. 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 jan.2014.

MELO, Francisco R.L.V; FERREIRA, Caline C.A. O cuidar do aluno com deficiência física na educação infantil sob a ótica das professoras. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.15, n.1, p.121-140, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 10 jan.2014.

MENEZES, Lais P. **A sociogênese do bullying em pessoas com necessidades educacionais especiais**. (Monografia) Graduação em Pedagogia. Faculdade de Educação, Universidade de Brasília, 2011. Disponível em: <http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/2298/1/2011_LaisPinheirodeMenezes.pdf>. Acesso em: 25 jan.2014.

MINAYO, Maria C.S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. SP: HUCITEC/ RJ: ABRASCO, 1993

MINAYO, Maria C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MOURA, Danilo R; CRUZ, Ana C.N; QUEVEDO, Luciana A. Prevalence and characteristics of school age bullying victims. **Jornal de Pediatria**, v. 87, n.1, p. 19-23, 2011. Disponível em:<<http://www.jped.com.br>>. Acesso em: 12 fev. 2014.

MOREIRA, Rafaela S.; MAGALHÃES, Livia C.; ALVES, Claudia R.L. Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 90, n.2, p. 119-34, 2014. Disponível em:

<<http://jped.elsevier.es/pt/buscador/?txtBuscador=prematuro>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

KOSICK, Karel. **A dialética do concreto**. 2.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2010.

KUSSUKI, Mari O. M; JOAO, Silvia M. A; CUNHA, Ana C. P. Caracterização postural da coluna de crianças obesas de 7 a 10 anos. **Revista Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 77-84, 2007. Disponível em: <<http://www.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?...p>>. Acesso em: 03 mar. 2013.

OLIVEIRA, Ivone M. **Preconceito e autoconceito**: identidade e interação na sala de aula. 3 ed. São Paulo: Papirus, 2004, p. 119.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Carta de Ottawa para a promoção de saúde**. Versão portuguesa “ Uma Conferência Internacional para a Promoção de Saúde com vista a uma nova Saúde Pública. Ottawa, Canadá, p. 17-21, 1986. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

OCKÉ-REIS, Carlos O. **A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo sus?** Série Seguridade Social. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Economia Aplicada (IPEA), 2009.

PASSOS, Michele D. et al. Representações sociais do corpo: um estudo com adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.12, p.2383-93, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a04.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

PENHA, Patrícia J; JOÃO, Silvia M.A ; CASAROTTO, Raquel A.; Postural assessment of girls between 7 and 10 years of age. **Revista Clinics**, v. 60, n. 1, p. 9-16. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/clin/v60n1/23100.pdf>>. Acesso: 03 maio 2013.

PEREIRA, Beatriz O. et al. **Bullying escolar**: Programas de Intervenção Preventiva. In: GISI, Maria Lourdes; ENS, Romilda Teodora (Orgs). **Bullying nas escolas: Estratégias de prevenção e formação de professores**. Ijuí: Ed. Unijui, 2011, p.208.

PINTOR, Nelma A.M; LIERENA Jr, Juan C; COSTA, Valdelúcia A. Educação e saúde: um diálogo necessário às políticas de atenção integral para pessoas com deficiência. **Revista de Educação Especial**, Santa Maria, v. 25, n. 43. p.203-216. 2012. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial>>. Acesso em: 03 maio 2013.

PRADO, Adriana R.A.; DURAN, Mônica G. **Acessibilidade nos Estabelecimentos de Ensino**. In: BRASIL, Ensaio Pedagógico: Educação Inclusiva direito a diversidade. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2006.

POLITO, Alexandre. Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos. 2004.

PONDÉ, Milena P; CAROSO, Carlos. O lazer como fator de proteção da saúde mental. **Revista Ciências Médicas**, Campinas, v.12, n.2, p. 163-172, 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/>. Acesso em: 10 já. 2015.

RÉZIO, Geovana S.; CUNHA, Jackeline O.V.; FORMIGA, Cibelle K. M.R. Estudo da Independência Funcional, Motricidade e Inserção Escolar de Crianças Com Paralisia Cerebral. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 18, n. 4, p. 601-614, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbee/v18n4/a05v18n4>>. Acesso em: 25 nov. 2014.

RIBEIRO, Rosana; CACCIAMALI, Maria C. Impactos do Programa Bolsa-Família Sobre os Indicadores Educacionais. **Revista Economia**. Brasília, v.13, n.2, p.415–446, 2012. Disponível em: <http://www.anpec.org.br/revista/vol13/vol13n2p415_446.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2014

ROCHA, Aíla N.D.C; DELIBERATO, Debora. Tecnologia assistiva para a criança com paralisia cerebral na escola: identificação das necessidades. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.18, n.1, p. 71-92, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 08 fev. 2014.

SÁ, Daniel G.F. et al. Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. **Revista Psicologia Teoria e Pesquisa**, v.26, n.4, p.643-652. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 08 fev. 2014.

SANTA MARIA, **Lei Municipal 3.326** de 04 de junho de 1991. Dispõe sobre o Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Municipais e dá outras providências. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/docs/leis/lm_3326_regime_juridico_unico.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2015.

SANTOS, Camila I. et al. Ocorrência de desvios posturais em escolares do ensino público fundamental de Jaguariúna. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 74-80, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>> Acesso em: 03 dez. 2013.

SANTOS, Elisabete B.; BEVILACQUA, Paula D. Integralidade e humanização: experiências locais de atenção à saúde. **Revista da APS**, v.15, n.2, p.220-26, 2012. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=676104&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

SANTOS, Patrícia L; GRAMINHA, Sônia S.V. Problemas emocionais e comportamentais associados ao baixo rendimento acadêmico. **Revista Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 11, nº 1, p.101-109, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 08 fev. 2014.

SALVARI, Lucia F.C; DIAS, Cristina M.S.B, Os problemas de aprendizagem e o papel da família: uma análise a partir da clínica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 23, n.3, p. 251-259, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 08 fev. 2014.

SHIRMER, Carolina R. et al. **Formação Continuada a Distância de Professores para o Atendimento Educacional Especializado**. Deficiência Física. Brasil, Ministério da Educação (Org.), SEESP / SEED / MEC, 2007. Disponível em:<<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

SILVA, Maria Abádia . **Intervenção e Consentimento: a política educacional do Banco Mundial**. Campinas: Autores Associados, 2002.

SILVA, Maria Elena N. da. **Formação e saberes: os desafios da docência na educação especial**. 2014. 98f. Dissertação (Mestrado em Educação nas Ciências)- Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2014.

SILVA, Luciene M. O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência. **Revista Brasileira de Educação** v. 11 n. 33, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782006000300004&script...>>. Acesso em: 6 já. 2015.

SPILLANE, John. **Exame Neurológico na Prática Clínica de Bickerstaff**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

TAGLIARI, Carina; TRES, Francesca; OLIVEIRA, Sheila G. Análise da acessibilidade dos portadores de deficiência física nas escolas da rede pública de Passo Fundo e o papel do fisioterapeuta no ambiente escolar. **Revista Neurociências**, v. 14, n.1, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 03 dez. 2013.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WADA Alexandre; NETO Nuberto T.; FERREIRA Marcos C. Úlceras por pressão. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 89, n. ¾, p. 170-7, 2010. Disponível em: <http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Medicina/100.pdf>. Acesso em: 16 já. 2015.

WASELFISZ, Julio J. **Mapa da Violência 2012: crianças e adolescente do Brasil**. Rio de Janeiro: FLACSO Brasil. 2012. Disponível em:<<http://www.mapadaviolencia.org.br/>>. Acesso em: 15 mai.2014.

UNESCO. **Declaração Mundial de Educação para Todos: satisfação das necessidades básicas de aprendizagem**. Jomtien, 1990. Disponível em: <unesdoc.unesco.org/images/0008/000862/086291por.pdf>. Acesso em: 03 maio 2013.

UNESCO. **Declaração de Salamanca**. 1994. Disponível em: <portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>. Acesso em: 10 de agosto de 2013.

UIPES. União Internacional de promoção da Saúde e Educação para a Saúde. **Diagnóstico das ações de educação em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 1998. Disponível em: <<http://openlink.br.inter.net/vllima.orla/diagno.htm>>. Acesso em: 21 jan.

ZUANETTI, Patrícia A; FUKUDA, Marisa T.H. Aspectos perinatais, cognitivos e sociais e suas relações com as dificuldades de aprendizagem. **Revista CEFAC**, v. 14, n.6, p. 1047-56, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 13 nov. 2013.

ZANON, Marcia A.; BATISTA, Nildo A.. Qualidade de vida e grau de ansiedade e depressão em cuidadores de crianças com paralisia cerebral. **Revista Paulistana de Pediatria**, v.30, n.3, p.392-6, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n3/13.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2014.

UNICEF, Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Homicídios na adolescência no Brasil- IHA 2009-2010**. Org: MELO, Doriam L.B., CANO Ignácio , Observatório de Favelas: Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_indiceha10.pdf>. Acesso em: 25 jan.2014.

ANEXOS

Anexo A - Ofício de autorização da pesquisa pela Secretaria de Município de Educação



Santa Maria, 07 de fevereiro de 2014.

OF. Nº. 0043 /14

Senhor(a) Diretor(a):


A Secretaria de Município de Educação vem firmando parcerias com as Instituições de Ensino Superior (IES) e uma dessas Instituições é a Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. A principal atividade que se efetiva a parceria é através de ações voltadas à Pesquisa que vem mostrando as possibilidades de uma articulação cada vez maior da Universidade com a Comunidade.

Neste sentido, autoriza-se a mestranda Morgana Christmann, a desenvolver a Pesquisa: **“A DEFICIENCIA FÍSICA E O PROCESSO DE INCLUSÃO NO ENSINO REGULAR: JUSTAPOSIÇÕES DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E APRENDIZAGEM”**, sob orientação da professora Dr^a. Silvia Maria de Oliveira Pavão. A pesquisa visa analisar, como ocorre o processo de inclusão do aluno com deficiência física na escola regular, com vistas a contribuir na inclusão destes estudantes considerando sua saúde e deficiência.

Salienta-se que o referido projeto só poderá ser executado a partir da aprovação pelo Comitê de Ética desta Faculdade.

Sendo o que tínhamos para o momento.

Atenciosamente,




Professora Silvana Costabeber Guerino
Secretária Interina de Município da Educação
Portaria 1254/2013

Comitê de Ética em Pesquisa
Av. Roraima, nº 1000 –
Cidade Universitária
Camobi - Santa Maria/RS

ap/ped

Rua Venâncio Aires , nº 2277 – CEP: 97.010-570 – Telefone: 55 39217253
educação@santamaria.rs.gov.br

Anexo B - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM

| | | |
|---|--|---|
|  | UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA- PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E |  |
|---|--|---|

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DEFICIÊNCIA FÍSICA E O PROCESSO DE INCLUSÃO

Pesquisador: Sílvia Maria de Oliveira Pavão

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 28146014.9.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/Pró - Reitoria de Pós-Graduação

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 686.782

Data da Relatoria: 23/05/2014

Apresentação do Projeto:

Neste Projeto de Pesquisa pretende-se analisar como está a inclusão das pessoas com Deficiência Física (DF) matriculadas na rede regular de ensino, no município de Santa Maria/RS.

Do resumo:

Em virtude de mudanças nas legislações, advindas a partir das lutas pela igualdade de direitos, os deficientes, em especial aqueles com deficiência física, tema deste projeto, vem conquistando inúmeros espaços na sociedade, entre eles o direito e garantia a educação de qualidade. Entretanto, apesar das conquistas essas pessoas ainda encontram dificuldades em alguns setores da sociedade que não estão preparados para atender as necessidades específicas dos deficientes físicos e possibilitar sua plena autonomia. A escola por sua vez é um local que segundo propostas governamentais deve garantir que o deficiente físico, assim como as demais pessoas com necessidades especiais possam desenvolver habilidades e buscar autonomia e acesso igualitário, porém o aluno com deficiência física nem sempre consegue se desenvolver, devido a questões relacionadas a sua saúde e deficiência.

Hipóteses

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

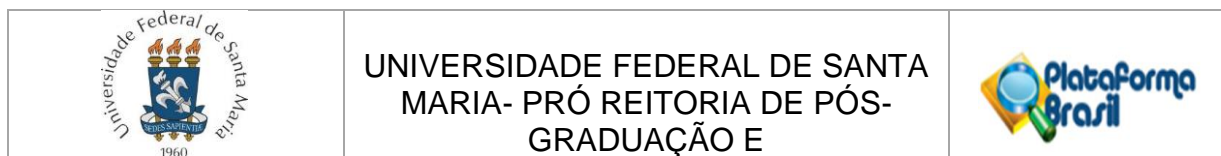
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 686.782

H1- Mesmo as crianças com DF não apresentando deficiência cognitiva, podem apresentar algum tipo de comprometimento na aprendizagem e desempenho, do ponto de vista do professor.

H2- O aluno com DF tem maiores dificuldades de acesso, o que interfere na frequência e permanência na escola devido as dificuldades de locomoção.

H3- Os problemas de saúde que estão envolvidos com a DF podem estar interferindo na aprendizagem, frequência e permanência da criança com DF na escola regular do ponto de vista dos pais e professores. Amostragem:

De acordo com o levantamento apresentado no projeto, há 20 alunos com DF matriculados nas Escolas Municipais de Ensino Fundamental de Santa Maria. A amostra pode sofrer variação.

A amostragem não probabilística será composta de alunos com deficiência física e seus pais, que estudam do 5º ao 9º ano, devidamente matriculados na rede Municipal de Ensino de Santa Maria-RS, e ainda, um professor de cada escola atuante com estes alunos. A pesquisa será desenvolvida por meio da abordagem quanti-qualitativa, do tipo exploratório de acordo com os pressupostos do método dialético crítico.

Desta forma os instrumentos utilizados serão:

- o Roteiro de Entrevista sobre Aprendizagem, acesso e estratégias de permanência do aluno DF na escola elaborada pela pesquisadora e aplicado a um professor/coordenador educacional, e
- o Questionário sobre Condições de saúde e aprendizado do aluno com DF, formado por perguntas abertas e fechadas, aplicado aos pais.

A análise dos dados qualitativos será realizada por meio da análise de conteúdo e os dados quantitativos por meio da média de frequência aritmética, sendo que estes servirão para dar maior visibilidade ao estudo e complementar os dados qualitativos.

Tamanho da Amostra no Brasil: 60. Alunos: 20. Professores: 20. Pais: 20.

PARECER: A metodologia proposta é adequada, e está em ordem.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Analisar, como ocorre o processo de inclusão do aluno com deficiência física na escola regular, com vistas a contribuir na inclusão destes estudantes considerando sua saúde e deficiência.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 686.782

Objetivos específicos: Analisar como se dá a aprendizagem e o desempenho do aluno e sua relação com as deficiências físicas apresentadas do ponto de vista dos pais e professores; Verificar a frequência e as estratégias de permanência utilizadas pelos professores do aluno com DF; Averiguar a situação de saúde dos alunos com DF matriculados na rede regular municipal de ensino.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: os riscos projetados para os participantes da pesquisa, estão relacionados a um constrangimento tanto dos pais quanto das crianças em virtude de situações que se relacionam a condições socioeconômicas, problemas familiares e a própria deficiência física e preconceito. Para os professores também pode haver este constrangimento já que envolve sua atuação profissional na escola, em relação a seus colegas, aos próprios pais e crianças e ainda em relação a suas crenças.

PARECER: Os riscos são mínimos, e foram bem descritos no projeto, embora não tenham sido adequadamente apresentados no TCLE.

Benefícios: os benefícios em participar da pesquisa estão relacionados a contribuição para a área de educação especial, no que tange a ampliação de pesquisas realizadas com esta população em especial, que possibilitará a reformulação ou formulação de novas estratégias para garantir a inclusão destes alunos no ensino regular e buscar alcançar os objetivos da educação inclusiva.

PARECER: Os benefícios são indiretos e foram bem descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Ver versão anterior do parecer.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em ordem.

Recomendações:

Atualizar o TCLE dirigido aos professores usando o TCLE dirigido aos pais como modelo.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

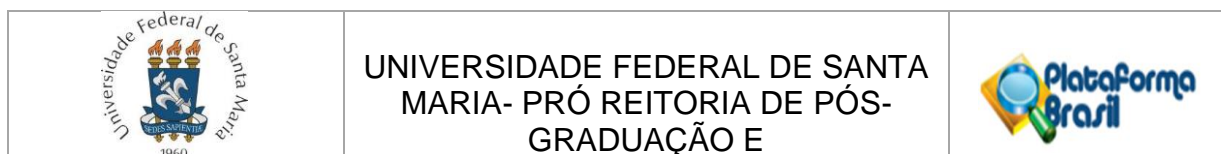
CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 686.782

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 13 de Junho de 2014.

**Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador)**

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Camobi

CEP: 97.105-970

UF: RS

Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICES

Universidade Federal de Santa Maria
Programa de Pós-graduação em Educação- Mestrado
Pesquisador Responsável: Dr. Sílvia Maria de Oliveira Pavão
Contato: silviamariapavao@gmail.com. Fone: 55- 3220 8023, Avenida Roraima, 1000, prédio 16, sala 3155,
Camobi, CEP: 97105-970 Santa Maria – RS.

Apêndice A - Termo de consentimento livre esclarecido (professores)

Título do projeto: A deficiência física e o processo de inclusão no ensino regular: justaposições das condições de saúde e aprendizagem.

Pesquisador (es) responsável (is): Dr. Sílvia Maria de Oliveira Pavão

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós – Graduação em Educação.

Telefone para contato: 55- 32208023

Local da coleta de dados: Escolas Municipais de Santa Maria-RS

Prezado (a) Senhor(a):

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Justificativas do estudo: O projeto de pesquisa que se propõe desenvolver surgiu a partir de inquietações como profissional da área da saúde, que pode contribuir nas mais diversas áreas do conhecimento, em prol de melhores condições de aprendizagem daqueles alunos que apresentam alguma deficiência. Entende-se que este projeto poderá contribuir com a ampliação de conhecimento a cerca da aprendizagem e saúde dos alunos com deficiência física, matriculados no ensino regular na rede municipal de ensino de Santa Maria. Assim como, são escassas as pesquisas realizadas com deficientes físicos e as implicações na aprendizagem e desempenho escolar.

Objetivo geral da pesquisa: Conhecer, como ocorre o processo de inclusão do aluno com deficiência física na escola regular, com vistas a contribuir na inclusão destes estudantes considerando sua saúde e deficiência.

Objetivos específicos: Analisar como se dá a aprendizagem e o desempenho do aluno e sua relação com as deficiências físicas apresentadas do ponto de vista dos pais e professores; Verificar a frequência e as estratégias de permanência utilizadas pelos professores do aluno com DF; Averiguar a situação de saúde dos alunos com DF matriculados na rede regular municipal de ensino;

Procedimentos do Estudo: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

Como será feita a pesquisa: A pesquisa será realizada com alunos deficientes físicos e seus pais, estudantes estes matriculados do 5° ao 9° ano em escolas da rede municipal de ensino de Santa Maria-RS assim como com um professor que atua com estes alunos em cada escola. As escolas foram escolhidas por meio de

levantamento junto a Secretaria de Educação do Município. Para a coleta de dados será realizada uma entrevista sobre as condições de aprendizagem, desempenho, frequência e permanência dos alunos na escola, com os professores e uma entrevista sobre as condições de saúde e aprendizagem dos alunos será realizada com os pais, e outra entrevista sobre condições de saúde e aprendizagem dos alunos, com as crianças. Com os dados coletados será realizada uma análise que possibilitará chegar às conclusões do estudo e elaborar a Dissertação de Mestrado. Os resultados serão expostos aos participantes da pesquisa por meio de um documento, e enviado aos participantes, escolas e Secretaria de Educação.

Gravação em áudio: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As fitas serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As fitas serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

Riscos: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Estima-se que os riscos projetados para os participantes da pesquisa (professores), podem estar relacionados a algum constrangimento já que envolve sua atuação profissional na escola, em relação a seus colegas, aos próprios pais e crianças e ainda em relação a suas crenças. Assim salienta-se que a pesquisadora estará atenta a estas possibilidades buscando sanar quaisquer dúvidas e contornar as situações que poderão surgir, com argumentos fundamentados nas teorias estudadas ao longo do estudo.

Benefícios: Sua entrevista contribuirá com a ampliação de conhecimentos a cerca de inclusão e saúde dos alunos com deficiência, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Os benefícios dos participantes em geral em participar da pesquisa estão relacionados a contribuição para a área de educação especial, no que tange a ampliação de pesquisas realizadas com esta população em especial, que possibilitará a reformulação ou formulação de novas estratégias para garantir a inclusão destes alunos no ensino regular e buscar alcançar os objetivos da educação inclusiva. Já os benefícios específicos projetados para os professores se relacionam a contribuição para o meio científico e social quanto a ampliação conhecimentos dos processos de saúde que envolvem a deficiência e suas consequência para a aprendizagem da criança, como forma de melhor direcionar a atuação com estas crianças;

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Neste termo e considerando-me livre e esclarecido (a), eu _____, consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos

resultados. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “A deficiência Física e o processo de inclusão no ensino regular: justaposições das condições de saúde e aprendizagem”. Eu discuti com o Dr. Sílvia Maria de Oliveira Pavão, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

O acadêmico do curso de Mestrado em Educação responsável por este estudo é Morgana Christmann (telefone para contato: 55-81066897), que está sendo desenvolvido sob a orientação da Professora Dr. Sílvia Maria de Oliveira Pavão (e-mail: silviamariapavao@gmail.com).

Data: ____/____/2014.

Assinatura do Pesquisador:_____.

Assinatura do Participante:_____.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009. E-mail: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

Universidade Federal de Santa Maria
Programa de Pós-graduação em Educação- Mestrado
Pesquisador Responsável: Dr. Sílvia Maria de Oliveira Pavão
Contato: silviamariapavao@gmail.com. Fone: 55- 3220 8023, Avenida Roraima, 1000, prédio 16, sala 3155,
Camobi, CEP: 97105-970 Santa Maria – RS.

Apêndice B - Termo de consentimento livre esclarecido (pais)

Título do projeto: A deficiência física e o processo de inclusão no ensino regular: justaposições das condições de saúde e aprendizagem.

Pesquisador (es) responsável (is): Dr. Sílvia Maria de Oliveira Pavão

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós – graduação em Educação.

Telefone para contato: 55- 32208023

Local da coleta de dados: Escolas Municipais de Santa Maria-RS

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Justificativas do estudo: O projeto de pesquisa que se propõe desenvolver surgiu a partir de inquietações como profissional da área da saúde, que pode contribuir nas mais diversas áreas do conhecimento, em prol de melhores condições de aprendizagem daqueles alunos que apresentam alguma deficiência. Entende-se que este projeto poderá contribuir com a ampliação de conhecimento a cerca da aprendizagem e saúde dos alunos com deficiência física matriculados no ensino regular na rede municipal de ensino de Santa Maria. Assim como são escassas as pesquisas realizadas com deficientes físicos e as implicações na aprendizagem e desempenho escolar.

Objetivo geral da pesquisa: Conhecer, como ocorre o processo de inclusão do aluno com deficiência física na escola regular, com vistas a contribuir na inclusão destes estudantes considerando sua saúde e deficiência.

Objetivos específicos: Analisar como se dá a aprendizagem e o desempenho do aluno e sua relação com as deficiências físicas apresentadas do ponto de vista dos pais e professores; Verificar a frequência e as estratégias de permanência utilizadas pelos professores do aluno com DF; Averiguar a situação de saúde dos alunos com DF matriculados na rede regular municipal de ensino;

Procedimentos do Estudo: Se você decidir integrar este estudo, você participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora, bem como utilizaremos seu trabalho final como parte do objeto de pesquisa.

Como será feita a pesquisa: A pesquisa será realizada com alunos deficientes físicos e seus pais, estudantes estes matriculados do 5º ao 9º ano em escolas da rede municipal de ensino de Santa Maria-RS assim como com um professor que atua com estes alunos em cada escola. As escolas foram escolhidas por meio de levantamento junto a Secretaria de Educação do Município. Para a coleta de dados será realizada uma entrevista sobre as condições de aprendizagem, desempenho, frequência e permanência dos alunos na escola, com os professores e uma entrevista sobre as condições de saúde e aprendizagem dos alunos será realizada com os pais, e outra entrevista sobre condições de saúde e aprendizagem dos alunos, com as crianças. Com os dados coletados será realizada uma análise que possibilitará chegar às conclusões do estudo e elaborar a Dissertação de Mestrado. Os resultados serão expostos aos participantes da pesquisa por meio de um documento, e enviado aos participantes, escolas e Secretaria de Educação.

Gravação em áudio: Todas as entrevistas serão gravadas em áudio. As fitas serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As fitas serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

Riscos: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

Estima-se que os riscos projetados para os participantes da pesquisa, podem estar relacionados a algum constrangimento que por ventura os pais possam sentir em virtude de situações que se relacionam a condições socioeconômicas, problemas familiares e a própria deficiência física e preconceito. Assim salienta-se que a pesquisadora estará atenta a estas possibilidades buscando sanar quaisquer dúvidas e contornar as situações que poderão surgir, com argumentos fundamentados nas teorias estudadas ao longo do estudo.

Benefícios: Sua entrevista contribuirá com a ampliação de conhecimentos a cerca de inclusão e saúde dos alunos com deficiência, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Os benefícios dos participantes em geral em participar da pesquisa estão relacionados a contribuição para a área de educação especial, no que tange a ampliação de pesquisas realizadas com esta população em especial, que possibilitará a reformulação ou formulação de novas estratégias para garantir a inclusão destes alunos no ensino regular e buscar alcançar os objetivos da educação inclusiva. Os benefícios aos pais e crianças estão relacionados também a contribuição em relação ao conhecimento da realidade de cada criança e a melhor maneira de direcionar o aprendizado da criança tanto na escola quanto em casa.

Sigilo. As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Neste termo e considerando-me livre e esclarecido (a), eu _____, consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando à autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “A deficiência Física e o processo de inclusão no ensino regular: justaposições das condições de saúde e aprendizagem”. Eu discuti com o Dr. Sílvia Maria de Oliveira Pavão, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

O acadêmico do curso de Mestrado em Educação responsável por este estudo é Morgana Christmann (telefone para contato: 55-81066897), que está sendo desenvolvido sob a orientação da Professora Dr. Sílvia Maria de Oliveira Pavão (e-mail: silviamariapavao@gmail.com).

Data: ____/____/2014

Assinatura do Pesquisador: _____.

Assinatura do Participante: _____.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009. E-mail: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep .

Apêndice C - Termo de assentimento (menores de idade-18 anos)

(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “A deficiência física e o processo de inclusão no ensino regular: justaposições das condições de saúde e aprendizagem” sob responsabilidade de Morgana Christmann e do orientador Professor Dr. Sílvia Maria de Oliveira Pavão cujo objetivo é: Conhecer, como ocorre o processo de inclusão do aluno com deficiência física na escola regular, com vistas a contribuir na inclusão destes estudantes considerando sua saúde e deficiência. E os objetivos específicos são: Analisar como se dá a aprendizagem e o desempenho do aluno e sua relação com as deficiências físicas apresentadas do ponto de vista dos pais e professores; Verificar a frequência escolar e as estratégias de permanência utilizadas pelos professores do aluno com deficiência física; Averiguar a situação de saúde dos alunos com deficiência física matriculados na rede regular municipal de ensino;

Para realização deste trabalho usaremos o(s) seguinte(s) método(s): Uma entrevista, que será gravada, será realizada com você. Esta entrevista abordará os seguintes temas relacionados à sua saúde e escola: deficiência, aprendizagem, relação saúde aprendizagem, deficiência e escola, aluno com deficiência e professor, aluno com deficiência e colegas.

Seu nome assim como todos os dados que lhe identifiquem serão mantidos sob sigilo absoluto, antes, durante e após o término do estudo.

Quanto aos riscos e desconfortos, esta pesquisa poderá lhe gerar algum desconforto psíquico, já que envolve assuntos relacionados a sua vida pessoal e as relações que estabelece com os outros, com a escola e consigo mesmo.

Quando abordados temas que por algum motivo te deixam incomodado e você não quiser falar sobre, lhe será assegurado este direito.

Caso você venha a sentir algo dentro desses padrões, comunique ao pesquisador para que sejam tomadas as devidas providências, interrompendo a entrevista ou passando para a próxima questão, resolvido em comum acordo entre você e o pesquisador.

Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa estão relacionados a:

- Você: Sua entrevista contribuirá com a ampliação de conhecimentos a cerca de inclusão e saúde dos alunos com deficiência, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto.

- Os benefícios de todos os participantes da pesquisa estão relacionados a contribuição para a área de educação especial, no que tange a ampliação de pesquisas realizadas com esta população, que possibilitará a reformulação ou formulação de novas estratégias para garantir a inclusão destes alunos no ensino regular.

- Os benefícios as crianças estão relacionados também a contribuição em relação ao conhecimento da realidade de cada criança e a melhor maneira de direcionar o aprendizado na escola;

No curso da pesquisa você tem os seguintes direitos:

- a) garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta;
- b) liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento, mesmo que seu pai ou responsável tenha consentido sua participação, sem prejuízo para si ou para seu tratamento (se for o caso);
- c) garantia de que caso haja algum dano a sua pessoa, os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável inclusive acompanhamento médico e hospitalar (se for o caso).

Caso haja gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pelo pesquisador, não havendo nenhum tipo de despesa financeira para você

Nos casos de dúvidas você deverá falar com seu responsável, para que ele procure os pesquisadores, a fim de resolver seu problema.

Os contatos da pesquisadora responsável e demais pesquisadores são:

Pesquisador Responsável: Dr. Sílvia Maria de Oliveira Pavão
Universidade Federal de Santa Maria.
Centro de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação
Avenida Roraima, 1000, prédio 16, sala 3155, Camobi, CEP: 97105-970,
Santa Maria – RS.
E-mail: silviamariapavao@gmail.com.
Telefone: (55) 32220-8023

Mestranda responsável: Morgana Christmann
Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação
Avenida Roraima, 1000, prédio 16, sala 3169, Camobi, CEP: 97105-970,
Santa Maria – RS.
E-mail: mchristmann2@yahoo.com.br
Telefone: (55) 81066897

Assentimento Livre e Esclarecido

Eu _____, após ter recebido todos os esclarecimentos e assinado o TCLE, confirmo que o (a) menor _____, recebeu todos os esclarecimentos necessários, e concorda em participar desta pesquisa. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do pesquisador.

Local, data: _____ - ____/____/____.

Assinatura do Pai/ Responsável

Assinatura do Pesquisador.

Apêndice D - Modelo do ofício de autorização da pesquisa enviado à Secretaria Municipal de Educação de Santa Maria.

Santa Maria, 6 de janeiro de 2014.

Prezado (a) Senhor (a)

Venho por meio deste, apresentar a vossa senhoria a acadêmica do Curso de Mestrado em Educação, da Universidade Federal de Santa Maria (RS), **Morgana Christmann**, autor (a) do projeto de pesquisa cujo título é: A deficiência física e o processo de inclusão no ensino regular: justaposições das condições de saúde e aprendizagem Esta pesquisa corresponde ao Projeto de Dissertação de Mestrado em Educação, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Educação. Para realização deste trabalho é necessária a aplicação de instrumentos de pesquisa para a coleta de dados. Solicito a autorização para realizar esta pesquisa. Anexo, encaminho o projeto.

Atenciosamente,



Prof^a. Dra. Sílvia Maria de Oliveira Pavão
Orientadora

Apêndice E - Termo de confidencialidade

Termo de compromisso do pesquisador para utilização de dados e preservação do material com informações sobre os sujeitos em arquivo. Título do projeto: **A deficiência física e o processo de inclusão no ensino regular: justaposições das condições de saúde e aprendizagem.**

Pesquisador responsável: Sílvia Maria de Oliveira Pavão

Demais pesquisadores: Morgana Christmann

Instituição de origem do pesquisador: UFSM

Área de Conhecimento: Educação

Curso: Mestrado em Educação

Telefone para contato: (55) 99786675

Local da Coleta de dados: Escolas Municipais de Santa Maria-RS

Registro na UFSM: 036349

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados por meio da realização de uma entrevista. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 3169, no Centro de Educação da UFSM por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Sr. (a) 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 da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria, _____ de _____ de 2014.



Sílvia Maria de Oliveira Pavão

CI: 1027764636

Apêndice F - Roteiro de entrevista direcionado aos professores

Dados:

Data: Escola: N° alunos com DF: Tipo de DF.
Os alunos com DF são atendidos pelo AEE?
Gênero, idade e Escolaridade do Professor entrevistado.

Aprendizagem:

1-Você considera que o aluno DF consegue desempenhar as atividades de ensino, que garanta sua aprendizagem no mesmo nível que os demais alunos? Explique.

2-Você precisa dispensar mais tempo com o aluno DF do que com os demais? Por quê?

3-Em geral, quais são as principais dificuldades encontradas pelos professores para trabalhar com os alunos com DF?

4-Excluindo as atividades de educação física, qual a disciplina que você considera que o aluno DF tem maior dificuldade? Isso é diferente em relação aos alunos sem deficiência? Por quê?

Socialização do Aluno:

1-Como se dá a interação aluno DF/professor e aluno DF/ colegas?

Estratégias de permanência:

1-Quais são as estratégias de permanência que a escola utiliza para manter o aluno DF frequentando as aulas?

2-Quais são as principais causas de falta e evasão escolar do aluno com DF?

3-Como a escola se posiciona, em termos de contato e atitudes em relação às faltas dos alunos com DF?

4- A escola tem condições de acessibilidade do seu ponto de vista?

Apêndice G - Roteiro de entrevista sobre condições de saúde do DF- pais

Idade:_____ Sexo _____

Série/Ano:_____ Tipo de Deficiência Física:_____.

Dados Socioeconômicos da família:

1-Quantos cômodos tem sua casa?

- 1.1() 4 cômodos (sala, cozinha (lavanderia), banheiro 1 quarto).
 - 1.2() 5 cômodos (sala, cozinha (lavanderia), banheiro 1 quarto e garagem).
 - 1.3() 5 cômodos (sala, cozinha (lavanderia), banheiro, 2 quartos).
 - 1.4() 6 cômodos (sala, cozinha (lavanderia), banheiro, 2 quartos e garagem).
 - 1.5() 6 cômodos (sala, cozinha (lavanderia), banheiro 3 quartos).
 - 1.6() 7 cômodos (sala, cozinha (lavanderia), banheiro 3 quartos e garagem).
 - 1.7() Mais de 7 cômodos. Especifique.
-

2-Quem são as pessoas que residem na sua casa? Assinale de acordo com a necessidade mais de uma resposta.

- 2.1()Pai.
- 2.2()Mãe.
- 2.3()Irmãos. Quantos?_____.
- 2.4()Tios. Quantos?_____.
- 2.5()Avós.
- 2.6()Outros. Quais?_____.

3-Qual a renda da família?

- 3.1() 1 salário mínimo (Base de cálculo: R\$ 678,00).
- 3.2() 2 a 3 salários mínimos.
- 3.3() 4 a 5 salários mínimos.
- 3.4() Mais de 5 salários mínimos.

4-Sua casa precisou de alguma adaptação para atender as necessidades de seu filho? Quais?

Para cada pergunta apenas uma resposta.

5-Seu filho nasceu com deficiência física (deficiência congênita) ou adquiriu mais tarde em virtude de algum acidente ou doença (deficiência adquirida)?

- 5.1() Deficiência congênita
- 5.2() Deficiência adquirida

6-De acordo com o médico do seu filho, qual a doença que ele tem?

- 6.1()Encefalopatia Crônica Não- progressiva (Paralisia Cerebral).
- 6.2()Distrofia Muscular de Duchenne.
- 6.3()Hidrocefalia.
- 6.4()Mielomeningocele- Espinha Bífida.
- 6.5()Miopatias congênitas.
- 6.6()Encefalopatias.
- 6.7()Malformações do Sistema Nervoso Central.
- 6.8()Ataxias espino-cerebelares.
- 6.9()Leucodistrofias.
- 6.10()Outro. Qual?_____.

7-Tipo de Deficiência Física:

- 7.1()Paraplegia (duas pernas ou dois braços com perda **total** de movimentos).
- 7.2()Paraparesia (pernas ou dois braços com perda **parcial** de movimentos).
- 7.3()Tetraplegia (4membros, pernas- braços com perda **total** de movimentos).
- 7.4()Tetraparesia (4 membros, pernas e braços, perda **parcial** de movimentos).
- 7.5()Problemas de Coluna.

8-Qual recurso seu filho utiliza para se movimentar:

- 8.1()Cadeira de Rodas.
- 8.2()Muletas.
- 8.3()Andador.
- 8.4()Órtese de Posicionamento (Botas de acrílico).

9-Seu filho tem necessidade de auxílio para as seguintes atividades:

Se necessário assinale mais de uma resposta correspondendo as reais necessidades do seu filho.

- 9.1()Alimentar-se.
- 9.2()Tomar banho, trocar de roupa:
 - 9.2.1() Ajuda parcial 9.2.2()Ajuda total
- 9.3()Ir ao banheiro.
- 9.4()Mudar de postura, sentado para em pé e vice-versa, mudar a posição no leito (cama) ou sofá.

10- Quem é a pessoa que passa mais tempo com seu filho e dispensa tempo em atividades de cuidados com ele?

- 10.1() Pai.
- 10.2() Mãe.
- 10.3() Irmão.
- 10.4()Outro. Qual?_____.

11- Seu filho já desenvolveu escaras (ulceras de decúbitos/ feridas)? Se sua resposta foi sim, em que locais do corpo?

12- Quanto seu filho pesa? Você busca controlar sua alimentação para evitar a obesidade? Como?

13- Seu filho já sofreu depressão? E alguém da família (pai, mãe, irmãos)?

14- Você possui plano de Saúde? Se a resposta for sim, qual?

15- Onde você procura atendimento médico para seu filho quando há alguma urgência?

16- Seu filho tem faltas regulares na escola? O que leva seu filho a não ir à aula?

17- Seu filho apresenta alguma doença que o impeça de ir à escola regularmente? Se a resposta for sim, qual?

18- Você julga que a escola supre as necessidades de aprendizado do seu filho, considerando a sua deficiência física? Justifique.

19- Seu filho tem muitos amigos? Ele se relaciona bem com outras crianças da mesma idade? Justifique.

20- Seu filho tem ou já teve problemas com colegas? Sofre, ou já sofreu bullying por ser deficiente físico? Relate.

Apêndice H - Roteiro de entrevista sobre condições de saúde e aprendizagem do aluno DF (crianças/ adolescentes)

Idade: _____ Gênero: _____ Data: __/__/____.

Série/Ano: _____ Tipo de DFM: _____

- 1) Você se sente excluído por ter uma deficiência?
- 2) Você tem muitos amigos? Como é a sua relação com seus colegas?
- 3) Você fica triste, bravo, chora, briga com frequência?
- 4) Se sua resposta for sim, quem são as pessoas que mais lhe deixam triste e por quê?
- 5) Você se preocupa com seu corpo? Por quê?
- 6) Você necessita de auxílio para se movimentar, ir ao banheiro entre outras atividades? Se sim, quem lhe ajuda? E na escola, alguém lhe ajuda?
- 7) Você fica doente com frequência? Por quê?
- 8) Você considera que a sua saúde interfere na participação em aula e aprendizagem?
- 9) Você encontra algum tipo de dificuldade de aprendizagem considerando a sua deficiência?
- 10) Você já sofreu *bullying* em função da sua deficiência? Comente alguma situação que lhe deixou triste, incomodado.

Apêndice I - Tabela de frequência dos alunos - ano 2014.

Idade: _____ Gênero: _____ Data: __/__/__.

Série/Ano: _____ Tipo de deficiência física: _____.

Dias letivos: _____ Escola: _____.

| Aluno | AGO. | SET. | OUT. | NOV. | DEZ./ FÉRIAS | TOTAL POR ALUNO |
|--------------|------|------|------|------|-----------------|--------------------|
| A1 | | | | | | |
| A2 | | | | | | |
| A3 | | | | | | |
| A4 | | | | | | |
| A5 | | | | | | |
| A6 | | | | | | |
| A7 | | | | | | |
| A8 | | | | | | |
| A9 | | | | | | |
| A10 | | | | | | |
| A11 | | | | | | |
| A12 | | | | | | |
| A13 | | | | | | |
| A14 | | | | | | |
| A15 | | | | | | |
| A16 | | | | | | |
| A17 | | | | | | |
| A18 | | | | | | |
| A19 | | | | | | |
| A20 | | | | | | |
| A... | | | | | | |
| TOTAL MÊS | | | | | | |