

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

LÍVIA JOELMA ALMEIDA DE LIMA E SILVA

**POSSÍVEIS INFLUÊNCIAS DA INCLUSÃO ESCOLAR NA
REABILITAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA
DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL**

São Paulo
2007

LÍVIA JOELMA ALMEIDA DE LIMA E SILVA

**POSSÍVEIS INFLUÊNCIAS DA INCLUSÃO ESCOLAR NA
REABILITAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA
DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL**

Dissertação apresentada à Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento sob orientação do Prof. Dr. Marcos José da Silveira Mazzotta.

Linha de Pesquisa: Políticas e formas de atendimento: campos de atuação, programas, procedimentos, recursos e intervenções especializadas abrangendo, prioritariamente, os campos da educação, saúde, seguridade social e trabalho.

São Paulo
2007

S586p Silva, Livia Joelma Almeida de Lima e
Possíveis influências da inclusão escolar na reabilitação
fisioterapêutica de crianças com paralisia cerebral. / Livia
Joelma Almeida de Lima e Silva. – São Paulo, 2007.
92 p.; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Distúrbio do Desenvolvimento)
Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2007.

Orientação: Prof. Dr. Marcos José da Silveira Mazzotta

Bibliografia: p. 55-60

1. Fisioterapia. 2. Inclusão escolar. 3. Paralisia Cerebral.
4. Pessoa com deficiência. 5. Reabilitação. I. Título.

CDD: 615.82083

LÍVIA JOELMA ALMEIDA DE LIMA E SILVA

**POSSÍVEIS INFLUÊNCIAS DA INCLUSÃO ESCOLAR NA
REABILITAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA
DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL**

Dissertação apresentada à Universidade Presbiteriana Mackenzie, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos José da Silveira Mazzotta
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof^a Dr^a Silvana Blascovi Assis
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Prof^a Dr^a Shirley Silva
Prefeitura Municipal de Campinas

Dedico esta dissertação à minha mãe, a quem tudo devo...

Por todas as vezes que você me apoiou
 Por todas as verdades que você me fez ver
 Por toda alegria que você trouxe para minha vida
 Por todos os erros que você fez certo
 Por todos os sonhos que você fez tornarem-se reais
 Por todo amor que encontrei em você
 Eu serei eternamente grata
 Você foi uma das que me ajudou a me levantar
 Nunca me deixou cair
 Você foi uma das que me viu através de tudo isto

Você foi a minha força quando estava fraca
 Você foi minha voz quando não podia falar
 Você foi meus olhos quando não podia ver
 Você viu o melhor que estava em mim
 Me levantou quando não podia alcançar
 Você me deu fé porque você acreditou
 Eu sou tudo que sou porque você me amou

Você me deu asas e me fez voar
 Você tocou minha mão, eu toquei o céu
 Eu perdi minha fé, você me trouxe ela de volta
 Você disse que nenhuma estrela estava fora de alcance
 Eu tenho seu amor, eu tenho tudo
 Eu sou grata por esses dias que você me deu
 Talvez eu não saiba muito disso
 Mas eu sei que este muito é verdade
 Eu fui abençoada porque eu fui amada por você

Você esteve sempre aqui por mim
 O rigoroso inverno que me carregava
 Uma luz no escuro brilhando, seu amor entrando na minha vida
 Você tem sido minha inspiração
 Embora as mentiras, você era a verdade
 Meu mundo é o melhor lugar por sua causa
 (Versão de "Because you loved me" de Celine Dion)

Eu sou tudo que sou porque você me ama. Obrigada, Mãe!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela dádiva da vida, pela força de vontade e perseverança para enfrentar e superar os momentos de dificuldade.

À minha mãe, Lúcia, pelo apoio, dedicação e amor incondicional.

Ao meu pai, Joel, por acreditar no meu potencial e investir no meu futuro pessoal e profissional.

Ao amigo Élson pelos sábios conselhos.

Aos amigos e parentes de Salvador-BA que me apoiaram na decisão de mudar de estado e que sempre estiveram presentes mesmo à distância.

Aos novos amigos de São Paulo, que me acolheram e tornaram mais amena a mudança e os momentos de solidão.

Ao Prof. Dr. Marcos José da Silveira Mazzotta, pela orientação, paciência e ensinamentos.

Aos professores do Instituto Presbiteriano Mackenzie pelos ensinamentos e aos funcionários pela ajuda.

Ao Mackpesquisa pelo apoio.

À cidade de Salvador-BA.

À cidade de São Paulo-SP.

Sem sonhos a vida não tem brilho. Sem metas os sonhos não têm alicerces. Sem prioridades os sonhos não se tornam reais. Sonhe, trace metas, estabeleça prioridades e corra riscos para executar seus sonhos. Melhor é errar por tentar do que errar por omitir! Não tenha medo dos tropeços da jornada. Não se esqueça de que você, ainda que incompleto, foi o maior aventureiro da história.

Augusto Cury

RESUMO

SILVA, L. (2007). *Possíveis influências da inclusão escolar na reabilitação fisioterapêutica de crianças com paralisia cerebral*. Dissertação de Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento. SP: Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Trata-se de um estudo de caráter qualitativo cujo objetivo foi identificar e analisar criticamente possíveis influências da situação de inclusão escolar de crianças com paralisia cerebral (PC) no seu processo de habilitação/reabilitação fisioterapêutica. Foi realizada pesquisa teórica, bibliográfica e documental, e pesquisa de campo. Participaram do estudo 6 fisioterapeutas da cidade de Salvador-BA que atendiam crianças com paralisia cerebral entre 4 e 11 anos de idade e que freqüentavam escolas regulares. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas focalizando a visão do profissional acerca da possível relação existente entre reabilitação fisioterapêutica e a inclusão escolar dos seus pacientes. Comprovou-se que a inclusão escolar possui influências positivas consideráveis na reabilitação fisioterapêutica de crianças com paralisia cerebral. Ficou evidenciado que os fisioterapeutas consideram a inclusão escolar um processo relevante e reconhecem os benefícios que o ambiente escolar comum e a convivência com crianças sem deficiência podem trazer para as crianças com PC. Além disso, pôde-se constatar que o fato de o paciente com PC freqüentar escola regular influencia a elaboração e o desenvolvimento do plano de tratamento habilitador/reabilitador que o fisioterapeuta traçará para a criança.

Palavras-chave: Fisioterapia, inclusão escolar, paralisia cerebral, pessoa com deficiência, reabilitação.

ABSTRACT

SILVA, L. (2007). *Possíveis influências da inclusão escolar na reabilitação fisioterapêutica de crianças com paralisia cerebral*. Dissertação de Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento. SP: Universidade Presbiteriana Mackenzie.

This qualitative research aimed to identify and critically analyze possible influences of school inclusion of cerebral palsy (CP) children in their process of physiotherapeutic habilitation/rehabilitation. A theoretical, bibliographic and documentary, as well as field research was conducted. 6 physiotherapists from the city of Salvador-BA whose patients were cerebral palsy children, aged from 4 to 11 years, who frequented regular schools participated in the study. Semi-structured interviews were done, focusing the professional's vision of probable relations between physiotherapeutic rehabilitation and school inclusion of their patients. It was confirmed that school inclusion process has considerable positive influences on physiotherapeutic rehabilitation of cerebral palsy children. It was shown that physiotherapists consider school inclusion an important process and admit the benefits that regular school environment and the relationship with non-disabled children can bring for CP children. Moreover, it could be evidenced the fact that CP patient attendance to regular school influences the elaboration and the development of habilitation/rehabilitation treatment plan that the physiotherapist will outline for the child.

Keywords: Physiotherapy, school inclusion, cerebral palsy, person with disabilities, rehabilitation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Informações preliminares.....	33
Quadro 2	Comportamento da criança de forma geral e durante as sessões de Fisioterapia...	34
Quadro 3	Processo de inclusão escolar e suas repercussões no atendimento fisioterapêutico.....	36
Quadro 4	Diferenças ocorridas no desempenho da criança com PC após inclusão escolar...	37
Quadro 5	Situações escolares que estimulam a recuperação física.....	38
Quadro 6	Repercussões no plano de tratamento.....	49
Quadro 7	Visitas às escolas por parte do fisioterapeuta.....	40
Quadro 8	Outras considerações sobre inclusão escolar.....	41

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	01
1.1	APRESENTAÇÃO.....	01
1.2	DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	02
1.3.	OBJETIVO.....	03
2	DEFICIÊNCIA, HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO.....	04
2.1	CONCEITO DE DEFICIÊNCIA.....	04
2.2	CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL.....	05
2.3	HABILITAÇÃO / REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	09
3	INCLUSÃO SOCIAL E ESCOLAR DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA.....	15
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	28
4.1	SUJEITOS.....	28
4.2	LOCAL.....	30
4.3	INSTRUMENTOS.....	30
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	32
5.1.	RESULTADOS.....	32
5.2	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	41
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
	REFERÊNCIAS.....	55
	ANEXOS.....	61
	APÊNDICES.....	63

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Desde a graduação tenho me interessado pela Fisioterapia Pediátrica, tendo esta se tornado a minha área de escolha para atuar profissionalmente.

A inclusão escolar de crianças com deficiência física surgiu em minha vida como tema do meu artigo de conclusão de curso de graduação em Fisioterapia. Abordei aspectos como a acessibilidade das crianças supracitadas e a interdisciplinaridade (fisioterapeuta - professor) neste processo inclusivo. Além disso, pesquisei sobre o conhecimento dos profissionais da educação acerca do processo escolar inclusivo.

Os dados coletados neste estudo de caráter qualitativo e descritivo evidenciaram alguns agentes limitadores do processo de inclusão escolar da criança com deficiência física, tais como: a escassa participação do fisioterapeuta no referido processo, o nível sócio-econômico dos familiares e das escolas e a falta de conhecimento dos educadores sobre a inclusão escolar propriamente dita e sobre a atuação do fisioterapeuta neste processo. Pude observar que esses fatores são mais acentuados no processo de inclusão escolar de crianças com deficiência física em tratamento numa clínica cujo atendimento é gratuito. Em conclusão, ficou claro que é preciso que o fisioterapeuta seja agente mais ativo neste processo inclusivo, atuando de maneira interdisciplinar com os profissionais da educação, com a finalidade de otimizar o processo de inclusão escolar e posterior socialização da criança com deficiência física.

Em razão disso, fiquei fascinada por este tema e tudo o que se relaciona com o mesmo, despertando em mim imenso interesse em aprofundar meu conhecimento sobre ele. Assim, surgiu o interesse pelo Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento e a idéia para esta nova pesquisa.

A proposição desta pesquisa se justifica pela escassez de estudos que abordem se a inclusão escolar de crianças com paralisia cerebral (PC) pode influenciar a obtenção de melhores resultados no processo de intervenção fisioterapêutica.

Acredito que ainda haja questões não esclarecidas a respeito deste tema, que necessitem fundamentação teórica e prática. Espero, assim, com esta nova produção científica poder contribuir para a melhoria da qualidade de vida das crianças com deficiências e suas famílias.

Como fisioterapeuta preocupada com a habilitação/reabilitação das crianças com deficiência entendo que os profissionais desta área devem estar atentos às possíveis barreiras ou limitações do ambiente social e físico e se engajar para saná-las da melhor forma possível, favorecendo, assim, o exercício do direito das crianças com deficiência à inclusão escolar e social.

1.2 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

Levando-se em consideração as várias abordagens acerca das pessoas com deficiência, o propósito desta pesquisa está centrado na problemática da reabilitação funcional de crianças com deficiência física, advinda da paralisia cerebral (PC), incluídas em escola regular. Deste modo, pretendeu-se esclarecer se a criança incluída em escola regular pode usufruir desta situação para obter melhores resultados durante seu tratamento fisioterapêutico.

Pressuponho que a vivência da criança em situações escolares comuns, nas quais ela se sinta incluída no grupo, tende a estimulá-la em busca de suas funções físicas, seja para brincadeiras ou a escolarização propriamente dita. Assim, a pretensão foi elucidar a evidência de maior interesse por parte da criança com deficiência física, decorrente da PC, em processo de inclusão escolar, na sessão de Fisioterapia, favorecendo, assim, sua reabilitação funcional.

O estudo foi calcado na experiência do profissional de Fisioterapia no atendimento de crianças com paralisia cerebral que freqüentam escolas regulares. Assim sendo, almejou-se ainda evidenciar o que os fisioterapeutas podem registrar como elementos indicativos do objetivo anteriormente citado.

É importante ressaltar que o foco deste estudo não foi abordar a reabilitação integral da criança com deficiência, e sim a sua reabilitação funcional, embora se saiba que a reabilitação fisioterapêutica não se restrinja apenas à função física.

1.3 OBJETIVO

Identificar e analisar criticamente possíveis influências da situação de inclusão escolar de crianças com paralisia cerebral no seu processo de habilitação/reabilitação fisioterapêutica.

2 DEFICIÊNCIA, HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO

2.1 CONCEITO DE DEFICIÊNCIA

Estima-se que no mundo haja mais de 500 milhões de pessoas com deficiências sensoriais, físicas e/ou mentais. Destas, 24.600.256 milhões se encontram no Brasil, de acordo com dados do IBGE, o que representa aproximadamente 14,5% da população brasileira, sendo que 48,07% das deficiências são visuais, 26,98% físicas, 16,68% auditivas e 8,26% são mentais. Os deficientes físicos totalizam 937.463 indivíduos, destes 98.974 são crianças com idade entre 0 e 14 anos (IBGE, 2000).

De acordo com o Manual de Classificação das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), documento aprovado pela Organização Mundial da Saúde, deficiência é considerada “qualquer perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica” (MAZZOTTA, 2002, p.19).

Outra definição para deficiência é contemplada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF): “deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como um desvio importante ou uma perda” (OMS, 2001, p.07).

As deficiências podem ser temporárias ou permanentes; progressivas, regressivas ou estáveis; intermitentes ou contínuas. O desvio em relação ao modelo baseado na população, e geralmente aceito como normal, pode ser leve ou grave e pode variar ao longo do tempo (OMS, 2001 p. 09).

Em cada época da história são utilizados termos para se referir às pessoas que têm deficiências, cujo significado seja compatível com os valores vigentes em cada sociedade. Desde o começo da história, inúmeros termos foram mencionados: inválidos, incapacitados, defeituosos,

deficientes, pessoas com necessidades especiais. Em 1990, surgiu a expressão pessoa com deficiência que passa a ser o termo preferido por um número cada vez maior de adeptos os quais não apreciam o termo portador de deficiência (SASSAKI, 2005).

De acordo com o decreto 3298/99, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, “a deficiência física ocorre quando há alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física [...]” (BRASIL, 1999).

2.2 CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL

Um dos agentes causadores da deficiência física é a paralisia cerebral (PC), patologia que é considerada um dos temas mais importantes da neuropediatria (NERY, 1983).

Um dos primeiros estudos sobre a PC foi o de Willian John Little em 1862 que mostrou alguns fatores que resultavam na afecção dos membros e que Little designou de “rigidez espástica dos membros do recém-nato” (NERY, 1983, p.3).

Posteriormente, Brissaud agrupou condições neurológicas infantis traduzidas em distúrbios motores, psíquicos e epilepsia. Brissaud nomeou tais condições de encefalopatias crônicas da infância, que seriam resultado de lesões no sistema nervoso em desenvolvimento. (NERY, 1983).

De acordo com Nery (1983), a expressão Paralisia Cerebral Infantil foi criada por Sigmund Freud em 1897 e posteriormente abreviada para Paralisia Cerebral, termo que é utilizado universalmente até os dias atuais. O termo “paralisia cerebral” foi generalizado por

Phelps para diferenciar esta patologia da paralisia infantil que é causada pelo vírus da poliomielite (INGRAM, 1964 apud DIAMENT, 1996).

A PC pode ser definida como uma lesão ou lesões no cérebro em desenvolvimento e possui caráter não progressivo. Essas lesões resultam em alteração de tônus e incoordenação da função motora e conseqüente dificuldade da criança em manter posturas e realizar movimentos normais (NERY, 1983; DUARTE, 1985; BOBATH, 1990; FINNIE, 2000).

A criança com paralisia cerebral apresenta atraso ou interrupção do desenvolvimento sensório-motor com mecanismo de reação postural insuficiente. Pode apresentar também reflexos de forma exarcebada em relação ao parâmetro normal e também fora do tempo normal. Os mais comuns são os reflexos tônicos que provocam, entre outras conseqüências, tônus postural anormal [...] (GUSMAN; TORRE, 2001, p.169).

Segundo Bobath (1990), a limitação de movimentos causada pela PC influencia de forma negativa o desenvolvimento da percepção corporal do bebê. A autora afirma que muitas vezes essa dificuldade de percepção pode ser erroneamente interpretada como um retardo mental.

Parece haver certa dificuldade em se chegar a um consenso sobre a idade limite da criança para que a lesão no seu sistema nervoso cause o quadro clínico típico da PC. Diament (1996, p. 782) relata que “este limite é variável, indo desde a vida pré-natal até a infância e a meninice”. Acerca de duas definições estudadas por esse autor, ele afirma que “uma, precisa, aos três anos de idade, e outra, imprecisa, primeira infância” (DIAMENT, 1996, p. 782).

Este mesmo autor assegura que “sabe-se, entretanto, que a maturação estrutural e funcional do sistema nervoso não pára na primeira infância e, muito menos, aos três anos de idade; há estruturas que só completam sua maturação aos 18 anos ou mais” (DIAMENT, 1996, p. 782).

No que diz respeito ao diagnóstico da PC, fazê-lo de forma muito precoce é complicado, pois é difícil diferenciar os padrões de comportamento motor primitivos, normalmente presentes até os 4 meses de idade, dos padrões anormais que são encontrados em todas as crianças com PC (BOBATH; BOBATH, 1989). Além disso, crianças muito jovens raramente mostram alguma anormalidade (DUARTE, 1985; BOBATH; BOBATH, 1989).

O diagnóstico da PC é primordialmente clínico, tomando-se como base os tipos clínicos da enfermidade. Não é comum a utilização de exames complementares para se confirmar o diagnóstico. O exame psicológico é utilizado para indicar o desenvolvimento da inteligência da criança (DIAMENT, 1996).

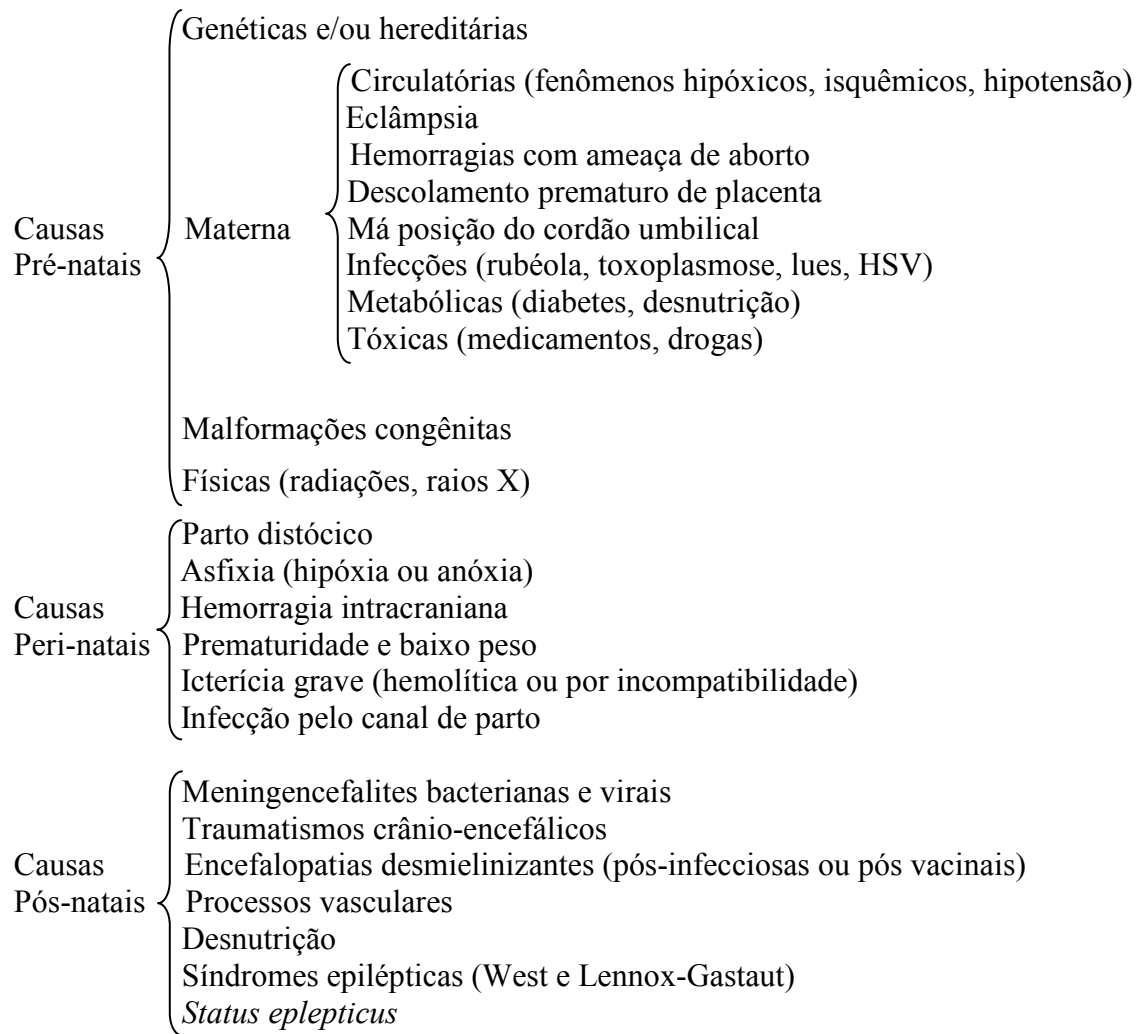
Em relação à incidência da PC, a obtenção de estimativas é considerada difícil devido à complexa conceituação da patologia e escassa divulgação da afecção na sociedade e, por isso, algumas famílias não registram, propositalmente, o filho com PC devido aos problemas sociais (LEITÃO, 1983). Além disso, a falta de critérios diagnósticos uniformes também constitui obstáculo para determinação da incidência desta patologia (LEITÃO, 1983; DIAMENT, 1996).

De acordo com Piovesana (2001, p.9),

a PC tem mantido a mesma incidência nos últimos anos. A incidência das formas moderadas e severas está entre 1,5 a 2,5 por 1000 nascidos vivos nos países desenvolvidos; mas há relatos de incidência geral, considerando todos os níveis de comprometimento de até 7:1000.

Conforme Duarte (1985), a PC pode resultar de fatores pré-natais (drogas, infecções, desordens circulatórias e metabólicas, etc), peri-natais (prematuridade, pós-maturidade, anóxia, hipóxia, etc) ou pós-natais (infecções, traumatismos, desordens circulatórias e metabólicas).

Para uma melhor apresentação das causas mais comuns da PC, foi elaborado o Organograma 1, tomando-se como base Diament (1996).



Organograma 1. Causas mais comuns da paralisia cerebral

Durante a elaboração deste referencial teórico, foram encontradas controvérsias entre autores sobre vários aspectos da PC. As controvérsias vão desde a utilização de diferentes termos para um mesmo aspecto até tipos clínicos citados por um autor e não citados por outros. Diante disto, decidiu-se seguir a classificação mais recente encontrada para os tipos clínicos da PC.

Deste modo, em relação à alteração de movimento, a PC pode ser classificada como espástica (a mais comum), extrapiramidal (dividida em atetóide, coréico, distônico) e atáxica (tipo raro). Os tipos clínicos são subdivididos anatomicamente em tetraparesia (quatro membros

igualmente afetados), diparesia (membros superiores menos comprometidos) e hemiparesia (apenas um lado do corpo acometido) (SOUZA, 2001).

Reis (2003, p.25) faz afirmações pertinentes acerca da criança com deficiência:

apesar das limitações que possuem, têm potencialidades, capacidades e habilidades que, estimuladas adequadamente, podem trazer benefícios para si mesmas e para a sociedade em que convivem, permitindo-lhes revelar um universo criativo e inovador que, de outro modo, poderia ser reprimido ou mesmo neutralizado.

Devido aos fatores supracitados, o processo de reabilitação se faz necessário, pois como lembra Flehmig (s.d.), falhas no desenvolvimento de padrões motores produzem etapas motoras anormais que causam à criança obstáculos a sua evolução normal.

O tratamento das crianças com PC deve ser iniciado precocemente, partindo-se de uma avaliação para traçar metas individualizadas (LEITÃO, 1983; CASTRO, 1996, DIAMENT, 1996).

O tratamento reabilitador de crianças com paralisia cerebral será mais amplamente discutido no tópico seguinte.

2.3 HABILITAÇÃO / REABILITAÇÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Quando nos reportamos ao dicionário da língua portuguesa encontramos a palavra reabilitação definida como “restauração à normalidade, ou ao mais próximo possível dela, de forma e de função alteradas por algum tipo de lesão” (FERREIRA, 1999).

Reabilitação pode ser definida, também, como o processo de tratamento de pessoas com deficiência com o objetivo de desenvolver as potencialidades das mesmas a fim de proporcionar-

lhes uma melhoria do bem estar físico, psíquico, social e educacional (ONU, 1982; MAZZOTTA, 1993; BRASIL, 1999; GRACIANO; FIGUEIRA, 2000; SANTOS, 2002).

De acordo com o Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes (ONU, 1982, p. 04)

a reabilitação inclui a prestação dos seguintes tipos de serviços:

- a) Detecção precoce, diagnóstico e intervenção.
- b) Atendimento e tratamento médicos.
- c) Assessoramento e assistência social, psicológica e outros.
- d) Treinamento em atividades de independência, inclusive em aspectos da mobilidade, da comunicação e atividades da vida diária, com os dispositivos que forem necessários, por exemplo, para as pessoas com deficiência auditiva, visual ou mental.
- e) Fornecimento de suportes técnicos e para mobilidade e outros dispositivos.
- f) Serviços educacionais especializados.
- g) Serviços de reabilitação profissional (inclusive orientação profissional, colocação em emprego aberto ou abrigado).
- h) Acompanhamento.

Além disso, esta recomendação da Organização das Nações Unidas (ONU) tem como princípios que

todo trabalho de reabilitação deve estar sempre centralizado nas habilidades da pessoa, cuja integridade e dignidade devem ser respeitadas. Deve-se prestar a máxima atenção ao processo normal de desenvolvimento e amadurecimento das crianças deficientes. Nos adultos com incapacidade, devem ser utilizadas as habilidades para o trabalho e outras atividades [...]. Os programas de reabilitação devem ser concebidos de forma a permitir que as pessoas deficientes participem da idealização dos serviços que elas e suas famílias considerem necessários[...] (ONU, 1982, p. 05).

O decreto 3.298/99, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, assegura a criação de rede de serviços voltada ao atendimento à saúde e reabilitação da pessoa com deficiência sendo “beneficiária do processo de reabilitação a pessoa que apresenta deficiência, qualquer que seja sua natureza, agente causal ou grau de severidade” (BRASIL, 1999, artigo 17).

Percebe-se que, em termos legais, o processo de reabilitação para as pessoas com deficiências está muito bem descrito e assegurado no Brasil, abrangendo todas os direitos e necessidades que esses indivíduos possam ter.

A reabilitação do indivíduo com deficiência física, como um serviço especializado de saúde, passou a ser incentivada nos países industrializados a partir da primeira guerra mundial, com ações de reabilitação visando à recuperação do trabalhador e do soldado lesado (MARTINS, 2002, p. 15).

De acordo com Brandão (1985, p.241), “só a partir do fim da década de 40 e início da década de 50 surgiram os primeiros métodos de tratamento que visavam, por meio da reabilitação, corrigir as alterações de tônus e motricidade”.

Em relação às crianças, deve-se ressaltar que o tratamento reabilitador deve abordá-las em todos os seus aspectos, não apenas o aspecto motor, mas também os aspectos sensoriais e emocionais (GUSMAN; TORRE, 2001) e, além disso, facilitar a inclusão social da pessoa com deficiência (ONU, 1982; GRACIANO; FIGUEIRA, 2000; SANTOS, 2002).

Brandão (1985, p.253) afirma que “indiscutivelmente, o objetivo específico do tratamento do portador de paralisia cerebral é a sua integração na sociedade [...]”.

Baseando-se nos aspectos anteriormente mencionados, chega-se à conclusão do grau de relevância do processo de reabilitação para a criança que possui qualquer tipo de deficiência e as repercussões que este processo pode ter na sua fase adulta.

Segundo Reis (2003, p. 08),

ao ser enfocada a reabilitação infantil torna-se necessário considerar as implicações subjacentes aos cuidados relativos a uma criança: a fase do desenvolvimento em que se encontra (sua habilitação atual), a dinâmica familiar a que pertence, o seu processo de escolarização, as particularidades da relação com a equipe devido à idade do paciente.

Sá (2005), em sua pesquisa, concluiu que é necessário que os profissionais que atuam na habilitação infantil dêem atenção também aos familiares das crianças com deficiência. A autora

cita que os profissionais devem esclarecer quais seus objetivos em relação àquela criança e, além disso, devem observar as especificidades de cada família, dando oportunidade aos familiares de expressarem suas dúvidas criando, assim, a possibilidade de planejar uma assistência de melhor qualidade.

Além das definições supracitadas, há também a habilitação e reabilitação profissional que, segundo o decreto nº 3.298/99, é entendida como

processo orientado a possibilitar que a pessoa portadora de deficiência, a partir da identificação de suas potencialidades laborativas, adquira o nível suficiente de desenvolvimento profissional para ingresso e reingresso no mercado de trabalho e participar da vida comunitária (BRASIL, 1999, artigo 31).

Percebe-se, com isso, que também a questão laboral dos deficientes é assegurada por instrumentos legais do país, evidenciando, desse modo, a importância da reabilitação em várias fases da vida do ser humano.

Alguns profissionais que atendem crianças com deficiência acreditam que a utilização do termo “reabilitação” não seja correta. Pode-se entender essa afirmativa na seguinte explicação de Vash (1988, p.150):

peças que trabalham com crianças deficientes afirmam que o conceito de reabilitação não se aplica bem a pessoas que não estavam habilitadas física, social e profissionalmente na época da instalação da deficiência. Falam conscientemente em habilitação, para acentuar o ilógico da tentativa de restaurar uma pessoa no nível prévio de funcionamento, quando aplicada a pessoas deficientes desde a infância.

Este processo habilitador/reabilitador ocorre “mediante o desenvolvimento de programação terapêutica específica de natureza médico-psicossocial [...] e se desenvolve necessariamente através de uma equipe multiprofissional” (MAZZOTTA, 1993, p.22), formada por médicos, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, professores, pedagogos, entre

outros devendo haver um relacionamento estreito entre os profissionais supracitados a fim de alcançarem o objetivo geral comum (GUSMAN; TORRE, 2001).

Cria-se, então, a necessidade de uma abordagem em conjunto dos profissionais de diversas áreas para melhor atender as pessoas com deficiências. Kato (2003), em seu estudo, constatou alguns elementos facilitadores do trabalho em equipe, tais como: comunicação, conhecimento, respeito, humildade, aproximação e confiança.

Segundo Kato (2003), o trabalho em equipe multiprofissional se torna mais eficiente na busca pela superação de problemas complexos, como é o caso da deficiência, do que a intervenção solitária ou de uma única área. A mesma autora continua dissertando sobre este tema ao afirmar que

o olhar multifacetado dos membros de uma equipe de reabilitação composta por profissionais de diversas áreas [...] nos remete às dificuldades de se coordenar as ações de diversos profissionais na condução de um processo de reabilitação. Pois, o trabalho em equipe multiprofissional de reabilitação não ocorre somente como consequência da competência profissional de seus integrantes, mas também em função das relações interpessoais e intrapessoais dos indivíduos que compõe a equipe (KATO, 2003, p. 11).

O fisioterapeuta é parte integrante da equipe multiprofissional de reabilitação e a Fisioterapia é definida como

uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função (RESOLUÇÃO COFFITO 80, 1987).

Deste modo, o profissional de Fisioterapia se torna destacadamente credenciado para atuar no processo de reabilitação de pessoas com deficiências, dando uma contribuição de suma importância para este processo.

Essa contribuição está evidenciada no artigo 1º da Resolução 80 do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) que estabelece:

é competência do fisioterapeuta, elaborar o diagnóstico fisioterapêutico compreendido como avaliação físico-funcional, sendo esta, um processo pelo qual, através de metodologias e técnicas fisioterapêuticas, são analisados e estudados os desvios físico-funcionais intercorrentes, na sua estrutura e no seu funcionamento, com a finalidade de detectar e parametrar as alterações apresentadas, considerados os desvios dos graus de normalidade para os de anormalidade; prescrever, baseado no constatado na avaliação físico-funcional as técnicas próprias da Fisioterapia, qualificando-as e quantificando-as [...].

Em razão disso, Gusman e Torre (2001) afirmam que o tratamento fisioterapêutico deve ser iniciado precocemente a fim de evitar futuras complicações e garantindo às pessoas que recebem esse tratamento especializado uma maior independência e melhor qualidade de vida em diversos aspectos (motor, interação social, percepção de mundo).

No que tange as crianças com paralisia cerebral, foco desse estudo, os objetivos da Fisioterapia devem ser estabelecidos em função das potencialidades física, psíquica, intelectual e social das mesmas (CASTRO, 1996). Além disso, os objetivos fisioterapêuticos devem visar à redução das conseqüências dessa afecção ou superá-las amplamente, se possível (LEITÃO, 1983), além de diminuir espasticidades e através da cinesioterapia estimular movimentação voluntária (DIAMENT, 1996).

Atualmente, há diversos métodos aplicados no tratamento das crianças com PC e os mais conhecidos são Kabat, Phelps e Bobath, sendo este último o mais difundido nos dias atuais (LEITÃO, 1983; CASTRO, 1996; DIAMENT, 1996).

Diante do que foi exposto, pode-se concluir que o objetivo da reabilitação não é somente capacitar as pessoas com deficiência para se adequarem ao ambiente em que vivem da melhor maneira possível, mas também procurar intervir na comunidade para facilitar sua inclusão social.

3 INCLUSÃO SOCIAL E ESCOLAR DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA

A inclusão é um movimento social que vem ocorrendo em diferentes partes do mundo, abrangendo todos os segmentos da sociedade hodierna, evidenciando, assim, a sua amplitude (AMIRALIAN, 2005).

Inclusão social consiste no processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir em seu contexto as pessoas com necessidades especiais. A inclusão social tem princípios básicos incomuns: a aceitação das diferenças individuais, a valorização de cada pessoa, a convivência dentro da diversidade humana, a aprendizagem através da cooperação (SASSAKI, 1997 apud GRACIANO; FIGUEIRA, 2000, p.49).

Uma das diretrizes da Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência é estabelecer mecanismos que acelerem e favoreçam a inclusão social da pessoa portadora de deficiência (BRASIL, 1999).

O decreto 3298/99 estabelece mecanismos e instrumentos legais e operacionais que asseguram os direitos básicos às pessoas com deficiência. Estas devem ter oportunidades igualitárias na sociedade e seus direitos devem ser respeitados. Assim sendo, suas necessidades devem ser atendidas sem o cunho assistencialista (BRASIL, 1999).

Apesar de assegurados por órgãos governamentais, os princípios supracitados nem sempre são respeitados no Brasil. As pessoas com deficiência são discriminadas e a organização social muitas vezes as marginaliza dificultando, assim, o atendimento das mesmas e favorecendo o preconceito e a supressão de direitos garantidos por lei.

A respeito da marginalização das pessoas com deficiência, Mazzotta (1993, p.14) afirma que ela está “concretizada na ausência de qualquer forma de atendimento organizado na sociedade, é uma ação que reflete uma atitude social de descrença nas possibilidades de mudança da situação da pessoa”.

Assim está caracterizado o processo de exclusão social e, a partir daí, a pessoa com deficiência torna-se o “marginal”, ou seja, “o desviante em relação às regras do grupo” (BECKER, 1977, p.55). Marques (1998) afirma que para a sociedade “ser deficiente significa, pois, ser não-eficiente, não-produtivo e não-adequado aos fins maiores”. Como consequência, os indivíduos desviantes são colocados à margem do processo social (MARQUES, 1999) e seus direitos em relação à organização de serviços para atender às necessidades das pessoas com deficiência são deixados de lado (MAZZOTTA, 1993). Mazzotta e Souza (1996, p.100) acentuam que “todo aquele que é excluído da participação ativa no convívio social, torna-se impotente e perde a condição de sujeito de suas ações”.

Em razão do exposto, fica evidente a problemática da exclusão social de pessoas que possuem algum tipo de deficiência e as implicações sociais e, principalmente, individuais que essa marginalização pode acarretar.

Em relação a esses aspectos, cabe lembrar Sá (2005) ao dizer que o fato de se identificar a deficiência como problema individual e não como construção social, a pessoa com deficiência passa, então, a ser vista como alguém que não faz parte do seu próprio contexto social.

Deste modo, acentuam-se os preconceitos e a discriminação devido à falta de conhecimento da sociedade em relação à deficiência. Cada pessoa tem uma concepção própria sobre a deficiência e esta influencia a forma como a pessoa interage com a pessoa com deficiência. Cada indivíduo constrói uma representação da deficiência baseada inicialmente no senso comum (MENDES, 2001).

A segregação e a estigmatização são agravadas pelo sistema capitalista em que vivemos, pois, segundo Sá (2005), as pessoas que não conseguem atingir as expectativas de produção são tachadas de desviantes, incapazes.

O estigma é forte e a idéia que surge em relação às pessoas com deficiência é a de incapacidade, invalidez; diminuindo, assim, as possibilidades de realização pessoal, educacional, política e profissional. Deste modo, a sociedade estratifica as pessoas com deficiência, limitando as capacidades das mesmas (MARQUES, 1998). Devido a todas essas dificuldades, a pessoa com deficiência, geralmente, se torna dependente economicamente ou é considerada como tal, com o estigma de incapaz de produzir e condenada à estagnação profissional (MARQUES, 1998; GRACIANO; FIGUEIRA, 2000; SÁ, 2005).

Assim sendo, ficam evidenciadas as graves conseqüências que o preconceito e a segregação por conta de uma deficiência podem causar para o desenvolvimento da cidadania de uma pessoa.

Em seu estudo, Sá (2005) observou a preocupação dos pais de crianças com deficiência física relacionada ao estigma decorrente de tal condição. A autora relatou o constrangimento sentido por esses pais e a conseqüente atitude dos mesmos em proteger a sua criança da curiosidade e do desprezo das outras pessoas. Esta autora conclui que a visibilidade da diferença física faz com que os pais vivenciem o preconceito.

A sociedade impõe regras à pessoa com deficiência para que esta se “normalize” (SANT’ANNA, 1988 apud MARQUES, 1998; AMARAL, 1994), pois existe uma baixa tolerância da sociedade em relação à diferença. Então, a sociedade obriga a pessoa deficiente a neutralizar suas diferenças (AMARAL, 1994).

Souza, d’Angelis e Veras (1996, p.93) afirmam que

reconhecer diferenças significa recusar o discurso da normalidade e as práticas de normalização [...]. Reconhecer diferenças é também recusar a perspectiva segundo a qual a exclusão e a marginalização não são desejáveis na sociedade capitalista, e denunciar a exclusão e a marginalização como características componentes do próprio sistema.

É necessário que essa situação de exclusão social de pessoas com deficiência se modifique para que elas possam ter seus direitos assegurados e a condição de cidadãos garantida.

Novos caminhos rumo a este objetivo são apontados por Amaral (1994, p.45):

coragem de olhar de frente para a diferença, a deficiência; a possibilidade de conviver com a dessemelhança; a não cobrança de adequação a moldes pré-estabelecidos, sejam de normalização, heroicidade ou vitimização; a existência da alternativa do deficiente ser uma pessoa comum, malgrado a especificidade das limitações impostas pela deficiência; o resgate da potência, sem que seja super ou infra equacionada, como na onipotência ou impotência; o oferecimento de oportunidades (e de sua fruição) de ter aparência, aprendizagem e desempenho compatíveis com as possibilidades reais; o favorecimento de acesso a múltiplas experiências...

Os direitos das pessoas com deficiência são assegurados, explicitamente, desde a constituição de 1988 e é fundamental que a sociedade os respeitem (GRACIANO; FIGUEIRA, 2000). Assim, conclui-se que a inclusão social da pessoa com deficiência é mais que um direito político, é um direito inerente à condição humana (MARQUES, 1999).

Em vista à socialização e desenvolvimento global de uma criança, Sá (2005) relata a interação de alguns fatores que facilitam esse processo. Os fatores citados pela autora são: a própria criança (suas características e desenvolvimento e a rede social); seus hábitos, crenças e valores; o nível socioeconômico e o relacionamento entre os pais.

Outro fator que também contribui para essa socialização é a inclusão escolar. Autores concordam que a escola constitui a base da socialização de uma criança e tem fundamental importância no desenvolvimento social do indivíduo (MANTOAN, 2002; AMIRALIAN, 2005).

Muitos são os autores que têm pesquisado aspectos da inclusão escolar, o que demonstra a importância do tema nos dias atuais. Mazzotta (1998, p.48) destaca que a “inclusão e integração são processos essenciais à vida humana ou à vida em sociedade”.

Amiralian (2005, p. 61), afirma que

o uso do termo inclusão na escola pode ser entendido como uma situação em que é imprescindível uma compreensão do aluno com deficiência, de modo que ele possa ser integrado, ou seja, passe a pertencer à escola e fazer parte integrante dela. Condição que assegurará a inteireza da escola, a completará e a transformará, então, em uma escola integrada/inclusiva.

As escolas regulares contribuem para o aprendizado, socialização, diminuição do preconceito e apreciação de todos pela diversidade humana (DECLARAÇÃO DE SALAMANCA, 1994; BRASIL, 2002; BRASIL, 2003;). Assim, está caracterizada a educação inclusiva, ou seja, “processo de inclusão dos portadores de necessidades especiais na rede comum de ensino em todos os seus graus” (MRECH, 2001).

Por se tratar de um assunto polêmico, complexo e com algumas divergências entre os autores, será considerada inclusão escolar, neste estudo, a situação na qual o aluno esteja freqüentando, por no mínimo três meses, educação infantil ou ensino fundamental em escolas públicas ou particulares comuns em que haja apoios especializados ou não. Este conceito foi adotado como forma de facilitar a identificação de crianças no referido processo.

Maciel (2000) afirma que ao entrarem para a escola, as crianças com deficiência terão a oportunidade de se integrar e participar de três estruturas distintas da dinâmica escolar: o ambiente de aprendizagem; a integração professor-aluno; e a interação aluno-aluno.

Segundo Mazzotta (1982, p.43),

a integração social supõe o estabelecimento de relações sociais entre os excepcionais e os demais alunos. [...] Envolve a interação, mediante a comunicação, a assimilação, pela participação ativa e reconhecida do excepcional como elemento do grupo de crianças “normais” e, a aceitação, refletida na aprovação da criança excepcional como elemento participante e aceito no grupo, mediante relações regulares e espontâneas que fazem com que o excepcional sinta-se parte natural do grupo.

Deste modo, o cidadão vai sendo construído gradativamente com o apoio da escola na medida em que a escola ajuda a criança a “desenvolver-se socialmente através da extensão do seu

campo de contatos” (GRACIANO; FIGUEIRA, 2000, p. 46). Isso acontece devido ao trabalho coletivo e diversificado que acontece em sala de aula e, assim, as crianças aprendem a dividir responsabilidades. A consequência disso é o desenvolvimento da cooperação, coletivismo, valorização do trabalho de cada pessoa (MANTOAN, 2002), fatores esses entendidos como premissas básicas para a convivência em sociedade.

Para que a função da escola de facilitação da construção da cidadania seja concretizada, é necessário que ela seja organizada de modo a atender a diversidade dos alunos, se tornando, assim, uma instituição social aberta e destinada a todos, configurando um local inclusivo (MAZZOTTA; SOUZA, 1996).

Mantoan (2002) diz que a escola para a maioria das crianças brasileiras é o único espaço de acesso aos conhecimentos universais e sistematizados, ou seja, é um dos lugares que vai lhes proporcionar condições de se desenvolver e de se tornar um cidadão, alguém com identidade social e cultural.

Este tópico sobre inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais merece grande destaque, já que essas crianças “têm sido alvo de mecanismos e procedimentos de segregação e até mesmo exclusão do sistema escolar” (MAZZOTTA, 1998, p.48). De acordo ainda com Mazzotta (1998, p.50), “a *inclusão escolar* tem sido concebida como um processo peculiar, configurando-se, então, como idéia nova. Por essa razão tem se tornado alvo de debates, controvérsias e confusão”.

A inclusão escolar de crianças com deficiência é um processo muito discutido na sociedade, possuindo diversos conceitos e interpretações de acordo com o pesquisador. É visto por alguns como um “novo paradigma educacional”, porém sabe-se que possui sua própria vertente histórica. Os debates só tendem a intensificar-se até que se chegue a um significado claro

e objetivo que contemple de forma satisfatória as crianças com necessidades educacionais especiais.

Diante da complexidade do tema e dos inúmeros conceitos e divergências entre os pesquisadores, muitos movimentos nacionais e internacionais têm se organizado para chegar a um consenso a respeito de uma política de educação inclusiva. Em busca de melhoria do acesso à educação para as pessoas com deficiência, a Conferência Mundial de Necessidades Educativas Especiais, que contou com a participação de 88 países e 25 organizações internacionais na cidade de Salamanca, na Espanha em junho de 1994, aprovou a Declaração de Salamanca. Essa declaração trata sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educacionais especiais.

Na Declaração de Salamanca (1994) foi proclamado que as escolas regulares que possuem orientação inclusiva são os meios mais eficazes de combater atitudes discriminatórias e devem acomodar todos aqueles que tenham necessidades educacionais especiais, incluindo aqueles com deficiências severas, através de uma pedagogia centrada na criança. Foi demandado que os governos dêem prioridade ao aprimoramento de seus sistemas educacionais no sentido de tornarem-se aptos a incluir todas as crianças, independente de suas dificuldades individuais. Cabe ao governo também adotar o princípio da educação inclusiva em forma de lei ou de política e investir maiores esforços em estratégias de identificação e intervenção precoce, bem como nos aspectos vocacionais da educação inclusiva.

Segundo observações de Mazzotta e Souza (1996, p.99),

os princípios contidos na Declaração de Salamanca refletem a consolidação de anseios de grupos organizados, com renovado poder de pressão sobre os órgãos governamentais e fortalecimento da convicção da importância e urgência de transformações sócio-educacionais compatíveis com o imprescindível respeito à diversidade do ser humano.

No que diz respeito à relação entre o educando e a educação escolar, Mazzotta (1998, p.48) afirma que a “abordagem dinâmica possibilita a melhor compreensão da relação [educando- educação escolar] e comporta a organização de situações de ensino-aprendizagem mais condizentes com as necessidades educacionais a atender”. Segundo este mesmo autor, a abordagem dinâmica é baseada no princípio da não segregação e é caracterizada pelo ensino comum, especial, combinado (comum e especial) ou compreensivo (inclusivo).

Conforme Schneider (2003), a política de inclusão escolar de crianças com deficiência não se resume apenas na permanência física desses alunos em sala de aula, mas no propósito de rever concepções e paradigmas, respeitando e valorizando a diversidade desses alunos.

No que se refere aos recursos didáticos e tecnológicos necessários ao ensino dos sujeitos portadores de deficiência, a escola comum deveria contar com meios imprescindíveis para garantir o acompanhamento e participação desses sujeitos em todas as atividades escolares (NARANJO; MARTIM; GÓMEZ, 1996, p.18).

Porém, uma das barreiras para a concretização da proposta escolar inclusiva, segundo Gomes e Barbosa (2006), é justamente a carência de materiais básicos e recursos tecnológicos nas escolas.

Como parte integrante do sistema escolar, os professores possuem importância inestimável para esse processo inclusivo. Autores apontam a falta de preparo dos docentes para atender de forma satisfatória as necessidades educativas das crianças com deficiência como um dos grandes entraves para a implantação da escola inclusiva (SANT’ANA 2005; GOMES; BARBOSA, 2006; MICHELS, 2006; SILVEIRA; NEVES, 2006). É provável que esse despreparo seja reflexo dos achados de pesquisas como as de Sant’Ana (2005) e Gomes e Barbosa (2006) que demonstraram a escassa participação de professores em cursos, encontros ou palestras cujo tema fosse educação inclusiva.

Mazzotta (1998, p.50) destaca que “é sabido que não são poucos os educandos que têm suas necessidades educacionais interpretadas como especiais ou muito diferentes por parte de professores mal preparados ou mal apoiados pelo sistema de ensino”. De acordo com Colli e Amâncio (1996, p.79), “um caminho primeiro quando se pensa em inclusão é ajudar o professor a perceber-se como sujeito, para que, então, possa ver seu aluno em sua subjetividade”.

É de suma importância que os educadores recebam informação adequada a respeito das deficiências e dêem continuidade ao seu desenvolvimento profissional, pois só através do conhecimento e esclarecimentos eles poderão compreender e acreditar nos benefícios da proposta inclusiva.

Um outro aspecto que deve ser levado em consideração para o sucesso da inclusão escolar é a boa interação do aluno com deficiência e seu professor. Esta interação é imprescindível para o desenvolvimento educacional da criança. Maciel (2000) afirma que a interação professor-aluno ocorrerá na medida em que o profissional da educação tenha uma ampla visão a respeito da deficiência e, para isto, é importante que ele esteja em contato com os profissionais da saúde que acompanham essa criança. Esse relacionamento estreito estará concretizado quando houver uma visão sem preconceito, cabendo ao professor favorecer o contínuo desenvolvimento dos educandos com deficiência.

Além dos alunos com deficiência, o processo escolar inclusivo traz também benefícios para alunos sem deficiência, pois a convivência entre eles propicia o surgimento de relações interpessoais caracterizadas pela diferença, diversidade. Assim, constrói-se a aceitação e o respeito pelo diferente e o conhecimento das próprias limitações.

Nesse contexto, Mazzotta e Souza (1996, p.107) enfatizam a importância de que

a *educação inclusiva* concretize-se numa *escola para todos* não só nos debates políticos, acadêmicos, mas contando com uma clarificação de diretrizes e provisão de meios para a ação educacional escolar abrangente, integradora, inclusiva, em todos os níveis da administração educacional e particularmente na escola.

É muito importante que as pessoas que fazem parte do ambiente escolar facilitem a inclusão social das crianças com deficiências. Conforme Mantoan (2002), os professores, administradores, funcionários e alunos devem abrir espaço para que a cooperação, o diálogo, a solidariedade, a criatividade e o espírito crítico sejam exercitados nas escolas, pois são habilidades mínimas para o exercício da verdadeira cidadania.

Além dos valores e crenças das pessoas envolvidas na educação escolar, outros **fatores internos**, tais como a organização (administrativa e disciplinar), o currículo, os métodos e recursos humanos e materiais da escola comum são os principais determinantes das condições para a inclusão ou não-segregação, para a integração ou até mesmo para a segregação de alunos portadores de deficiências. Entretanto, é importante observar que a escola é apenas uma dentre as instituições sociais. Ela pode até desencadear internamente mudanças para a obtenção de resultados mais imediatos, mas, isoladamente pouco poderá fazer ou mesmo *mudar de fato*, enquanto as atitudes do meio circundante permanecerem não problematizadas e continuarem se exercendo como já instaladas (MAZZOTTA, 1998, p.51).

Além desses aspectos, diversos outros fazem parte do processo de inclusão social e escolar de pessoas com deficiência física e devem ser ressaltados. Alguns desses fatores são dificultadores da inclusão e se encontram no ambiente onde a pessoa circula ou deveria circular e outros estão no contexto de sua própria pessoa. Esses fatores acabam gerando dificuldade de mobilidade e de relacionamento com outras pessoas.

Em relação à mobilidade e acessibilidade, pode-se afirmar que

no âmbito interno, ser acessível aos outros e ao mundo implica respeito recíproco à singularidade de cada pessoa e à pluralidade de condições e situações de vida que determinam a diversidade. No âmbito externo, a acessibilidade ao espaço social e público define-se pelas facilidades físicas, materiais e de participação ativa nas mais variadas instâncias do trânsito existencial, direta ou indiretamente, isto é, pessoalmente ou contando-se com a

mediação de recursos humanos, técnicos ou tecnológicos. (MAZZOTTA, 2006, p.30).

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) estabelece normas para garantir a acessibilidade das pessoas com deficiência às edificações, espaços, mobiliário, equipamentos urbanos e transporte; sanando, assim, as barreiras arquitetônicas, e favorecendo, conseqüentemente, a circulação das pessoas com deficiência.

Com este propósito, é importante que a escola comum elimine qualquer obstáculo arquitetônico que impeça o acesso das pessoas com deficiência física à escola na qual estejam matriculadas (NARANJO; MARTÍN; GÓMEZ, 1996).

O decreto nº 5296, de 02 de dezembro de 2004, regulamenta as leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000 que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000 que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade. As determinações deste decreto são baseadas nos padrões estabelecidos nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT. Ele aborda questões fundamentais da vida das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida e define acessibilidade como

condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida (BRASIL, 2004, artigo 8º, inciso I).

No mesmo artigo, inciso II, o referido decreto conceitua barreiras como

qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento, a circulação com segurança e a possibilidade de as pessoas se comunicarem ou terem acesso à informação, classificadas em barreiras urbanísticas, barreiras nas edificações, barreiras nos transportes, barreiras nas comunicações e informações.

Em relação aos estabelecimentos de ensino (públicos ou privados), o referido decreto estabelece que os mesmos devem proporcionar

condições de acesso e utilização de todos os seus ambientes ou compartimentos para pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, inclusive salas de aula, bibliotecas, auditórios, ginásios e instalações desportivas, laboratórios, áreas de lazer e sanitários (BRASIL, 2004, artigo 24).

Mazzotta (2006, p.31) afirma que “o conceito de acessibilidade vai muito além do direito de adentrar aos ambientes naturais e físicos, confundindo-se mesmo com o direito de participação ativa no meio social, com a cidadania ou a inclusão social”.

Para Marques (1999), esta preocupação com a remoção das barreiras arquitetônicas evidencia a negligência da sociedade em relação às pessoas com deficiência, já que essas barreiras foram criadas pela ação humana. O autor ressalta que “ao projetar e edificar prédios e vias de acesso somente para a utilização pelas pessoas tidas como normais, automaticamente, se materializava a exclusão de tantas outras” (MARQUES, 1999, p.16).

Fica demonstrado, então, que a exclusão dos portadores de deficiência ocorre não apenas pelas barreiras sociais e educacionais, mas também pelas arquitetônicas. Rieser (1995) apud Amiralian et al (2000) “propõe que se fique atento às barreiras sociais que não estão, necessariamente, relacionadas à deficiência, mas a preconceitos, estereotípias e discriminações”.

A respeito das limitações de acesso a bens e serviços sociais e culturais, Mazzotta (2006, p.31) acentua que

as dificuldades [...] configuram uma das mais perversas situações de privação da liberdade e de equidade nas relações sociais fundamentais à condição de ser humano [...]. É fundamental que a acessibilidade seja interpretada como elemento indispensável para a inclusão social de todas as pessoas nos diferentes espaços da vida pública ou privada.

De acordo com Sá (2005), essas limitações de acessibilidade que são impostas às pessoas com deficiência fazem com que a sociedade as encarem como incapazes, dificultando, assim, as condições de inclusão social.

Como foi anteriormente citado, o fisioterapeuta faz parte da equipe de reabilitação e é de extrema importância que este profissional esteja atento às possíveis barreiras ou limitações impostas pelo ambiente físico e social, pois, segundo Gomes e Barbosa (2006), a inadequação das instalações e dependências de grande parte das escolas é uma das grandes barreiras a serem superadas a fim de se efetivar o processo escolar inclusivo.

Deste modo, os fisioterapeutas estão sendo cada vez mais envolvidos na tarefa de favorecer o acesso e a participação das crianças em situações escolares (CROKER; KENTISH, 1999). Pelo fato de o objeto de estudo do fisioterapeuta ser o movimento humano e as alterações do mesmo, este profissional se torna altamente qualificado na facilitação da inclusão escolar de crianças com deficiência física, objetivando torná-las mais capazes e inseridas na sociedade.

Croker e Kentish (1999) afirmam:

cabe ainda ao fisioterapeuta identificar as barreiras que a criança enfrenta no ambiente escolar, bem como as expectativas e as exigências para ela poder funcionar nesse ambiente. Cumprir identificar as demandas que a criança enfrenta em relação ao seu enduro, sua mobilidade, força e destreza.

Assim, o fisioterapeuta dispõe da possibilidade de proporcionar uma contribuição especial e inestimável às crianças com deficiência física no que diz respeito à sua inclusão escolar (O'CALLAGHAN, 1999).

Em consonância ao que foi exposto, conclui-se que para a inclusão escolar de crianças com deficiência ocorrer de forma satisfatória, é necessário que a escola compreenda o aluno em todas as suas necessidades; os educadores busquem e obtenham informação adequada sobre o assunto; as políticas públicas invistam de modo a garantir o acesso desses alunos em classes regulares e com educação de qualidade; os pais acreditem nas potencialidades dos seus filhos e a sociedade respeite a diversidade dos seres humanos. Deste modo, a inclusão escolar poderá alcançar o sucesso tão ansiosamente esperado por muitos.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa envolvendo pesquisa teórica e pesquisa de campo.

A pesquisa teórica foi realizada por meio de análise crítica bibliográfica e documental a respeito de pessoas com deficiências, Fisioterapia, inclusão escolar e social, paralisia cerebral, marginalização e habilitação/reabilitação.

A pesquisa de campo foi iniciada através da definição dos participantes, profissionais de Fisioterapia que atendessem crianças com PC entre 4 e 11 anos de idade as quais freqüentassem escolas regulares. Foi feita sondagem para realização da coleta de dados na cidade de Salvador-BA. A partir daí, foi elaborado um roteiro de entrevista (APÊNDICE A) que sofreu modificações após a realização de pesquisa piloto. Em seguida, deu-se início à coleta dos depoimentos dos participantes através de gravações e posteriormente transcrições na íntegra dos mesmos. Dando seqüência, foi feita a análise dos dados e elaboração de quadros com os trechos mais relevantes para o estudo.

A seguir, serão detalhados os elementos que compõem os procedimentos e instrumentos utilizados.

4.1 SUJEITOS

Participaram do estudo 6 fisioterapeutas que tinham dentre seus pacientes crianças com deficiência física com diagnóstico de paralisia cerebral que estavam freqüentando escola regular há pelo menos 3 meses. As crianças deveriam ter idade entre 4 e 11 anos, distribuição da PC tipo

diparesia ou hemiparesia grau leve, linguagem verbal inteligível e estar sob o atendimento do fisioterapeuta participante da pesquisa há pelo menos 6 meses.

A idade mínima de 4 anos foi escolhida por ser a idade na qual geralmente as crianças já se encontram matriculadas em escolas regulares favorecendo, assim, a ocorrência da situação de inclusão escolar das mesmas. Como o estudo está calcado apenas em crianças, estipulou-se a idade máxima de 11 anos por se entender ser a idade final da infância, antecedendo a adolescência.

Neste estudo, será considerada inclusão escolar a situação na qual o aluno esteja freqüentando por no mínimo três meses educação infantil ou ensino fundamental em escolas públicas ou particulares comuns em que haja apoios especializados ou não.

Pressupôs-se que, após 3 meses de freqüência em escola regular, já seria possível a observação de indícios dessa situação no cotidiano da criança com deficiência. Além disso, estipulou-se um mínimo de 6 meses de atendimento do fisioterapeuta à criança com PC como sendo um período satisfatório para a criação de vínculo entre as partes.

O primeiro contato com os participantes se deu através de ligação telefônica como forma de apresentação da pesquisadora, do tema e do objetivo do estudo. Nesta, os prováveis participantes demonstravam ou não o interesse em participar do estudo. Posteriormente foi feito segundo telefonema para agendamento do encontro a fim de realizar a entrevista pessoalmente em local determinado pelo participante.

Os profissionais entrevistados eram funcionários de instituições de atendimento fisioterapêutico pediátrico e também trabalhavam como autônomos em consultórios.

Sabe-se que esta amostra não é representativa dos fisioterapeutas que atendem crianças com PC, porém é uma amostra ilustrativa de situações de atendimento de escolares com paralisia cerebral incluídos em escolas regulares.

Foi feito contato com 7 sujeitos que receberam a carta de informação e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, porém um deles não atendia aos critérios de inclusão do estudo e, conseqüentemente, não pôde fazer parte do mesmo. Assim, a quantidade final de sujeitos foi de 6 participantes.

4.2 LOCAL

A coleta de dados foi realizada na cidade de Salvador-BA. Essa escolha deveu-se ao fato de se tratar da cidade natal da pesquisadora na qual a mesma tem tido contato com variadas clínicas de Fisioterapia e profissionais da área.

Pressupondo que a região Nordeste seja mais carente de estudos científicos que a região Sudeste, acredita-se estar contribuindo para o aumento da produção científica que possa beneficiar a região Nordeste do Brasil.

4.3 INSTRUMENTOS

Como instrumentos de coleta, foram utilizados roteiros de entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE A) com os fisioterapeutas que participaram do estudo. Esse método de coleta de dados foi escolhido por permitir a captação imediata e corrente da informação desejada, o tratamento de assuntos de natureza complexa e uma relação de interação entre entrevistador e entrevistado, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre ambos. Além disso, a entrevista admite correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam extremamente eficaz na obtenção das informações desejadas (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

A decisão pela entrevista semi-estruturada se deveu ao fato de esta não impor “uma ordem rígida de questões, o entrevistado discorre sobre o tema proposto com base nas informações que ele detém e que no fundo são a verdadeira razão da entrevista”. Este tipo de entrevista se desenrola a partir de um esquema básico, permitindo que o entrevistador faça as adaptações que achar necessárias. (LUDKE; ANDRÉ, 1986, p.33).

Foi solicitado que o participante se baseasse em apenas um dos seus pacientes que atendessem a todos os critérios de inclusão para responder às perguntas. O roteiro para a entrevista foi elaborado contemplando duas partes. A primeira formada por informações preliminares sobre o fisioterapeuta e sobre o paciente escolhido pelo mesmo. Além disso, constam no roteiro os critérios de inclusão para que o profissional pudesse fazer parte do estudo. A segunda parte da entrevista referiu-se às questões sobre a visão do fisioterapeuta acerca da inclusão escolar de crianças com PC, bem como das relações significativas entre a reabilitação fisioterapêutica e a situação escolar de seu paciente.

Foi realizada uma pesquisa piloto com 3 profissionais de Fisioterapia para adequação do instrumento de coleta de dados.

As gravações foram realizadas após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO 1) dos participantes do estudo, seguindo os preceitos do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie, que aprovou o projeto apresentado.

Uma vez realizadas as entrevistas, passou-se à etapa de transcrição das mesmas (APÊNDICE B) e posterior análise do conteúdo obtido. Os dados foram coletados, transcritos e analisados pela própria pesquisadora e as entrevistas foram gravadas através de um gravador de fita cassete. Foram elaborados quadros com os trechos mais significativos dos depoimentos coletados para facilitar a apresentação e o entendimento dos resultados do estudo.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentam-se a seguir os resultados obtidos após a análise crítica da transcrição das entrevistas colhidas.

Vale ressaltar que não houve dificuldade de acesso aos sujeitos participantes do estudo. Todos foram bastante solícitos e prestativos desde o primeiro contato por telefone até a entrevista propriamente dita. A pesquisadora encaminhou-se ao local determinado pelos participantes e em todos os casos o local escolhido foi o ambiente de trabalho dos mesmos, porém o estudo não teve vínculo com a instituição empregadora dos participantes. Os ambientes eram de fácil acesso, porém cinco eram ruidosos e com trânsito de outras pessoas, o que dificultava, às vezes, a concentração e a posterior escuta para a transcrição das falas. Entretanto, é de extrema importância deixar claro que isso não impediu a transcrição fidedigna dos depoimentos.

5.1 RESULTADOS

A pesquisadora respeitou o teor dos relatos obtidos, porém foram elaborados quadros com redação mais objetiva dos discursos. Os nomes verdadeiros das crianças foram omitidos por uma questão de ética, sendo utilizados nomes fictícios. A íntegra dos depoimentos colhidos consta em apêndice desse estudo (APÊNDICE B).

O Quadro 1 e o Quadro 2 foram elaborados tomando-se como base as informações preliminares sobre os sujeitos participantes e sobre os pacientes por eles escolhidos, representando, assim, a caracterização dos entrevistados e das crianças.

Em relação ao sexo dos participantes, apenas 1 deles era do sexo masculino. O tempo de graduação dos mesmos variou entre 6 e 29 anos, com média de 13,33 anos de graduação.

Os fisioterapeutas relataram ter, ao todo, 33 pacientes que preenchiam os critérios de inclusão do estudo, sendo que o mínimo registrado foi de 2 pacientes e o máximo de 10 pacientes. No que diz respeito à idade dos pacientes escolhidos pelos sujeitos como referências para este estudo, a média encontrada foi de 8,33 anos, variando entre 4 e 11 anos de idade. Metade das crianças era do sexo feminino.

Apenas 1 criança apresentava hemiparesia, todas as outras eram diparéticas no que tange à distribuição anatômica da PC. Quando perguntado acerca da série escolar do paciente escolhido, um fisioterapeuta não a soube informar, porém de acordo com a idade da criança (4 anos) deduziu-se que a mesma se encontra na educação infantil, totalizando, assim, 3 fisioterapeutas que tiveram como referência crianças freqüentando nível escolar de educação infantil e 3 no nível escolar de ensino fundamental de 1º ciclo.

Quadro 1. Informações preliminares

	Sexo	Tempo de graduação	Número de pacientes conforme seleção	Idade do paciente	Sexo do paciente selecionado	Distribuição da PC no paciente	Série escolar da criança	Uso de equipamento de auxílio	Tempo de atendimento à criança
Fisio A	Fem	22 anos	07	09 anos	Feminino	Diparesia	4ª série	Não faz uso	05 anos
Fisio B	Masc	06 anos	02	11 anos	Feminino	Hemiparesia	3ª série	Não faz uso	07 meses
Fisio C	Fem	08 anos	10	06 anos	Masculino	Diparesia	Não soube informar	Órtese	04 anos
Fisio D	Fem	29 anos	06	11 anos	Masculino	Diparesia	Alfabetização	Não faz uso	01 ano e 03 meses
Fisio E	Fem	08 anos	03	09 anos	Masculino	Diparesia	2ª série	Muletas	01 ano
Fisio F	Fem	07 anos	05	04 anos	Feminino	Diparesia	Pré-escola	Andador	02 anos

Legenda: Fisio - fisioterapeuta. Sexo: Fem – feminino; Masc – masculino

Dos pacientes escolhidos pelos participantes do estudo, metade fazia uso de equipamentos de auxílio para deambulação, sendo que 1 criança utilizava órtese, 1 utilizava muleta e 1 utilizava andador.

Em média, os fisioterapeutas estavam atendendo os pacientes por eles utilizados como referência, a 2,3 anos, sendo que o tempo mínimo encontrado foi de 7 meses e o máximo de 5 anos de atendimento.

Foram perguntados também aspectos do comportamento da criança de forma geral e durante a sessão de Fisioterapia (Quadro 2). Todos os fisioterapeutas relataram boas qualidades dos pacientes, dentre elas ser colaborativo, inteligente, atento, interessado e ter bom comportamento. As fisioterapeutas D e E relataram ainda a boa comunicação dos seus pacientes.

Quadro 2. Comportamento da criança de forma geral e durante as sessões de Fisioterapia

Fisioterapeuta A	Ativa, muito inteligente, participativa, colaborativa, personalidade forte, convive e gosta de se relacionar com crianças maiores e se comporta como se fosse mais velha.
Fisioterapeuta B	Bom cognitivo, bom comportamento, muito atenta, instável emocionalmente e insegura devido a pais super protetores que acham que a limitação da criança é maior do que a real.
Fisioterapeuta C	Ele é uma criança ótima, não dá nenhum trabalho, consegue desenvolver todas as funções que a gente solicita, tem um grau de compreensão maravilhoso, dá um retorno muito bom, colaborativo.
Fisioterapeuta D	Bom o comportamento, se comunica bem, facilitando o exercício. Anda de forma independente na comunidade, não tem limitação significativa. Tá no processo de alta. É uma criança com perfil excelente.
Fisioterapeuta E	É uma criança comunicativa, verbaliza as coisas que quer, fantasiosa, ela gosta muito de criar histórias. Tem hora que você pega numas mentiras
Fisioterapeuta F	É muito interessada em tudo que é ofertado, tem um cognitivo preservado. Tem alteração de comportamento muito pela questão familiar, uma mãe que cobra demais. É uma criança que é muito forçada em casa a fazer tudo perfeito. É muito inteligente, então ela percebe que é diferente essa parte da locomoção. Tem momentos de labilidade emocional. Se for uma brincadeira que ela não gosta, ela percebe que tá difícil pra ela, ela pede ajuda, pede socorro pra familiares e pode realmente chorar.

Por outro lado, foram encontrados também comportamentos delicados ou prejudiciais. A profissional E assinalou que seu paciente fantasia situações que não existem na realidade. Tanto o fisioterapeuta B quanto a F citaram a instabilidade emocional como um dos aspectos comportamentais dos seus pacientes e ambos alegaram que essa alteração de comportamento é

conseqüência da relação que a criança possui com seus pais. O fisioterapeuta B adjetivou os pais de super protetores e que os mesmos crêm que a limitação da criança é maior do que a real. A fisioterapeuta F alegou que a criança é muito cobrada a fazer tudo perfeito por parte da mãe.

A segunda parte da entrevista foi composta por questões sobre a visão do fisioterapeuta acerca da relação entre a inclusão escolar e a reabilitação fisioterapêutica. Esses resultados estão expostos nos Quadros 3 a 8, os quais contêm os trechos mais relevantes para o tema do estudo.

Através dos dados apresentados no Quadro 3 pôde-se concluir que os profissionais de Fisioterapia entrevistados acreditam que o processo de inclusão escolar de crianças com PC é muito importante para o desenvolvimento das mesmas e, além disso, repercute de forma positiva na sessão de Fisioterapia.

Os fisioterapeutas citaram a melhora da auto-estima e da linguagem, além da melhora do relacionamento com o terapeuta e com outras crianças como conseqüências da vivência em ambiente escolar comum. O fisioterapeuta B ressaltou também a importância da inclusão escolar para os pais das crianças com PC, na medida em que eles se sentem mais acolhidos, aumentando também a sua auto-estima, passando a ver o filho com menos diferença.

A fisioterapeuta C evidenciou que na sua prática profissional tem escutado relatos de pais acerca de uma maior dificuldade em matricular seus filhos com deficiência em escolas regulares particulares do que em escolas públicas. Outras dificuldades de inclusão também foram expostas pela fisioterapeuta E, tais como: resistência de professores, mães descrentes da potencialidade do filho e a não aceitação das crianças com deficiência por parte das escolas.

Todos os participantes afirmaram ter havido diferenças positivas após a inclusão da criança com PC na escola regular, como mostra o Quadro 4, sendo que 4 deles relataram não haver diferenças negativas no desempenho da criança após seu ingresso em escola comum. Todos os sujeitos ressaltaram que o meio escolar e o convívio com crianças sem deficiência incentivam

a criança com deficiência a buscar sua evolução no desempenho social e, além disso, melhora a comunicação, vocabulário e expressão da mesma.

Quadro 3. Processo de inclusão escolar e suas repercussões no atendimento fisioterapêutico

Fisioterapeuta A	Eu acho super interessante. É a proposta que <i>tá</i> tendendo a se seguir. Eu acho que ela <i>tá</i> no meio pra Fisioterapia, pro bem estar dela emocional, físico, que ela compartilha com outras crianças eu acho que repercute positivamente.
Fisioterapeuta B	É bastante importante pra eles esse processo de inclusão acho que principalmente pro desenvolvimento. Fica muito visível a diferença antes da escola e após a escola, em todos os sentidos. Acho que elas têm uma integração melhor, a relação com o terapeuta melhora, a relação delas com as outras crianças melhora. <i>Pros</i> pais eu acho que é importante também, eles se sentem mais acolhidos e não vêem o filho com tanta diferença e quando eles passam pra escola, essa sensação, a auto-estima deles melhora e da criança também melhora.
Fisioterapeuta C	A inclusão na escola particular é um pouco diferente da escola pública. Eles (<i>os alunos</i>) têm muito mais dificuldade pra entrar numa escola particular do que na pública, mas eu ainda acho que apesar de ser mais fácil na pública, os professores da pública não estão preparados. Porque você <i>tá</i> sendo uma imposição, <i>né</i> , e as escolas não estão nem preparadas pra isso.
Fisioterapeuta D	É excelente! Existe um problema social de conseguir uma escola, de enquadrar a escola, porque às vezes tem uma escola que oferece condição, mas só de deixar aquela criança ali, sem nenhum tipo de atividade. Eu acho que é urgente porque se a criança não tiver esse desenvolvimento o mais normal possível descaracteriza a reabilitação Não precisa equipamentos caros. O ideal é que seria o trabalho mais direcionado pra o cognitivo. Toda criança que é bem estimulada na área motora e na área cognitiva, ela tende a se desenvolver, a ser uma criança normal, trabalhar e dar lucros realmente pra sociedade. Retorno à nação.
Fisioterapeuta E	É uma coisa super positiva. Acredito nele, o que ele tem a propor à criança nos objetivos da inclusão... e melhora <u> muito </u> (<i>ênfase na voz</i>) a criança na terapia. O desenvolvimento, a potencialidade da criança, o arriscar, o lidar com suas dificuldades. Então, o uso de outros acessórios pra estar auxiliando na independência fica muito mais fácil de ser aceito. Ainda acho muito difícil a forma que ele acontece, ainda tem muitas dificuldades, muitas barreiras, pra <i>tá</i> se acontecendo tanto pedagogicamente quanto de estrutura de escola. A escola pública, que é onde a maioria deles terminam tentando entrar encontra muito desafio, muita resistência por parte dos professores e ainda por parte dos pais. Eu tenho crianças que estudam em escolas especiais e crianças que a mãe não acredita no potencial da criança. E outras que colocam, que aprendem, que encontram a dificuldade das escolas mesmo <i>tarem</i> aceitando.
Fisioterapeuta F	A repercussão na terapia é fantástica. A criança vê que o mundo não gira em torno dela. Elas ficam muito mais sociáveis, melhoram a linguagem, a interpretação dos comandos na terapia, ficam mais tranquilas, ficam mais confiantes. Então, a gente pode inserir outras coisas de figuras, de letras, de cores, muito mais fácil na atividade motora e por questões cognitivas a atividade motora <i>surtem</i> maior efeito.

A fisioterapeuta E listou o lidar com a dificuldade e tomar consciência de ser diferente como aspectos negativos para a criança, decorrentes da inclusão, porém ressaltou que esses

aspectos podem ser superados com o aparato de uma equipe e o apoio da família. Assim como a fisioterapeuta E, a F também acredita que a inclusão escolar de crianças com PC pode vir a causar certo sofrimento nas mesmas por conta de possível discriminação oriunda dos seus colegas.

Quadro 4. Diferenças ocorridas no desempenho da criança com PC após inclusão escolar

Fisioterapeuta A	A criança estar numa escola regular, numa escola comum, é só positivo e não estar na escola é prejuízo pra ela. O meio escolar a incentiva a buscar melhoras, a evoluir. Ela fazia <i>ballet</i> , mas a escola não acolheu as dificuldades e limitações que ela tem, tanto que ela está trocando de escola.
Fisioterapeuta B	Negativas eu não vejo nenhuma, eu vejo só positivas. O que eu vejo é a dificuldade da escola em adaptação, a dificuldade dos próprios professores de como lidar com essa criança, do que pode ser feito o que não pode, mas pra criança não tem nenhum aspecto negativo.
Fisioterapeuta C	Ele (<i>o paciente</i>) dá um retorno muito maior porque ele <i>tá</i> tendo contato com coisas normais. Quem vê e repete o normal, acaba fazendo o normal. Quem vê e repete o errado, acaba fazendo o errado. O convívio com as crianças ditas “normais” facilita e até imita o coleguinha. Então o retorno é bem positivo.
Fisioterapeuta D	Só é positivo. Mesmo aquelas que não fazem nada, ficam ali sentadinhas, só em ver outras crianças e participarem também de outras crianças, já existe sim uma melhora significativa nela... pelo menos sociabiliza. É muito importante!
Fisioterapeuta E	A parte positiva que eu acho é a motivação, o conseguir melhorar o desempenho social mesmo, dar oportunidade de conhecer coisas diferentes.... Eu acho que elas se tornam mais motivadas. Se existe uma verbalidade melhora vocabulário, melhora expressão. As negativas que às vezes você encontra, mas acho que com o aparato de uma equipe você consegue superar são: lidar com a dificuldade, tomar consciência do ser diferente, às vezes algumas terminam tendo um pouco de depressão, mas nada que com uma equipe, com apoio de família não resolva.
Fisioterapeuta F	De forma geral é muito positiva. Em alguns casos ocorre de crianças que no ambiente escolar elas são um pouco discriminadas por colegas. Em algum momento essas crianças podem realmente sofrer um pouco porque fica claro ali que elas são diferentes e que nem sempre elas são protegidas.

Outro aspecto abordado nesse estudo foram as situações escolares que a criança menciona para o fisioterapeuta e que o mesmo observa ser indício de maior interesse por parte do paciente na recuperação da sua função física. Essas situações estão evidenciadas no Quadro 5.

Os fisioterapeutas A e B concordam que a auto comparação com os colegas sem deficiência faz com que a criança deficiente se engaje na sua reabilitação, facilitando, assim, a

sua participação nos eventos escolares tais como festas e educação física. As fisioterapeutas C e F mencionaram atividades que envolvam brincadeiras de uma forma geral e a E citou a locomoção e atividades de lazer. Atividades de escrita foram relatadas pela Fisioterapeuta D como sendo mais um agente estimulador para a criança com PC se empenhar durante a sessão de Fisioterapia.

Quadro 5. Situações escolares que estimulam a recuperação física

Fisioterapeuta A	Ela se compara com outras crianças. Então no caso dela isso a incentiva ela a querer andar, a querer tá no meio, a participar de festinha da escola, então ela participa de todos os eventos que tem na escola, então incentiva ela...
Fisioterapeuta B	Eu acho que é ver os outros, os amigos correndo, na educação física, isso é um estímulo muito grande.
Fisioterapeuta C	É mais o brincar. Mesmo que sejam atividades educativas, mas que entre um brincar, são as que a gente nota que tem uma simbiose melhor, aí eles dão um feedback bom pra gente.
Fisioterapeuta D	Atividades que seja pra escrever, que seja para completar, que ela mesma busca nisso coisas pra mostrar uma forma, ou uma cor que ela já sabe.
Fisioterapeuta E	Seria mais a locomoção e a inclusão na hora do lazer mesmo, na hora de uma atividade física.
Fisioterapeuta F	Ela cita atividades que ela fez na escola, né, coleguinhas, brincadeiras que ela fez. Então ela chega muito mais animada, se sentindo fazendo parte mesmo de atividades que crianças da idade dela fazem. Então é a questão da motivação.

Todos os fisioterapeutas afirmaram que o fato de a criança com PC estar freqüentando escola comum influencia positivamente, de forma considerável, o plano de tratamento a ser traçado (Quadro 6).

Como exemplos dessa influência, os profissionais A, B e F fizeram referência às dificuldades das crianças na escola, sugestões de adaptação do espaço físico escolar aos professores e diretores, e adaptação do mobiliário escolar. A fisioterapeuta E relatou que o fato de o paciente usufruir de uma situação escolar a auxilia no delineamento das necessidades do paciente a serem trabalhadas e a fisioterapeuta C afirmou que essa situação facilita o alcance dos objetivos traçados. A profissional D assegurou que a inclusão escolar influencia, inclusive, no

processo de alta do paciente, pois, para dar alta, seria necessário saber como a criança está incluída na sociedade.

Quadro 6. Repercussões no plano de tratamento

Fisioterapeuta A	Influencia porque, assim, a gente vai na escola, a gente visita a escola, conversa com a professora, com a diretora (<i>observa as dificuldades da criança no ambiente escolar sugerindo mudanças no espaço físico</i>).
Fisioterapeuta B	Influencia. Bastante! Principalmente quando existe essa relação com professor, então muitas vezes existe o pedido do professor no sentido de adaptação de mobiliário, adaptação da criança ao mobiliário escolar e das necessidades da criança mesmo. Então o enfoque na terapia muda quando a criança entra na escola.
Fisioterapeuta C	A partir do momento que ele vê um padrão mais próximo do normal e repete esse padrão, ele vai tá me dando uma facilitação no que eu quero alcançar. Ele quer imitar o coleguinha. O colégio é um aliado forte.
Fisioterapeuta D	Com certeza! Em tudo! Até pra que eu possa dar uma alta pra criança eu tenho que saber como é que ela tá incluída na sociedade. A gente trabalha numa equipe que compreende também o professor. A inclusão faz parte também do tratamento de reabilitação.
Fisioterapeuta E	Auxilia pra você ter o objetivo da necessidade da criança, qual o dia a dia dela pra você tá intervindo e focando pontos pra ela tá desenvolvendo isso da melhor forma pra trabalhar com motivação.
Fisioterapeuta F	Interfere sim no plano. Mais a parte arquitetônica mesmo. Então, a escola que tem rampa, a escola que tem escada, como ela (<i>a criança</i>) poderia vencer isso.

Dos 6 entrevistados, apenas um realizou visita à escola do paciente com PC. Este profissional relatou ter sido bem recebido, ter conversado com professores e diretores e ter feito observações da rotina da criança no meio escolar, dando sugestões de adaptações do espaço físico. Os outros fisioterapeutas alegaram falta de oportunidade, de tempo, de liberação por parte da instituição em que trabalham ou simplesmente por não sentir necessidade em realizar a visita. Um dos profissionais relatou que visitas às escolas não fazem parte do seu trabalho. Essas informações estão evidenciadas no Quadro 7.

Os profissionais de Fisioterapia que participaram do estudo tiveram liberdade para fazer quaisquer outras considerações que achassem convenientes a respeito da inclusão escolar de

crianças com PC. Essas considerações constam no Quadro 8, o qual demonstra que a fisioterapeuta A acredita que a inclusão escolar ajudou na desmistificação de que toda criança com PC possuía função motora e cognitiva altamente comprometida.

Quadro 7. Visitas às escolas por parte do fisioterapeuta

Fisioterapeuta A	A escola que a gente visitou sempre recebe muito bem. Como é ela (<i>a criança</i>) na sala, o circular dela... como é que ela fica... a rotina dela na escola. E eles acatam muito a opinião da gente. Eles aceitam bem e recebe super bem.
Fisioterapeuta B	Não. Nunca houve necessidade. Da Deise nunca houve essa demanda e da escola também nunca houve.
Fisioterapeuta C	Não. Porque aqui (<i>se referindo ao local de trabalho</i>) a gente não tem condições de <i>tá</i> pedindo liberação pra <i>tá</i> indo a outro lugar, é uma coisa bastante complicada.
Fisioterapeuta D	Não, porque o nosso trabalho não entra visitas em escolas. Mas que é importante.
Fisioterapeuta E	Não. Acho que foi falta de oportunidade mesmo da escola e minha de <i>tá</i> tendo tempo pra <i>tá</i> fazendo isso.
Fisioterapeuta F	Não. A mãe falou que <i>tava</i> tudo tranquilo, e a gente não sentiu necessidade, mesmo porque não tinha que ter uma adaptação tão grande pra ela.

Os profissionais B e C têm a opinião de que tanto as escolas quanto os professores não estão preparados para a inclusão escolar de crianças com deficiência. A fisioterapeuta D anseia pela conquista da escolaridade por parte dos deficientes e, assim, a criança poderia garantir um trabalho, uma função no futuro. A fisioterapeuta E ratificou sua crença na inclusão escolar de crianças com deficiência, mas acha que ainda é necessário muito trabalho para a concretização desse processo. Ela afirma ainda que a responsabilidade pela inclusão não é apenas da escola e da família.

A profissional F fez uma ressalva sobre as crianças com alteração cognitiva, que precisam de cuidado especial, porém afirma que o Brasil ainda não é capaz de proporcionar tal cuidado. Ela observa que não há benefício para essas crianças caso elas ingressem numa escola comum e sejam discriminadas, marginalizadas.

Quadro 8. Outras considerações sobre inclusão escolar

Fisioterapeuta A	Existiu um mito de que as crianças com paralisia cerebral eram crianças que não se movimentavam, que a parte cognitiva era muito comprometida e que hoje por essa inclusão, por ela estar no meio, já se desmistificou e muito isso.
Fisioterapeuta B	É um processo que a gente divulga muito, é importante pra criança, mas eu acho que as escolas ainda não estão preparadas pra isso. Acho que falta preparo dos professores, de conhecimento da patologia, do diagnóstico da criança, esse tipo de preparo pra que ele tenha subsídio maior trabalhar.
Fisioterapeuta C	Acredito que tá muito bonitinho, tá no papel, mas ainda não tá da forma adequada não. Os professores não estão sendo bem preparados, as escolas não estão sendo equipadas. E a discriminação existe e está existindo muito mais na escola particular do que na escola pública. Não pode ser desse jeito, tem que ter uma adequação, um preparo pra isso.
Fisioterapeuta D	Assim como a gente já conquistou o passe livre, os benefícios, a gente conquiste também a escolaridade e, quem sabe, após a escolaridade, a inclusão, que essa criança seja voltada pra sociedade, voltada pra garantir um trabalho, pra garantir uma função a ser desenvolvida que complete.
Fisioterapeuta E	Eu acredito realmente na inclusão, acho que é uma coisa que tem que se tá investindo, ainda precisa se trabalhar muito. A escola, eu acho que tem que ter a sensação de não estar sozinha, de não é só responsabilidade dela e da família. Porque não é fácil, não é uma coisa tão simples de tá acontecendo de forma eficaz. Ainda tem aquela inclusão de só estar na escola, infelizmente ainda tem, mas que tem que tá na escola pra poder tá se motivando, pra tá tentando descobrir onde tão as falhas, pra tá tentando construir. Acredito muito na inclusão social e acho uma das coisas mais favoráveis pra qualquer criança.
Fisioterapeuta F	As crianças que têm uma alteração cognitiva eu acho importante essa questão de ir pra uma escola normal, uma escola com outras crianças que não tem nenhum acometimento cognitivo, mas com cuidado especial, que é uma coisa que o Brasil ainda não tem. Escola que <i>teja</i> realmente preparada pra isso, que tenha mais psicopedagogos, que tinham que ter aquelas pessoas que dêem um suporte maior pra essas crianças. Então, eu acho que é um assunto pra se discutir mais. Porque não adianta essa criança ir pra uma escola normal, mesmo ela sendo uma criança que tem um déficit cognitivo leve e ali ela é discriminada ou ela fica à margem.

5.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo, pôde-se colher depoimentos de 6 fisioterapeutas que atendem crianças com paralisia cerebral, as quais se encontram incluídas em escolar regular. Este estudo obteve resultados considerados satisfatórios e relevantes pela pesquisadora e que serão discutidos neste capítulo, sendo, muitas vezes ilustrados por trechos dos depoimentos obtidos com as entrevistas, cuja íntegra se encontra no Apêndice B.

As primeiras informações colhidas caracterizam os entrevistados e os pacientes por eles escolhidos para serem referências às respostas dadas.

Em relação ao comportamento da criança de forma geral e durante a sessão de Fisioterapia, todos os fisioterapeutas relataram aspectos que favorecem o relacionamento com o paciente escolhido, dentre eles ser colaborativo, ter bom comportamento e boa comunicação, ser atento e interessado.

Por outro lado, foram citados, também, comportamentos que podem ser considerados dificultadores da relação estabelecida com o paciente. Pode-se citar, por exemplo, circunstâncias que a criança fantasia situações que não existem na realidade. Interessante observar que 2 fisioterapeutas citaram a labilidade emocional como um dos aspectos comportamentais dos seus pacientes e ambos alegaram que essa alteração de comportamento é consequência da relação que a criança possui com seus pais. Os profissionais acreditam que esse comportamento seja reflexo da super proteção dos pais ou da cobrança exagerada que os mesmos fazem sobre seus filhos. Essas afirmações são comprovadas nos trechos abaixo:

“Só que ela é instável emocionalmente e é bastante insegura principalmente em função dos pais que são super protetores mesmo, ao extremo” (FISIOTERAPEUTA B).

“Tem alteração de comportamento muito pela questão familiar. Então, a mãe que ao mesmo que é permissiva, é uma mãe que cobra demais. [...] Então, é uma criança que é muito forçada em casa a fazer tudo perfeito” (FISIOTERAPEUTA F).

A partir da análise dos discursos dos participantes, profissionais da Fisioterapia, pode-se afirmar que os mesmos possuem plena convicção dos benefícios da inclusão escolar para o desenvolvimento de crianças com paralisia cerebral. Esse achado vai ao encontro de afirmações de pesquisadores como Mazzotta e Souza (1996), Graciano e Figueira (2000), Mantoan (2002),

Amiralian (2005), entre outros, que também ratificam que a inclusão escolar contribui para o desenvolvimento social do indivíduo e conseqüente construção da sua cidadania.

“É uma coisa super positiva. Acredito nele, o que ele tem a propor à criança nos objetivos da inclusão... e melhora muito (*ênfase na voz*) a criança na terapia” (FISIOTERAPEUTA E).

Como conseqüência da vivência em ambiente escolar, os fisioterapeutas citaram também a melhora do relacionamento com outras crianças. Tais aspectos estão exemplificados nos trechos de depoimentos abaixo:

É bastante importante pra eles esse processo de inclusão acho que principalmente pro desenvolvimento. Fica muito visível a diferença antes da escola e após a escola, em todos os sentidos. Acho que elas têm uma integração melhor, a relação com o terapeuta melhora, a relação delas com as outras crianças melhora (FISIOTERAPEUTA B).

[...] a criança vê que o mundo não gira em torno dela. Ela precisa *tá* assim com outras crianças, porque se ela não respeitar o espaço da outra criança, ela não vai ter... ela não vai ser inserida nas brincadeiras, não vai ter os amiguinhos. Elas ficam muito mais sociáveis, elas melhoram a linguagem, elas melhoram a interpretação dos comandos na terapia, ficam mais tranquilas, ficam mais confiantes (FISIOTERAPEUTA F).

Este efeito pode ser explicado com fundamento em Mazzotta (1982), pois o autor afirma que há estabelecimento de comunicação, participação ativa e reconhecida da criança com deficiência pelos outros alunos e, deste modo, a criança com deficiência vai se sentir naturalmente parte do grupo escolar. Em decorrência disso fica estabelecido o bom relacionamento entre as partes.

Um aspecto que merece ser ressaltado foi a menção que um dos fisioterapeutas fez aos benefícios que a inclusão escolar tem para os pais das crianças com deficiência. Segundo o profissional, essa benfeitoria fica demonstrada no sentimento de acolhimento que os genitores têm e passam a ver o filho incluído com menos diferença, elevando, assim, sua própria auto estima, como se evidencia no seguinte trecho: “*pros* pais eu acho que é importante também, eles

se sentem mais acolhidos e não vêem o filho com tanta diferença e quando eles passam pra escola, essa sensação, a auto-estima deles melhora e da criança também melhora” (FISIOTERAPEUTA B).

Esta consequência da inclusão escolar é muito importante, pois os pais de crianças com deficiências costumam sofrer constrangimento e se preocupam com a estigmatização do seu filho (SÁ, 2000). Em vista disso, pode-se deduzir que ao perceber que seu filho faz parte de um grupo social, o escolar, os pais passam a encarar a deficiência de forma mais amena e natural.

Um fato peculiar dos achados deste estudo foi a afirmação de uma das fisioterapeutas, baseada em relatos de pais, a respeito da maior facilidade das escolas públicas aceitarem crianças com deficiências do que as escolas particulares. Esta afirmação consta no seguinte depoimento: “a inclusão na escola particular é um pouco diferente da escola pública. Eles [os alunos] têm muito mais dificuldade pra entrar numa escola particular do que na pública” (FISIOTERAPEUTA C).

Talvez isso se deva ao fato de a escola pública ser um espaço que respeita a democratização do ensino assegurado constitucionalmente. O acesso à escola pública é, não só assegurado como direito, mas também representa o espaço de acolhimento da diversidade que se encontra na sociedade. É importante ressaltar neste momento que o decreto 3298/99, em seu artigo 24, inciso I estabelece “matrícula compulsória em cursos regulares de estabelecimentos públicos e particulares de pessoa portadora de deficiência capazes de se integrar na rede regular de ensino” (BRASIL, 1999).

Além de aspectos positivos, os entrevistados citaram, também, dificuldades para a concretização da inclusão. Uma delas seria a resistência que alguns dos professores de classes regulares possuem no que diz respeito à inclusão de aluno com deficiência.

“O que eu vejo é a dificuldade da escola em adaptação, a dificuldade dos próprios professores de como lidar com essa criança [...]” (FISIOTERAPEUTA B).

Esse achado coincide com o estudo de Mendes (2006) no qual a autora afirma que “nem todos os professores e educadores do ensino regular estão dispostos [...] a lidar com todos os tipos de alunos com dificuldades especiais, principalmente em casos de menor incidência, mas de maior gravidade”. Ratificando também o resultado encontrado, Silveira e Neves (2006) apontam que alguns professores consideram que escolas regulares não são ambientes propícios para o desenvolvimento de atividades para crianças com e sem deficiências de forma concomitante.

Alguns autores explicam essa resistência de parte dos educadores em aceitar alunos com PC em suas classes como sendo falta de informação e esclarecimento acerca das deficiências em consequência da escassa participação dos mesmos em palestras ou cursos sobre o referido tema (SANT’ANA, 2005; GOMES; BARBOSA, 2006).

Outro entrave à inclusão escolar citado pelos fisioterapeutas foi a descrença de algumas mães no que diz respeito às potencialidades dos filhos com deficiência. Alguns genitores optam por colocar seus filhos no ensino especial, pois levam em consideração, entre outros fatores, as extremas dificuldades dos seus filhos e por isso desacreditam na possibilidade dos filhos com deficiência serem incluídos em escolar regulares (SILVEIRA; NEVES, 2006). Pode-se utilizar como exemplo dessa triste constatação o depoimento da fisioterapeuta E: “eu tenho crianças que estudam em escolas especiais e crianças que a mãe não acredita no potencial da criança” (FISIOTERAPEUTA E).

Quando perguntados sobre diferenças positivas e/ou negativas ocorridas no desempenho do paciente com PC, todos os entrevistados ressaltaram, mais uma vez os benefícios da inclusão escolar, exemplificada no depoimento de um dos participantes: “a criança estar numa escola

regular, numa escola comum, é só positivo e não estar na escola é prejuízo pra ela. O meio escolar a incentiva a buscar melhoras, a evoluir” (FISIOTERAPEUTA A).

Os profissionais de Fisioterapia afirmaram que a evolução no desempenho da criança com PC seria consequência da convivência no meio escolar e principalmente com os colegas sem deficiência. Este achado é fortalecido por estudos de autores como Mendes (2006) que lista alguns dos benefícios que a convivência com colegas sem deficiências traz para alunos com deficiência:

Participar de ambientes de aprendizagem mais desafiadores; ter mais oportunidades para observar e aprender com alunos mais competentes; viver em contextos mais normalizantes e realistas para promover aprendizagens significativas; e ambientes sociais mais facilitadores e responsivos.

Pode-se ratificar a crença dos fisioterapeutas nos benefícios da convivência de seus pacientes com crianças sem deficiência nos seguintes depoimentos:

ele [o paciente] dá um retorno muito maior porque ele *tá* tendo contato com coisas normais. Quem vê e repete o normal, acaba fazendo o normal. Quem vê e repete o errado, acaba fazendo o errado. O convívio com as crianças ditas “normais” facilita e até imita o coleguinha. Então o retorno é bem positivo” (FISIOTERAPEUTA C).

“Ela se compara com outras crianças, *né*. Então no caso dela isso a incentiva ela a querer andar, a querer *tá* no meio, a participar de festinha da escola” (FISIOTERAPEUTA A).

“Eu acho que é ver os outros, os amigos correndo, na educação física, isso é um estímulo muito grande” (FISIOTERAPEUTA B).

Dois participantes citaram também aspectos negativos da inclusão escolar para seus pacientes com PC. Estes aspectos foram relacionados com a diferença que a criança apresenta em comparação a seus colegas, o que acarretava, algumas vezes, discriminação e sofrimento, fato que pode ser observado na seguinte fala:

“Em alguns casos ocorre de crianças que no ambiente escolar elas são um pouco discriminadas por colegas. Em algum momento essas crianças podem realmente sofrer um pouco porque fica claro ali que elas são diferentes” (FISIOTERAPEUTA F).

Deste modo, fica demonstrada a importância do processo escolar inclusivo também para os alunos sem deficiência, pois através da convivência com a diversidade, com limitações do outro e suas próprias, se criará um ambiente propício para a aceitação e respeito pelo diferente. Nesse sentido, Mendes (2006) ratifica alguns benefícios para os educandos sem deficiências: “possibilidade de ensiná-los a aceitar as diferenças nas formas como as pessoas nascem, crescem e se desenvolvem, e promover neles atitudes de aceitação das próprias potencialidades e limitações”.

Além da comparação com os colegas sem deficiência, os entrevistados citaram que, primordialmente, atividades que envolvam brincadeiras são as que mais estimulam seus pacientes com PC no que diz respeito ao seu engajamento durante a sessão de Fisioterapia.

“É mais o brincar. Mesmo que sejam atividades educativas, mas que entre um brincar, são as que a gente nota que tem uma simbiose melhor, aí eles dão um feedback bom pra gente” (FISIOTERAPEUTA C).

De acordo com Sialyus (2006), o brincar favorece a socialização da criança, na medida em que facilita a formação de vínculos afetivos, as trocas sociais e de conhecimento, além de contribuir para a aprendizagem, linguagem, capacidade emocional e física, já que favorece a movimentação das crianças. Além disso, segundo a autora, o espaço lúdico desperta na criança o desejo de aprender. Diante de tal explanação, se torna fácil compreender a estreita relação entre as brincadeiras e a inclusão escolar de crianças com deficiências.

Outra situação escolar mencionada por um dos participantes é a que envolve atividades com escrita. Pode-se relacionar tal fato com a dificuldade de manuseio de objetos que as crianças com paralisia cerebral possuem. Segundo Barros (1999, p.22), “alguns [alunos] não conseguem usar o lápis com uma habilidade mais fina. Outros nem mesmo pegam em um lápis”. Pode-se

deduzir que essa limitação de motricidade leva a criança com PC a ansiar por um manuseio mais eficiente.

Um resultado bastante importante deste estudo foi a confirmação de que a inclusão escolar do paciente com PC influencia de modo considerável o plano de tratamento que o profissional de Fisioterapia vai estabelecer pra aquela criança. Essa assertiva foi ratificada por todos os participantes desta pesquisa.

“Auxilia pra você ter o objetivo da necessidade da criança, qual o dia a dia dela pra você tá intervindo e focando pontos pra ela *tá* desenvolvendo isso da melhor forma pra trabalhar com motivação” (FISIOTERAPEUTA E).

Alguns dos fisioterapeutas mencionaram que a influência supracitada está, também, na sugestão de adaptação do espaço físico e mobiliário da escola para atender às necessidades da criança com PC. Para Croker e Kentish (1999), faz parte das incumbências do fisioterapeuta apontar as dificuldades que a criança com deficiência tem na escola. Além disso, a preocupação dos fisioterapeutas com a adaptação do espaço físico escolar e do mobiliário estão em consonância com o decreto 5296/04 que dispõe sobre a acessibilidade dos espaços, mobiliários, edificações, entre outros, para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida (BRASIL, 2004).

O único profissional que relatou ter feito visita à escola do seu paciente com PC utilizado como referência para o estudo, mencionou ter conversado com professores e diretores, ter feito observações sobre a rotina da criança e sugestões a cerca de adaptações do espaço físico da escola. Parece que Barros (1999) concorda com esta atitude, já que, para a autora, durante a visita à escola, o fisioterapeuta deve explicar aos funcionários o diagnóstico e prognóstico da criança com PC, mas de forma não aprofundada. Ainda de acordo com a autora, o profissional deve observar a estrutura física da escola e dar orientações a fim de sanar ou diminuir as barreiras arquitetônicas do ambiente escolar.

Foi constatado que a grande maioria dos fisioterapeutas participantes deste estudo não realizou visitas às escolas dos pacientes a que se referiram, sob argumentação de falta de oportunidade, de tempo, de liberação pela instituição em que trabalham, ou por não sentir necessidade em realizar a visita.

“Acho que foi falta de oportunidade mesmo da escola e minha de *tá* tendo tempo pra *tá* fazendo isso” (FISIOTERAPEUTA E).

Essa situação demonstra a necessidade de os profissionais de Fisioterapia perceberem a relevância dos seus conhecimentos e sugestões para as escolas e para os docentes com o objetivo de facilitar o processo escolar inclusivo. Além disso, as instituições de Fisioterapia também devem ter essa importância esclarecida a fim de favorecer, liberar e incentivar a visita dos seus profissionais às escolas dos pacientes com deficiências.

“Porque aqui (*se referindo ao local de trabalho*) a gente não tem condições de *tá* pedindo liberação pra *tá* indo a outro lugar, é uma coisa bastante complicada” (FISIOTERAPEUTA C).

No tocante a outras considerações gerais que os entrevistados tiveram liberdade para fazer, deve-se ressaltar a de que a inclusão escolar de crianças com deficiências não é responsabilidade apenas da escola e da família. Mazzotta (2005) afirma que “é indispensável a participação social de todos na produção, gestão e uso dos bens e serviços de uma sociedade democrática”. Além disso, a Declaração de Salamanca (1994) aponta a responsabilidade que o Governo tem sobre a educação inclusiva. Esta declaração demanda, entre outros aspectos, que as autoridades governamentais tenham a melhoria do sistema educacional como prioridade a fim de torná-lo apto a incluir as crianças com deficiência.

Igualmente ao Governo, os profissionais da saúde que fazem o acompanhamento da criança com deficiência também devem se engajar no favorecimento da inclusão escolar da

mesma, em especial o fisioterapeuta, já que é o profissional em foco neste estudo. Ficou demonstrado que a atuação do profissional de Fisioterapia no processo escolar inclusivo vem acontecendo de forma crescente (CROKER; KENTISH 1999), se tornando, assim, mais um importante profissional colaborador para o sucesso deste processo.

Uma questão interessante foi abordada por um dos participantes quando o mesmo abrangeu inclusão escolar de crianças com alteração cognitiva, afirmando não haver benefícios para as mesmas se elas forem deixadas à margem, discriminadas. Esta afirmação da profissional é pertinente, pois segundo Schneider (2003), a simples permanência da criança com deficiência em sala de aula regular não caracteriza a educação inclusiva.

“Porque não adianta essa criança [com alteração cognitiva] ir pra uma escola normal, mesmo ela sendo uma criança que tem um déficit cognitivo leve e ali ela é discriminada ou ela fica à margem” (FISIOTERAPEUTA F).

Nesse sentido, cabe lembrar que na opinião de Hallahan e Kauffman (1994) apud Mendes (2006), para alguns tipos de deficiência, a escola regular pode se tornar um ambiente mais segregador do que um ambiente de ensino “de colocação mais protegida e estruturada”. Estes autores referem-se à instituições de ensino especial.

Após a discussão dos resultados obtidos com a realização desta pesquisa, passaremos às considerações finais da mesma.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa foi muito gratificante para a pesquisadora, pois contribuiu para aprofundar o conhecimento acerca da questão da inclusão escolar de crianças com deficiências. A análise crítica, bibliográfica e documental, foi bastante esclarecedora para a pesquisadora já que o processo escolar inclusivo é um tema ainda polêmico e controverso para a sociedade. Além disso, a pesquisa possibilitou o estudo de relações da inclusão escolar com outros aspectos do cotidiano das crianças com paralisia cerebral, tal como a reabilitação física das mesmas.

Considera-se que os objetivos propostos inicialmente foram alcançados de forma satisfatória. Avalia-se que os achados deste estudo comprovaram que a inclusão escolar exerce influências consideráveis na reabilitação fisioterapêutica de crianças com paralisia cerebral. Essa conclusão foi obtida através da visão de profissionais de Fisioterapia baseados na experiência que possuem no atendimento de crianças com PC que freqüentam escolas regulares.

Por meio dos depoimentos dos fisioterapeutas ficou evidenciado que esses profissionais consideram a inclusão escolar um processo muito relevante e reconhecem os benefícios que o ambiente escolar comum e a convivência com crianças sem deficiência pode gerar às crianças com PC. Para os sujeitos participantes do estudo, os benefícios da inclusão se traduzem por meio do favorecimento do desenvolvimento social da criança, melhora da sua auto estima, linguagem, comunicação e do modo como ela se relaciona com o fisioterapeuta e com outras pessoas.

É importante ressaltar que, segundo os sujeitos da pesquisa, a convivência com crianças sem deficiência faz com que a criança com PC se compare a elas e tenha um padrão de movimento normal para se espelhar, estimulando, assim, a criança com PC a se engajar na sua recuperação funcional.

Como elementos indicativos de engajamento na recuperação física, segundo os fisioterapeutas, as crianças citam principalmente o desejo por participar de forma mais ativa de eventos escolares e atividades que incluam brincadeiras.

O estudo evidenciou também os benefícios que a inclusão escolar traz para os pais de crianças com deficiência. Este aspecto foi ressaltado por um dos participantes que afirmou que o processo inclusivo gera uma visão mais amena da deficiência do filho por parte dos genitores.

Além dos benefícios, os fisioterapeutas listaram também aspectos dificultadores da inclusão escolar tais como: despreparo de professores, resistência das escolas e dos docentes em aceitar alunos com PC, pais descrentes das potencialidades dos filhos com deficiência e possível discriminação que as crianças com PC podem sofrer por parte dos colegas.

Outro resultado bastante satisfatório desse estudo foi a confirmação de que o fato de o paciente com PC freqüentar escola comum influencia o plano de tratamento habilitador/reabilitador que o fisioterapeuta traçará para a criança. Essa influência se expressa através da necessidade de o profissional ter conhecimento sobre as dificuldades que essa criança enfrenta no ambiente escolar e, além disso, essa condição auxilia o mesmo no delineamento das necessidades a serem trabalhadas com seu paciente. Esses fatores facilitam, conseqüentemente, o alcance dos objetivos propostos para aquele paciente que freqüenta escola regular. As influências se dão ainda por meio de sugestões para adaptação do mobiliário ou do espaço físico escolar, além de troca de informações com professores e diretores.

Através dessa pesquisa, ficou evidenciada a escassa presença do profissional de Fisioterapia nas escolas, na forma de visitas às mesmas. Apesar de reconhecerem a importância do processo escolar inclusivo de seus pacientes com PC, demonstrou-se que poucos foram os fisioterapeutas que realizaram visitação às escolas das crianças. Este achado demonstra a necessidade de maior esclarecimento sobre a importância da ida destes profissionais às escolas

dos seus pacientes e a grande diferença que suas observações, conhecimentos e sugestões podem fazer a fim de favorecer a inclusão escolar das crianças com PC ou com qualquer outro tipo de deficiência.

Para a pesquisadora, a questão da inclusão social e escolar deveria estar presente na vida dos acadêmicos de Fisioterapia, fazendo parte da grade curricular do curso de graduação dos mesmos. Deste modo, esse fato possibilitaria a formação de profissionais mais conscientes da sua própria importância no processo inclusivo e, conseqüentemente, mais preparados para favorecer a inclusão de pessoas com deficiência nos vários setores da sociedade.

Através dos depoimentos obtidos, foi possível chegar à conclusão que é de extrema importância que os responsáveis pelas instituições de Fisioterapia também entendam o grau de relevância da ida do fisioterapeuta à escola do seu paciente e, deste modo, devem não apenas autorizar como também incentivar a visita escolar por parte dos seus funcionários fisioterapeutas.

Como foi ressaltado anteriormente, a problemática da inclusão escolar de crianças com deficiências é um assunto que tem sido estudado, discutido e sob várias vertentes. Em vista disso, sugere-se elaboração de novos estudos sobre o assunto com a intenção de esclarecer o máximo possível aspectos do tema, na tentativa de atingir o ideal para suprir as necessidades educativas das crianças com deficiências. Além disso, recomenda-se o aprofundamento do estudo da relação existente entre a inclusão escolar e a reabilitação fisioterapêutica de crianças com PC ou outras deficiências.

Espera-se ter contribuído, com este estudo, para o esclarecimento de aspectos da inclusão escolar de crianças com PC baseados na visão do profissional de Fisioterapia sobre este processo. É certo que o interesse da pesquisadora sobre o referido tema e o desejo pela elaboração de novos estudos não se encerram com a finalização desta pesquisa. Almeja-se ainda

que os achados deste estudo possam ajudar na melhoria da qualidade de vida das crianças com deficiências e suas famílias.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Ligia Assumpção. *Pensar a diferença/deficiência*. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 1994.

AMIRALIAN, Maria L. T. et al. Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.34, n.1, p. 97-103, fev. 2000. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 15.03.2003.

_____. Desmistificando a inclusão. *Revista Psicopedagogia*, 22(67), p. 59-66, 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. Disponível em: <<http://www.abnt.org.br>>. Acesso em: 17.03.2005.

BARROS, A.S. A integração do deficiente físico em escolas regulares: relato de experiência. *Temas sobre Desenvolvimento*, v.8, n.46, p.20-27, 1999.

BECKER, Howard. *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977, p.55.

BOBATH, Bertha; BOBATH, Karel. *Desenvolvimento motor nos diferentes tipos de paralisia cerebral*. Editora Manole, 1989.

BOBATH, Karel. *Uma base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral*. Editora Manole, 2 ed., 1990.

BRANDÃO, Juercio Samarão. Tratamento precoce na paralisia cerebral. In: LIANZA, Sergio. *Medicina de Reabilitação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

BRASIL. Decreto 3.298 de 20.12.1999. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/dpdh/corde/dec3298.htm>>. Acesso em: 15.03.05.

_____. *Estatuto da Criança e do Adolescente*, 12^a edição, editora Saraiva, p.10, 2002.

_____. Decreto n° 5296, de 02 de dezembro de 2004. Disponível em <<http://www.81.dataprev.gov.br>>. Acesso em 20.05.2005.

CASTRO, Athaly B. Campos Martins. Habilitação e reabilitação. In: DIAMENT, Aron; CYPEL, Saul. *Neurologia infantil*. Atheneu, 3 ed, São Paulo, 1996.

COLLI, Fernando Anthero Galvão; AMÂNCIO, Valéria. Continuando a travessia pela ponte. *Estilos da Clínica/ Instituto de psicologia, Universidade de São Paulo*. V.1, n.1. São Paulo, USP-IP, 1996.

CROKER, Amanda e KENTISH, Megan. Serviços de Fisioterapia para crianças em idade pré-escolar e escolar. In: BURNS, Yvonne R. e MACDONALD, Julie. *Fisioterapia e crescimento na infância*. 1^a edição, São Paulo: Santos Livraria Editora, 1999, p.131-140.

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA. 1994. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/dpdh/corde/decl_salamanca.htm>. Acesso em: 17.03.05.

DIAMENT, Aron. Encefalopatias crônicas da infância (paralisia cerebral). In: DIAMENT, Aron; CYPEL, Saul. *Neurologia infantil*. Atheneu, 3 ed, São Paulo, 1996.

DUARTE, Julio Pinto. Paralisia cerebral. In: LIANZA, Sergio. *Medicina de Reabilitação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Dicionário da língua portuguesa*, 3ª edição, Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999.

FINNIE, Nancie R. *O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral*. São Paulo: Manole, 2000.

FLEHMIG, Inge. *Desenvolvimento Normal e seus Desvios no lactente- diagnóstico e tratamento precoce do nascimento até o 18º mês*. São Paulo: Atheneu, s.d, p. 101.

GOMES, Claudia; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. Inclusão escolar do portador de paralisia cerebral: atitudes de professores do ensino fundamental. *Revista brasileira de educação especial*, v. 12, n.1, Marília, Jan/abr 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar_ttext&pid=S1413-65382006000100007&lng=en&nrm=isso>. Acesso em 20/04/2007.

GRACIANO, M.I.G.; FIGUEIRA, E. A deficiência: aspectos sociais da reabilitação e trabalho interdisciplinar. *Temas sobre desenvolvimento*, v.9, n.49, p.40-51, 2000.

GUSMAN, Sonia; TORRE, Cláudia Alcântara de. Fisioterapia em Paralisia Cerebral. In: SOUZA, Angela Maria Costa de; FERRARETTO, Ivan. *Paralisia Cerebral- aspectos práticos*. 2.ed. São Paulo: Memnon, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13.03.2005.

KATO, Lucila Suemi. *Fatores que interferem na dinâmica de equipes de reabilitação que atua em instituições especializadas*. 2003. 69 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento)- Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2003.

LEITÃO, Araújo. Incidência da paralisia cerebral. In: LEITÃO, Araújo. *Paralisia cerebral – diagnóstico, terapia, reabilitação*. Atheneu, Rio de Janeiro, 1983.

_____. Fisioterapia na paralisia cerebral. In: LEITÃO, Araújo. *Paralisia cerebral – diagnóstico, terapia, reabilitação*. Atheneu, Rio de Janeiro, 1983.

LUDKE, M; ANDRE, M. *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. EPU, 1986.

MACIEL, Maria Regina Cazzaniga. Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. *São Paulo em Perspectiva*, v.14, n.2, p. 51-56, abr.-jun. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 17.03.2005.

MANTOAN, Maria Teresa Égler. *Caminhos pedagógicos da inclusão*. Disponível em <<http://www.educacaoonline.pro.br>>. Acesso em: 17.03.2005.

MARQUES, Carlos Alberto. Implicações políticas da institucionalização da deficiência. *Educação e Sociedade*, v.19, n.62, p.105-122, abr.1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15.03.2005.

_____. A estetização do espaço: perspectivas de inserção ou de exclusão da pessoa portadora de deficiência. *Temas sobre Desenvolvimento*, v.8, n.47, p.10-6, 1999.

MARTINS, Juliana Saccol. *Atuação do fisioterapeuta escolar de crianças com deficiência: uma perspectiva integradora*. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento)-Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2002.

MAZZOTTA, Marcos José da S. *Fundamentos de educação especial*. São Paulo: Pioneira, 1982. p. 43-44.

_____. *Trabalho docente e formação de professores de educação especial*. São Paulo: E.P.U, 1993.

_____. Marcos José da Silveira. Inclusão, integração ou chaves da vida humana. In: III Congresso Ibero-Americano de Educação Especial. Diversidade na Educação: Desafio para o Novo Milênio. Foz do Iguaçu, 1998. *Anais do congresso*. Brasília: SEESP/MEC, 1998, p.48-53.

_____. Deficiência, educação escolar e necessidades especiais: reflexões sobre inclusão socioeducacional. *Cadernos de Pós-Graduação*. São Paulo: Editora Mackenzie, 2002, 36 p.

_____. Reflexões sobre inclusão com responsabilidade. In: *Simpósio Internacional sobre Deficiência Visual – América Latina e Inclusão Social: Avanços e Desafios Futuros*, São Paulo, 28/09/2005.

_____. Acessibilidade e a indignação por sua falta. IN: BRASIL. Secretaria Nacional dos direitos humanos. I *Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: Acessibilidade: você também tem compromisso* Brasília: SEDH/CONADE-CORDE, 2006, p. 30-32.

_____; SOUZA, Sandra M. Zákia L. Inclusão escolar e educação especial: considerações sobre a política educacional brasileira. *Estilos da Clínica/ Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo*. V.1, n.1. São Paulo, USP-IP, 1996.

MENDES, Enicéia Gonçalves. Reconstruindo a concepção de deficiência na formação de recursos humanos em educação especial. In: MARQUEZINE, Maria Cristina; ALMEIDA, Maria

Amélia; TANAKA, Eliza Dieko Oshiro. *Perspectivas multidisciplinares em educação especial II*. Londrina: Ed. UEL, 2001.

MENDES, Enicéia Gonçalves, A radicalização do debate sobre inclusão escolar no Brasil. *Revista Brasileira de Educação*, v.11, n.33, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782006000300002&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 20/04/2007.

MICHELS, Maria Helena. Gestão, formação docente e inclusão: eixos da reforma educacional brasileira que atribuem contornos à organização escolar. *Revista brasileira de educação*, v. 11, n.33, Rio de Janeiro, set/dez 2006. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782006000300003&lng=en&nrm=iso >. Acesso em 20/04/2007.

MRECH, Leny Magalhães. *O que é educação inclusiva?* 2001 Disponível em: <<http://www.educacaoonline.pro.br>>. Acesso em: 17.03.05.

NARANJO, Maria Del Pino Lecuona; MARTÍN, Azucena Hernández; GÓMEZ, Maria Cruz Sanches. Da integração à escola inclusiva na Espanha. *Estilos da Clínica/ Instituto de psicologia, Universidade de São Paulo*. V.1,n.1. São Paulo, USP-IP, 1996.

NERY, Olavo. Conceito e classificação da paralisia cerebral. In: LEITÃO, Araújo. *Paralisia cerebral – diagnóstico, terapia, reabilitação*. Atheneu, Rio de Janeiro, 1983.

O'CALLAGHAN, Michael. Prefácio. In: BURNS, Yvonne R. e MACDONALD, Julie. *Fisioterapia e crescimento na infância*. 1ª edição, São Paulo: Santos Livraria Editora, 1999.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Resolução 37/52 de 3.12.1982: *Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes*. Disponível em: <http://www.interlegis.gov.br/processo_legislativo/>. Acesso em: 20.04.2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. 2001 Disponível em < <http://hygeia.fsp.usp.br/cbcd/cifWeb.htm> >. Acesso em: 06.06.2006.

PIOVESANA, Ana Maria Sedrez Gonzaga. Paralisia cerebral: contribuição do estudo por imagem. In: SOUZA, Angela Maria Costa de; FERRARETTO, Ivan. *Paralisia Cerebral- aspectos práticos*. 2.ed. São Paulo: Memnon, 2001.

POMPEU, José Guilherme Ferrer. *O orientador de bolso: recomendações para a elaboração de trabalhos acadêmicos*. São Paulo: Memnon, 2003.

REIS, Juliane Cristine Koerber. *Expectativas de uma equipe de reabilitação infantil quanto ao papel do psicólogo*. 2003. 188 f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento)- Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2003.

RESOLUÇÃO COFFITO 80, de 09 de maio de 1987. Baixa atos complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do Fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br>>. Acesso em: 06.06.2006.

SÁ, Sumaia Midlej Pimentel. *No dia-a-dia... a luta: a família da criança com deficiência física*. Dissertação (Mestrado em Sociedade e Família Contemporânea). Universidade Católica do Salvador. Salvador, 2005. 89f.

SANT'ANA, Izabella Mendes. Educação inclusiva: concepções de professores e diretores. *Psicologia em estudo*, v.10, n.2, Maringá, mai-ago 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722005000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20/04/2007.

SANTOS, Ligia Abram dos. A reabilitação e o fisioterapeuta: formação profissional. *Cadernos de pós-graduação em distúrbios do desenvolvimento*, v.2, n.1, p.29-41, São Paulo, 2002.

SASSAKI, Romeu Kazumi. *Como chamar os que têm deficiência?* Disponível em: <<http://www.saci.org.br>>. Acesso em: 27.10.05.

SCHNEIDER, Magalis Bésser Dorneles. *Subsídios para ação pedagógica no cotidiano escolar inclusivo*. 2003. Disponível em: <<http://www.educacaoonline.pro.br>>. Acesso em: 17.03.05.

SIALYUS, Mara O. de Campos. *Inclusão social e escolar de pessoas com deficiência visual: estudo sobre a importância do brinquedo e do brincar*. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento). Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2006, 159f.

SILVEIRA, Flávia Furtado; NEVES; Marisa Maria Brito da Justa. Inclusão escolar de crianças com deficiência múltipla: concepções de pais e professores. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v.22, n.1, Brasília 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722006000100010&lng=en&nrm=isso>. Acesso em 20/04/2007.

SOUZA, Regina Maria de; d'ANGELIS Wilmar; VERAS, Viviane. *Estilos da Clínica/ Instituto de psicologia*, Universidade de São Paulo. V.1,n.1. São Paulo, USP-IP, 1996.

SOUZA, Ângela Maria Costa de. Prognóstico funcional da paralisia cerebral. In: SOUZA, Angela Maria Costa de; FERRARETTO, Ivan. *Paralisia Cerebral - aspectos práticos*. 2ª ed. São Paulo: Memnon, 2001.

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE. *Apresentação de trabalhos acadêmicos: guia para alunos da Universidade presbiteriana Mackenzie*. 3ª ed. São Paulo: Editora Mackenzie, 2005, 104 p.

VASH, Carolyn. *Enfrentando a deficiência. A manifestação, a Psicologia, a reabilitação*. Trad. Geraldo J. Paiva, Maria S.F. Aranha e Carmem L. R. Bueno. São Paulo, Pioneira/EDUSP, 1988. p. 150.

ANEXOS

ANEXO A

CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DE PESQUISA

O presente trabalho se propõe a estudar a possível influência do processo de inclusão escolar na reabilitação de crianças com deficiência física advinda da Paralisia Cerebral na cidade de Salvador-BA. Os dados para o estudo serão coletados através de entrevistas semi-estruturadas com fisioterapeutas que atendam crianças com paralisia cerebral incluídas em escolas regulares. A entrevista será realizada pela pesquisadora responsável no local estipulado pelos fisioterapeutas. Este material será posteriormente analisado e será garantido sigilo absoluto sobre as questões respondidas, sendo resguardado o nome dos participantes, bem como a identificação do local da coleta de dados. A divulgação do trabalho terá finalidade acadêmica, esperando contribuir para um maior conhecimento do tema estudado. Aos participantes cabe o direito de retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo algum. Os dados coletados serão utilizados na dissertação de Mestrado da Fisioterapeuta Lívia Joelma Almeida de Lima e Silva, aluna do Programa de Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

.....
Lívia Joelma Almeida de Lima e Silva
telefone para contato (11) 76758032

.....
Marcos José da Silveira Mazzotta
Universidade Presbiteriana Mackenzie

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o(a) senhor(a) _____, sujeito de pesquisa, após leitura da CARTA DE INFORMAÇÃO AO SUJEITO DA PESQUISA, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância em participar da pesquisa proposta. Fica claro que o sujeito de pesquisa ou seu representante legal podem, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar do estudo alvo da pesquisa e fica ciente de que todo trabalho realizado torna-se informação confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

Salvador,..... dede.....

Assinatura do sujeito ou seu representante legal

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Informações preliminares

Fisioterapeuta _____

1) Sexo: _____

2) Tempo de graduação do profissional: _____

3) Você tem paciente (s) com paralisia cerebral que possua (m) as seguintes características:

- Estar freqüentando escola comum (regular) a pelo menos 3 meses;
- Diparesia ou hemiparesia grau leve;
- Linguagem verbal inteligível (compreensível);
- Idade entre 4 e 11 anos;
- Estar sob seu atendimento fisioterapêutico a pelo menos 6 meses.

SIM Quantos? _____ NÃO

4) Escolha um entre seus pacientes com todas as características supracitadas para responder os próximos quesitos:

a) Idade: _____ b) Sexo: _____

c) Tipo de PC: Diparesia Hemiparesia

d) Série escolar: _____

e) Faz uso de algum desses equipamentos de auxílio?

SIM Qual? Órteses Cadeira de rodas Andador Muletas

NÃO

f) Comportamento (geral e terapia):

g) Há quanto tempo a criança está sob seu atendimento? _____

2. Atuação do fisioterapeuta no caso escolhido

- 1) Gostaria de saber como você vê o processo de inclusão escolar de pacientes com paralisia cerebral. E também a repercussão no atendimento fisioterapêutico.

- 2) Você tem observado diferenças positivas e/ou negativas no desempenho da criança com paralisia cerebral com o decorrer desse processo escolar inclusivo? Quais?

- 3) Quais situações escolares são mencionadas pela criança que a estimula a engajar-se na recuperação da sua função física?

- 4) A situação de inclusão escolar da criança com paralisia cerebral influencia seu plano de tratamento? Em que aspectos?

- 5) Você já foi convidado (a) pela escola ou a visitou em razão do atendimento a esta criança? Em caso positivo, como foi? Em caso negativo, entendeu ser desnecessário?

- 6) Você gostaria de fazer alguma outra consideração a respeito da inclusão escolar de crianças com paralisia cerebral?

APÊNDICE B

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS FINAIS

Fisioterapeuta A

1. Informações preliminares

1) Sexo: **Feminino**

2) Tempo de graduação do profissional: **22 anos**

3) Você tem paciente (s) com paralisia cerebral que possua (m) as seguintes características:

- Estar freqüentando escola comum (regular) a pelo menos 3 meses;
- Diparesia ou hemiparesia grau leve;
- Linguagem verbal inteligível (compreensível);
- Idade entre 4 e 11 anos;
- Estar sob seu atendimento fisioterapêutico a pelo menos 6 meses.

SIM

Quantos? **07**

NÃO

4) Escolha um entre seus pacientes com todas as características supracitadas para responder os próximos quesitos:

a) Idade: **9 anos**

b) Sexo: **FEMININO**

c) Tipo de PC: Diparesia Hemiparesia

d) Série escolar: **4^a série**

e) Faz uso de algum desses equipamentos de auxílio?

SIM Qual? Órteses Cadeira de rodas Andador Muletas

NÃO

f) Comportamento (geral e terapia): **É uma criança ativa, ela é super inteligente, ela bola super bem as questões, mas é bem ativa, participativa, colabora, gosta da terapia. Ela tem umas questões emocionais em relação à família. Ela se acha... ela tem nove, mas ela convive mais com crianças... ela gosta de se relacionar com crianças maiores. Então ela tem uma personalidade muito forte e tem esse comportamento, né, ela sempre quer estar com crianças mais velhas e às vezes se coloca como se fosse criança mais velha do que da idade dela.**

g) Há quanto tempo a criança está sob seu atendimento? **05 anos**

Fisioterapeuta A

2. Atuação do fisioterapeuta no caso escolhido

1) A criança estar em... estar na sociedade *né* inclusiva, como todos, eu acho super interessante. E acho que essa que é a proposta que *tá* se tendendo a se seguir. Em relação a ela, no caso das crianças... eu acho que ela *tá* no meio, eu acho que só isso já *tá*... pra Fisioterapia, pro bem estar dela emocional, físico, que ela compartilha com outras crianças eu acho que repercute positivamente. As coisas que, por exemplo, no caso que essa criança ela relata comigo é que ela... tem a ver com a dificuldade de circular com outras crianças, ela *tá* andando independente já, mas de se bater e se machucar, então ela tem medo de circular na escola.

2) Sempre ela *teve* na escola. Quando ela foi pra mim ela sempre *teve* na escola comum, *né*, então... Ela já fez *ballet* na escola, mas que não foi positivo, porque a escola não... a escola não favoreceu, não acolheu ela com a dificuldade que ela tem, com as limitações dela, mas tanto que ela ta trocando de escola. Mas a influência dela na Fisioterapia, como é que eu poderia te dizer? Mas eu acho que a criança estar numa escola regular, numa escola comum, eu acho que é só positivo e não estar na escola é prejuízo pra ela.

3) Ela se compara com outras crianças, *né*. Então no caso dela isso a incentiva ela a querer andar, a querer *tá* no meio, a participar de festinha da escola, então ela participa de todos os eventos que tem na escola, então incentiva ela... a escola, o meio da escola incentiva ela a buscar melhoras, *né*, a evolução dela.

4) Influencia porque, assim, a gente vai na escola, a gente visita a escola, conversa com a professora, com a diretora. Assim... em termos da dificuldade dela, o caso dela, de circular no meio. Então a professora realmente falou que ela tinha receio de deixar Regina no meio dos outros porque ela escorregava. Então assim, no caso a gente conversou com a escola a trocar o tênis pra um antiderrapante pra ela poder circular. E na escola atual a gente não sabe ainda, mas de botar um antiderrapante na própria escola que é perto do parque pra ela *tá* facilitando o acesso dela ao parque. Mas, tranquilo...

5) É... a gente já fez, visitou. A escola que a gente visitou sempre recebe muito bem, *né*. A gente passa às vezes... passa a manhã, no caso dela, visitando. Como é ela na sala, o circular dela... como é que ela fica... a rotina dela na escola. E eles acatam muito a opinião da gente, *né*. Eles aceitam bem e recebe super bem.

6) Na minha experiência, eu não tive nenhuma questão ainda...alguma dificuldade da escola quando eu fui visitar, *né*, nenhuma dificuldade. Tem relatos de mãe que falam em relação a não aceitar o filho em determinada escola, mas aí eu não fui conhecer ainda, não conversei. Tem uma criança especial que me relatou isso esse ano.

Eu acho assim, existiu um mito de que as crianças com paralisia cerebral eram crianças que não se movimentavam, que não... a parte cognitiva era muito comprometida e que hoje, já, *né*, por essa inclusão, por ela estar no meio, já se desmistificou e muito isso. Eu acho super legal, super tranquilo agora.

Fisioterapeuta B

1. Informações preliminares

1) Sexo: **Masculino**

2) Tempo de graduação do profissional: **06 anos**

3) Você tem paciente (s) com paralisia cerebral que possua (m) as seguintes características:

- Estar freqüentando escola comum (regular) a pelo menos 3 meses;
- Diparesia ou hemiparesia grau leve;
- Linguagem verbal inteligível (compreensível);
- Idade entre 4 e 11 anos;
- Estar sob seu atendimento fisioterapêutico a pelo menos 6 meses.

SIM

Quantos? **02**

NÃO

4) Escolha um entre seus pacientes com todas as características supracitadas para responder os próximos quesitos:

a) Idade: **11 anos**

b) Sexo: **FEMININO**

c) Tipo de PC: Diparesia Hemiparesia

d) Série escolar: **3^a série**

e) Faz uso de algum desses equipamentos de auxílio?

SIM Qual? Órteses Cadeira de rodas Andador Muletas

NÃO

f) Comportamento (geral e terapia): **Ela tem um bom cognitivo, se comporta bem, é bastante atenta. Só que ela é instável emocionalmente e é bastante insegura principalmente em função dos pais que são super protetores mesmo, ao extremo. É um dos que eu tenho com maior nível de proteção aqui é com ela. Até 2 meses atrás ela não sabia cortar pão, não sabia passar manteiga no pão porque os pais não deixavam, por achar que ela tivesse... que a limitação fosse maior até do que a que existe.**

g) Há quanto tempo a criança está sob seu atendimento? **07 meses**

Fisioterapeuta B

2. Atuação do fisioterapeuta no caso escolhido

1) É bastante importante pra eles esse processo de inclusão acho que principalmente pro desenvolvimento. A gente percebe assim que muitas crianças... fica muito visível a diferença de quando elas... antes da escola e após a escola, em todos os sentidos. Acho que elas têm uma integração melhor, a relação com o terapeuta melhora, a relação delas com as outras crianças melhora. *Pros* pais eu acho que é importante também, não sei se é o seu tema, mas *pros* pais faz uma diferença bem grande, eles se sentem mais acolhidos e não vêem o filho com tanta diferença. Acho que o preconceito dos próprios pais é muito grande, principalmente aqui (*se referindo ao local de trabalho*) e quando eles passam pra escola, essa sensação, a auto-estima deles melhora e da criança também melhora.

2) Não... Negativas eu não vejo nenhuma, eu vejo só positivas. O que eu vejo, não sei se vai entrar em algum outro item, é a dificuldade da escola, principalmente quando a escola tá começando esse processo de inclusão, a dificuldade em adaptação, a dificuldade dos próprios professores de como lidar com essa criança do que pode ser feito o que não pode, mas pra criança não tem nenhum aspecto negativo, pelo menos eu não observei até hoje.

3) Eu acho que é ver os outros, os amigos correndo, na educação física, isso é um estímulo muito grande. E eles vêm muitas vezes pedindo pra fazer algum tipo de coisa. Então, eu tenho pacientes que vem...um que teve alta agora que ele viu os amigos pulando corda na escola e ele queria pular também, ele não entendia porque que ele não conseguia pular corda, e aí ele pedia pra trabalhar isso na terapia.

4) Influencia. Bastante! Principalmente quando existe essa relação com professor, então muitas vezes existe o pedido do professor no sentido de adaptação de mobiliário, adaptação da criança ao mobiliário escolar e das necessidades da criança mesmo, então, por exemplo, de melhor coordenação, se precisar trabalhar mais a coordenação, trabalhar mais reação de proteção porque na escola ela corre, então as crianças batem, ela pode cair. Então o enfoque na terapia muda quando a criança entra na escola.

5) A Deise particularmente não, mas já fiz isso com outras. Não houve necessidade... ela já ta na escola a um bom tempo e a escola se adapta muito bem. Eu sempre me coloco a disposição, mas nunca houve necessidade...da Deise nunca houve essa demanda e da escola também nunca houve.

6) Eu só acho que é um processo que a gente divulga muito, é importante pra criança, mas eu acho que as escolas ainda não estão preparadas pra isso. Acho que falta ainda... não só da questão material, acho que a questão material a escola supre facilmente isso, acho que falta do aspecto de preparo dos professores, de conhecimento da patologia, do diagnóstico da criança, esse tipo de preparo pra que ele tenha subsídio maior trabalhar. Mas a questão material acho que isso é o mais fácil, o difícil é conseguir esse outro lado.

Fisioterapeuta C**1. Informações preliminares**1) Sexo: **Feminino**2) Tempo de graduação do profissional: **08 anos**

3) Você tem paciente (s) com paralisia cerebral que possua (m) as seguintes características:

- Estar freqüentando escola comum (regular) a pelo menos 3 meses;
- Diparesia ou hemiparesia grau leve;
- Linguagem verbal inteligível (compreensível);
- Idade entre 4 e 11 anos;
- Estar sob seu atendimento fisioterapêutico a pelo menos 6 meses.

SIM Quantos? **10**NÃO

4) Escolha um entre seus pacientes com todas as características supracitadas para responder os próximos quesitos:

a) Idade: **06 anos**b) Sexo: **MASCULINO**c) Tipo de PC: Diparesia Hemiparesia d) Série escolar: **Não soube informar**

e) Faz uso de algum desses equipamentos de auxílio?

SIM Qual? Órteses Cadeira de rodas Andador Muletas NÃO f) Comportamento (geral e terapia): **Ele é uma criança ótima, não dá nenhum trabalho, ele consegue desenvolver todas as funções que a gente solicita, tem um grau de compreensão maravilhoso, dá um retorno muito bom (colaborativo).**g) Há quanto tempo a criança está sob seu atendimento? **04 anos**

Fisioterapeuta C

2. Atuação do fisioterapeuta no caso escolhido

1) A inclusão na escola particular é um pouco diferente da escola pública. É isso que eu consigo ver na prática e no contato com a maioria dos meus pacientes que estão em escola e um ensino regular. Então assim, eles têm muito mais dificuldade pra entrar numa escola particular do que na pública, *né*, apesar de que a gente pensaria o contrário, mas a verdade é essa, a não ser escolinha de bairro que você já conheça o professor que você já tenha um contato maior, mas o restante todos se queixam de ter uma pequena dificuldade. A Diana mesmo que é que tá com a gente já a um tempinho, a mãe teve que usar algum recurso mais (*gesto de força*) pra conseguir matricular ela com um professor que desse uma atenção diferenciada pra ela, porque ela consegue acompanhar, mas tem dificuldade de se locomover até o banheiro e tal. Paulo também foi o mesmo esquema. Ele teve que o pai chegar na escola e ter uma conversa, *né*, coisa que na pública eles não acharam essa dificuldade. Eles optaram pela particular pelo... pelo ensino, *né*, pela questão de qualidade do ensino. Então assim, eu vejo que a inclusão ela é diferenciada da pública pra particular, hoje tá mais fácil do que o que era antes, mas eu ainda acho que apesar de ser mais fácil na pública, os professores da pública não estão preparados. Porque você não pode simplesmente dizer: “olha, você tem que atender *lé e crê*” e fazer um cursinho rápido como fizeram com uma galera, acho que seis meses ou foi oito meses um curso preparatório e dizer que *tá* preparado pra pegar um autista, síndrome de Down, um PC, *né*, todas as diversas patologias e você dizer que *tá* apto pra isso. Porque você não *tá*, você tá fazendo porque *tá* sendo uma imposição, *né*, e se duvidar até mais... as escolas não estão nem preparadas pra isso... é só o professor...

2) *Ó*, assim... a coisa mais legal que a gente fala, é que a gente não deve sair excluindo porque foi excluída de um colégio, *né*. Então assim, um cognitivo *tando* preservado, ele dando um bom retorno, a criança tem que *tá* dentro de um convívio social o mais normal possível, o mais comum possível pra ele sair um pouco dessa discriminação, porque se ele só tem alteração motora, eu não vejo porque ele não *tá* incluso. Então assim, ele dá um retorno muito maior pra gente porque ele *tá* tendo contato com coisas normais. Quem vê e repete o normal, acaba fazendo o normal. Quem vê e repete o errado, acaba fazendo o errado. Se eu *tô* do lado de uma criança, eu tenho o cognitivo preservado, *tô* do lado de uma criança e vejo ela fazendo movimentos estereotipados, até pela própria brincadeira ele vai acabar fazendo e repetindo aqueles movimentos estereotipados. Então, assim, o convívio com as crianças ditas “normais”, isso facilita. Então, assim, dá um retorno melhor pra gente porque ele vai *tá* vendo o que é o andar normal, o que é se transportar normalmente, o que é sentar direitinho e até imita o coleguinha. Então o retorno é bem positivo. Da parte prática, motora...

3) É mais o brincar, *né*. Assim, atividades que... mesmo que sejam atividades educativas, mas que entre um brincar, são as que a gente nota que tem uma simbiose melhor, *né*, aí eles dão um feedback bom pra gente. Por exemplo, a gente precisa trabalhar uma criança que precisa facilitar a abdução e de repente na escola entra brinquedo com uma bola que trabalhe isso, ou então um jogo que trabalhe isso. Então ele vem conta pra gente que fez assim. Aí eu pego faço aqui uma atividade similar e digo: “olhe, igual a sua escolinha que seu coleguinha *tá* fazendo, *vamo* fazer legal pro seu coleguinha também achar que você fez legal e tal”. Isso dá um retorno bom. Mas é mais o brincar e uma atividade que entre uma brincadeira junto.

4) Naquilo que eu te falei. A partir do momento que ele vê um padrão mais próximo do normal e repete esse padrão, ele vai tá me dando uma facilitação no que eu quero alcançar, *né*. Se ele *tá* diante de pessoas, um exemplo maluco, mas se ele *tá* diante de pessoas que brigam muito ele vai ser uma criança que vai ter uma tendência a ser mais agressiva, brigar mais. Então se ele vê um padrão correto ele tem mais tendência a fazer o certo. Até mesmo se eu for falar: “ó, vamos sentar direitinho? Lá no colégio você senta direitinho? Seu coleguinha senta direitinho? Então vamos sentar direitinho *né?*” Então é uma forma de você *tá* chamando também... Porque ele não quer... ele quer imitar o coleguinha na lancheira, na forma de sentar, na forma de andar. Então esse feedback é o feedback motor, mas vamos fazer mais próximo de como você faz lá fora. O colégio é um aliado forte.

5) Não. Não, assim, porque aqui (*se referindo ao local de trabalho*) a gente não tem condições de *tá* pedindo liberação pra *tá* indo a outro lugar, é uma coisa bastante complicada. No meu outro emprego é outro tipo de perfil de atendimento, apesar de ser neuro, é adulto e é estagiário... FIB (*Faculdades Integradas da Bahia*)... Então lá eu não tenho como *tá* dizendo assim: “vou alí sair pra visitar um colégio”. Então a gente acaba jogando um pouco nas costas do serviço social e ficando um pouco à parte. Já visitei instituição com adequação, inclusive eu dei uma palestra sobre adequação de uma escola, *né*, quando eu tava na APAE, mas assim não cheguei a ir na escola depois do serviço montado, nem fui nessa escola específica desse paciente, mas participei de um processo de ajuste, de adequação de uma escola.

6) Muito isso que eu te falei no início, *né*. O que serve pra *lé*, nem tudo serve pra *cré*. Então acredito que *tá* muito bonitinho, *tá* no papel, mas ainda não *tá* da forma adequada não. Os professores não estão sendo bem preparados, as escolas não estão sendo equipadas. E a discriminação existe e está existindo muito mais na escola particular do que na escola pública apesar de ter essa regra agora que tem que imbutir, mas assim, “vamos imbutir”, não pode ser desse jeito, tem que ter uma adequação, um preparo pra isso, e é o que a gente ver. Acho que é o enfoque, *né?* Melhor consideração do que essa...

Fisioterapeuta D**1. Informações preliminares**1) Sexo: **Feminino**2) Tempo de graduação do profissional: **29 anos**

3) Você tem paciente (s) com paralisia cerebral que possua (m) as seguintes características:

- Estar freqüentando escola comum (regular) a pelo menos 3 meses;
- Diparesia ou hemiparesia grau leve;
- Linguagem verbal inteligível (compreensível);
- Idade entre 4 e 11 anos;
- Estar sob seu atendimento fisioterapêutico a pelo menos 6 meses.

SIM Quantos? **06**NÃO

4) Escolha um entre seus pacientes com todas as características supracitadas para responder os próximos quesitos:

a) Idade: **11 anos**b) Sexo: **MASCULINO**c) Tipo de PC: Diparesia Hemiparesia d) Série escolar: **Alfabetização**

e) Faz uso de algum desses equipamentos de auxílio?

SIM Qual? Órteses Cadeira de rodas Andador Muletas NÃO

f) Comportamento (geral e terapia): **É bom o comportamento, se comunica bem, facilitando, né, a... o exercício, né. Anda de forma independente na comunidade, não tem limitação significativa. O trabalho que a gente tá desenvolvendo agora seria só mais o equilíbrio, um pouco mais de equilíbrio, buscando mais equilíbrio. Tá no processo de alta. E é uma das crianças, assim, que tem o perfil excelente.**

g) Há quanto tempo a criança está sob seu atendimento? **01 ano e 3 meses**

Fisioterapeuta D

2. Atuação do fisioterapeuta no caso escolhido

1) Olha, primeiro eu poderia responder a parte mais assim do que ela necessita, que seria o trabalho da inclusão com a criança PC. Então é excelente! Existe um problema social de conseguir uma escola, de enquadrar a escola, porque às vezes tem uma escola que oferece condição, mas só de deixar aquela criança ali, sem nenhum tipo de atividade. Algumas crianças já, nossas, foram vistas dessa maneira. E, assim, eu acho que é urgente porque se a criança não tiver esse desenvolvimento o mais normal possível descaracteriza a reabilitação. O processo de inclusão em jogos, em participação na comunidade, em atividade social, na escola, que é uma sociedade segundo depois da família é a escola. Então assim, se a criança fica sem essa fase ou se ela fica escondida numa escola com poucos estímulos que não *tá* bem equipada... Não precisa equipamentos caros. O ideal é que seria o trabalho mais direcionado, *né*, pra o cognitivo, *né*, alguma coisa assim que faça com que a criança acompanhe o desenvolvimento em área específica do cérebro e que ajude a ela com isso a desenvolver também a parte motora, porque a partir do momento que a criança é estimulada na parte cognitiva, que é no cérebro, é uma área motora que está dentro do cérebro vai ajudar também a andar. Toda criança que é bem estimulada na área motora e na área cognitiva, ela tende a se desenvolver, a ser uma criança normal, trabalhar e dar lucros realmente pra sociedade. Retorno à nação.

2) Todas as crianças que eu... ehhhh... que já passou por mim, que tenha o processo de escolaridade normal, que *tá* num processo de inclusão só é positivo, só é positivo. Mesmo aquelas que não fazem nada, ficam ali sentadinhas, só em ver outras crianças e participarem também de outras crianças, já existe sim uma melhora significativa nela... pelo menos sociabiliza. É muito importante!

3) Eu acho que deveria fazer em conjunto. A partir de 2 anos a criança não *tá* na idade de escolaridade, mas teria uma fase inicial que seria trabalhar com a psicomotricidade. *(Refiz a pergunta de outra forma ao perceber que a resposta não condizia com a pergunta feita).*

Compreender os comandos, *né*, os conceitos, por exemplo: dentro, fora, em cima, em baixo, duro, mole, as cores, a numeração, porque tudo isso dá um certo esclarecimento. Você vai falar pra criança aquilo que ela entende, aquilo que ela compreende. Então, fica melhor você lidar com a criança que está na escola do que aquela criança que não passou ainda pela escola, mesmo que tenha idade de escolaridade, tenha todo componente, mas que não foi estimulada porque a família achou que por ela ter um problema motor ela não vai pra escola e...

(Novamente expliquei o que havia sido perguntado).

Com certeza! Em compreensão, por exemplo, assim, em pedir atividades que seja pra escrever, que seja para completar, que ela mesma busca nisso coisas pra mostrar uma forma, ou uma cor que ela já sabe. Ela aponta mais, ela se organiza, procura organizar-se no dia a dia, *né*?

4) Com certeza! Em tudo! Até pra que eu possa dar uma alta pra criança eu tenho que saber como é que ela *tá* incluída na sociedade, porque senão minha alta fica faltando, fica só uma alta limitada, só pra Fisioterapia. A gente trabalha numa equipe que compreende também o professor. A inclusão faz parte também do tratamento de reabilitação e sem a inclusão, sinceramente, eu acho que eram os erros do passado, a 20 anos atrás, ou 10 anos atrás ou até recente de mães que não dão assim... ou que não tem acesso mesmo, *né*, pela dificuldade de a escola não oferecer

condições, ter uma escada, não ter uma barra adequada, não ter uma rampa, não ter cadeiras que possa suportar o treinamento daquelas crianças ali.

Então seu plano de tratamento ficaria voltado pra parte física da escola?

Exatamente! O mobiliário, exatamente, o acesso! Inclusive, assim... eu tenho várias crianças que são tetra, por exemplo, que já pode estar freqüentando uma escola, ou já vim pra a instituição dentro de uma cadeira de rodas que vai dar a ela uma aquisição do sentar e isso limita porque ou o transporte não é adequado, ou quando ela vai enfrentar a rua ela não encontra adaptações necessárias, uma rampa, um declínio, um piso sem ser antiderrapante. Essas coisas fazem com que a criança tenha paradas no seu tratamento, *né*. Então mostra a ela mais ainda a dificuldade, porque além da limitação motora, existe a limitação do próprio espaço físico.

5) Ainda não porque na verdade nós temos uma escola aqui, mas essa escola será remontada dentro de um processo de um plano que nós estamos fazendo em termos de inclusão das crianças, inclusive mostrar que essa escola tem uma capacidade e que falta pequenas coisas para que ela seja uma escola modelo, por exemplo, *né*? Então, vai ser trabalhada. Mas eu conheço algumas escolas assim... não posso citar no momento...

(Interrompi ao perceber que a resposta não condizia com a pergunta e perguntei o motivo de não ter feito a visita na escola da criança em questão)

Não, porque o nosso trabalho não entra visitas em escolas. Mas que é importante.

6) Que fosse feita isso, assim, dentro do processo normal. Assim como a gente já conquistou o passe livre, os benefícios, a gente conquiste também a escolaridade e, quem sabe, após a escolaridade, a inclusão, *né*, que essa criança seja voltada pra sociedade, voltada pra garantir um trabalho, pra garantir uma função a ser desenvolvida que complete. Esse eu acho que é *o maior* das necessidades de ver isso acontecer dentro do processo de reabilitação e também de conseguir que a criança seja incluída como um todo.

Fisioterapeuta E**1. Informações preliminares**1) Sexo: **Feminino**2) Tempo de graduação do profissional: **08 anos**

3) Você tem paciente (s) com paralisia cerebral que possua (m) as seguintes características:

- Estar freqüentando escola comum (regular) a pelo menos 3 meses;
- Diparesia ou hemiparesia grau leve;
- Linguagem verbal inteligível (compreensível);
- Idade entre 4 e 11 anos;
- Estar sob seu atendimento fisioterapêutico a pelo menos 6 meses.

SIM Quantos? **03**NÃO

4) Escolha um entre seus pacientes com todas as características supracitadas para responder os próximos quesitos:

a) Idade: **09 anos**b) Sexo: **MASCULINO**c) Tipo de PC: Diparesia Hemiparesia d) Série escolar: **2ª série**

e) Faz uso de algum desses equipamentos de auxílio?

SIM Qual? Órteses Cadeira de rodas Andador Muletas NÃO

f) Comportamento (geral e terapia): **É uma criança comunicativa, verbaliza as coisas que quer, fantasiosa, ela gosta muito de criar histórias e colocar profissões nos pais, passeios que não são reais. Mas, assim, é uma criança que brinca, que sabe logicamente o que quer, o que gosta, sabe se comunicar bem. Só tem essa questão mesmo de tá fantasiando um pouco. Tem hora que você pega numas mentiras numas coisinhas, mas...**

g) Há quanto tempo a criança está sob seu atendimento? **01 ano**

Fisioterapeuta E

2. Atuação do fisioterapeuta no caso escolhido

1) O processo de inclusão é uma das coisas que eu acho que é um... é uma coisa super positiva. Acredito nele, o que ele tem a propor à criança nos objetivos da inclusão. Ainda acho muito difícil a forma que ele acontece, ainda tem muitas dificuldades, muitas barreiras, pra *tá* se acontecendo tanto pedagogicamente quanto de estrutura de escola. Acho que a educação é muito..... delicado o processo de educação. A escola pública, que é onde a maioria deles terminam tentando entrar, encontra muito desafio, muita resistência por parte dos professores e ainda por parte dos pais. Eu tenho crianças que estudam em escolas que seriam escolas especiais, ainda tenho crianças que estudam assim, e crianças que a mãe não acredita no potencial da criança. Então, quando se tenta falar: “não, ah, mas ele não aprende” (*resposta das mães*) então não dão nem a chance de *tá* aprendendo. E outras que colocam, que aprendem, que encontram a dificuldade das escolas mesmo *tarem* aceitando. Mas eu acho que vale a pena, é uma coisa que eu acredito e melhora muito (*ênfase na voz*) a criança na terapia. O desenvolvimento, a potencialidade da criança, o arriscar, o lidar com suas dificuldades. É uma visão diferente. Então, o uso de outros acessórios pra estar auxiliando na independência fica muito mais fácil de ser aceito, porque crianças que fazem uma transferência de locais pequenos, vão terminar tendo que precisar de um local maior, então vão ter uma dificuldade maior, então eles terminam aceitando o uso de algum auxílio, de alguma órtese, de um algum andador e termina melhorando até a qualidade da marcha pra uma marcha futura mais independente e com menos auxílio.

2) Eu acho... a parte positiva que eu acho é a motivação. Eu acho que elas se tornam mais motivadas. As crianças que têm realmente aquela condição cognitiva de *tá* acompanhando e que a dificuldade seja só motora, elas se tornam muito mais motivadas. As que têm uma dificuldade de comprometimento, acho que melhora a comunicação, melhora... se existe uma verbalidade melhora vocabulário, melhora expressão. As negativas que às vezes você encontra, mas acho que com o aparato de uma equipe, mas que você consegue superar são: lidar com a dificuldade, tomar consciência do ser diferente, *né*, as vezes algumas terminam tendo um pouco de depressão, mas nada que com uma equipe, com apoio de família não resolva. Mas eu acho que o mais positivo é a motivação, o conseguir melhorar o desempenho social mesmo, dar oportunidade de conhecer coisas diferentes...

3) Locomoção. Assim: “ah, eu quero andar, quero ir pro parquinho, quero jogar bola”. Então, assim, essas foram as coisas que já chegaram até mim, assim: “ah, mas eu não *tô* andando, não *tô* saindo, *tô* ficando... não fui pro parquinho” E porque? “Ah, porque não consigo andar melhor, porque eu não quero andar de muleta”. Então se torna um motivo pra elas *tarem* tentando melhorar. Seria mais a locomoção e a inclusão na hora do lazer mesmo, na hora de uma atividade física, do lazer...

4) Auxilia pra você ter o objetivo da necessidade da criança. Então, assim, o que que a criança necessita, o que ela precisa, e qual o dia a dia dela pra você *tá* intervindo e focando pontos pra ela *tá* desenvolvendo isso da melhor forma. Então, tanto na hora de você ver qual o objetivo você vai *tá* trabalhando pra trabalhar com motivação, então você termina tendo algo que a criança queira, mas com base, é lógico, na capacidade física dela. Então, eu faço avaliação do que a criança realiza e qual a dificuldade da criança, pra depois vendo função e tentar melhorar esses pontos. E,

assim, tratar de um reforço ou visualizando algum auxílio que poderia *tá* sendo usado, de que forma melhor. Então, ah, um andador, ou uma muleta, *né*, pela fase de transição, quanto tempo já um, quanto tempo já outro, aonde *tá* usando, se em casa já *tá* andando de muleta, mas na escola *tá* de andador porque o percurso é maior, nas orientações aos pais. E, se precisar de auxílio pra *tá* vendo escola, preferindo algum mobiliário, aí também entraria na minha parte de metas.

5) Não. Aqui nessa instituição que eu *tô* não cheguei a ir porque termina a *fisio* ficando e não tem muito esse acesso de *tá* indo e vindo. Eu fiz uma visita, mas foi mais informal do que como *fisio*, trabalhando, foi mais.... Acho que foi falta de oportunidade mesmo da escola e minha de *tá* tendo tempo pra *tá* fazendo isso.

6) Eu acredito realmente na inclusão, acho que é uma coisa que tem que se *tá* investindo, ainda precisa se trabalhar muito. A escola, eu acho que tem que ter a sensação de não estar sozinha, de não é só responsabilidade dela e da família. Então assim, acho que a família tem que *tá* amparada, a escola tem que *tá* amparada e todo mundo têm que *tá* de uma forma mais aberta, porque não é fácil, não é uma coisa tão simples de *tá* acontecendo de forma eficaz. Ainda tem aquela inclusão de só estar na escola, infelizmente ainda tem, mas que tem que *tá* na escola pra poder *tá* se motivando, pra *tá* tentando descobrir onde *tão* as falhas, pra *tá* tentando construir. Acredito muito na inclusão social e acho uma das coisas mais favoráveis pra qualquer criança.

Fisioterapeuta F

1. Informações preliminares

1) Sexo: **Feminino**

2) Tempo de graduação do profissional: **07 anos**

3) Você tem paciente (s) com paralisia cerebral que possua (m) as seguintes características:

- Estar freqüentando escola comum (regular) a pelo menos 3 meses;
- Diparesia ou hemiparesia grau leve;
- Linguagem verbal inteligível (compreensível);
- Idade entre 4 e 11 anos;
- Estar sob seu atendimento fisioterapêutico a pelo menos 6 meses.

SIM Quantos? **05** NÃO

4) Escolha um entre seus pacientes com todas as características supracitadas para responder os próximos quesitos:

a) Idade: **04 anos**

b) Sexo: **FEMININO**

c) Tipo de PC: Diparesia Hemiparesia

d) Série escolar: **Pré-escola**

e) Faz uso de algum desses equipamentos de auxílio?

SIM Qual? Órteses Cadeira de rodas Andador Muletas

NÃO

f) Comportamento (geral e terapia): **É uma criança muito interessada em tudo que é ofertado... muito interessada, tem um cognitivo preservado. Tem alteração de comportamento muito pela questão familiar. Então, a mãe que ao mesmo que é permissiva, é uma mãe que cobra demais. Então, já teve momentos de ser uma criança com gagueira, uma gagueira forte, de ficar ansiosa querendo fazendo sempre o melhor porque a mãe ficava ali: “Iana, você sabe, mostre, a gente já fez isso em casa”. Então, é uma criança que é muito forçada em casa a fazer tudo perfeito. E como ela é muito inteligente, então ela percebe que é diferente essa parte da locomoção, que ela precisa do andador, inclusive ela deu até nome por andador que é João Vitor. Mas tem essa questão que é uma criança muito forçada, né, a sempre fazer o melhor. E tem momentos de labilidade emocional também. Então, se for uma brincadeira que ela não gosta, ela percebe que tá difícil pra ela, ela pede: “minha mãe, minha avô”. Ela pede ajuda, pede socorro pra familiares e pode realmente chorar. Ela pode tá brincando feliz e pode começar a chorar porque não era a brincadeira que ela queria.**

g) Há quanto tempo a criança está sob seu atendimento? **02 anos**

Fisioterapeuta F

2. Atuação do fisioterapeuta no caso escolhido

1) A repercussão na terapia é fantástica. Primeiro que a criança vê que o mundo não gira em torno dela. Ela precisa *tá* assim com outras crianças, porque se ela não respeitar o espaço da outra criança, ela não vai ter... ela não vai ser inserida nas brincadeiras, não vai ter os amiguinhos. Elas ficam muito mais sociáveis, elas melhoram a linguagem, elas melhoram a interpretação dos comandos na terapia, ficam mais tranquilas, ficam mais confiantes. Então, a gente pode inserir outras coisas de figuras, de letras, de cores, muito mais fácil na atividade motora e por questões cognitivas a atividade motora *surtem* maior efeito.

2) De forma geral é muito positiva, *né*, por isso que eu falei. Em alguns casos ocorre de crianças que no ambiente escolar, elas sofrem algumas... ehhhh... elas são um pouco discriminadas por colegas que as vezes não é nem por maldade, mas falam: “você é diferente, você é aleijado, seu braço é assim”.

Aí seria um ponto negativo?

É. Teve uma criança especificamente, L. que ele tem uma hemiparesia, comprometimento bem acentuado em membro superior, o cognitivo é normal, que ele começou a ficar um pouco agressivo aqui na terapia e em casa também porque aí a gente ficou sabendo que na escola os colegas tratavam ele mal. Mas isso foi uma fase, depois a professora entrou e ajudou. Mas em algum momento essas crianças podem realmente sofrer um pouco porque fica claro ali que elas são diferentes e que nem sempre elas são protegidas.

E no caso dessa criança que a gente tava falando antes, você percebeu diferenças positivas, negativas...

O dela foi totalmente positiva.

3) Ela cita atividades que ela fez na escola, *né*, coleguinhas, brincadeiras que ela fez. Então ela chega muito mais animada, se sentindo fazendo parte mesmo de atividades que crianças da idade dela fazem. Então é a questão da motivação.

Tem alguma atividade especifica que ela menciona pra você que tenha a ver com a escola que faz ela se engajar mais durante a sessão de Fisioterapia?

Ela não trouxe isso assim... não, não trouxe. Em relação específica ao que existe na escola, ela não trouxe, por enquanto.

4) Se é uma criança em idade escolar que não *tá* na escola ainda, a gente começa a inserir alguns desses esses aspectos. Claro que a gente sempre que pode a gente indica pra T.O. também, porque ela vem mais com esses recursos, da distância, da mão, o olhar, a brincadeira mais especifica pra idade. Mas a gente também trás um pouco disso, não só essa parte cognitiva que seria um pouco mais de T.O., mais a parte arquitetônica mesmo. Então, a escola que tem rampa, a escola que tem escada, como ela poderia vencer isso. Mas, assim, uma criança em idade escolar que *tá* ou não na escola, interfere sim no plano.

5) Não... Nós já visitamos, mas foi uma criança com Síndrome de Down.

Não foi essa criança?

Não foi essa criança não.

E no caso dela você não foi porque?

Ela mudou de escola agora. Antes ela *tava* numa escola que tava mais receptiva, não tinha nenhum problema. Essa agora, que ela *tá* numa escola que é mais rígida, que a gente *tá* pensando já em fazer a visita. Porque *tava* tudo bem, a mãe não trazia nenhum... e a mãe é muito orientada. Então, ela falou que tava tudo tranquilo, e a gente não sentiu necessidade, mesmo porque não tinha que ter uma adaptação tão grande pra ela.

6) Eu acho que as crianças que têm uma alteração cognitiva, *né*, que na verdade não é nem o caso dessa que a gente falou, tem que ver... eu acho importante essa questão de ir pra uma escola normal, uma escola com outras crianças que não tem nenhum acometimento cognitivo, mas com cuidado especial, que é uma coisa que o Brasil ainda não tem. Escola que *teja* realmente preparada pra isso, que tenha mais psicopedagogos, que tenham que ter aquelas pessoas que dêem um suporte maior pra essas crianças, porque elas têm um desvio leve de cognição que podem ser rapidamente inseridas. Então, eu acho que é um assunto pra se discutir mais. Porque não adianta essa criança ir pra uma escola normal, mesmo ela sendo uma criança que tem um déficit cognitivo leve e ali ela é discriminada ou ela fica à margem. Então tem que ter um cuidado com essa escola pra receber melhor essa criança.