Marcos Claudio Signorelli
Tainá Ribas Mélo
Organização

Diversidade Inclusão e Saúde

Perspectivas Interdisciplinares de Ação

autografia

Diversidade Inclusão e **Saúde**

Perspectivas Interdisciplinares de Ação

EDITORA AUTOGRAFIA

Editora Autografia Edição e Comunicação Ltda.
Av.Rio Branco, 185, sala 2105 – Centro
Cep: 20040-007
Rio de Janeiro

Coordenação Editorial:
Preparação dos Originais:
Revisão de Linguagem: Tatiane Valéria Rogério de Carvalho
Diagramação: William Leal
Capa: Luciana Ferreira

Diversidade, inclusão e saúde: perspectivas interdisciplinares de ação
Marcos Claudio Signorelli e Tainá Ribas Melo

1ª Edição
Setembro de 2015
ISBN: 978-85-5526-247-0

Os textos aqui presentes são de inteira responsabilidade, no que se refere a seu conteúdo teórico-metodológico, de seus respectivos autores e autoras. Nem os organizadores, nem a UFPR Litoral tem responsabilidade sobre eles.

Todos os direitos reservados.
É proibida a reprodução deste livro com fins comerciais sem prévia autorização dos autores e da Editora Autografia.

CATALOGAÇÃO NA FONTE

D618 Diversidade, inclusão e saúde: perspectivas interdisciplinares de ação. / Marcos Claudio Signorelli; Tainá Ribas Melo (Orgs.) - Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2015.

262 p.
ISBN 978-85-5526-247-0

1. Diversidade. 2. Saúde. 3. Educação inclusiva. I. Signorelli, Marcos. II. Melo, Tainá Ribas.

CDD 371.9

(Maikon Patrick Garcia, CRB 9/1681 - Universidade Federal do Paraná).

Marcos Claudio Signorelli
Tainá Ribas Mélo
Organização

Diversidade Inclusão e Saúde

Perspectivas Interdisciplinares de Ação

PRESIDENTA DA REPÚBLICA
Dilma Vana Rousseff

MINISTRO DA EDUCAÇÃO
Renato Janine Ribeiro

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA, ALFABETIZAÇÃO, DIVERSIDADE E INCLUSÃO - SECADI
Macaé Maria Evaristo dos Santos

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
REITOR
Prof. Dr. Zaki Akel Sobrinho

VICE-REITOR
Prof. Dr. Rogério Andrade Mulinari

COORDENAÇÃO DE INTEGRAÇÃO DE POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – CIPEAD UFPR
COORDENADORA GERAL
Profª. Drª.Marineli Joaquim Meier

COORDENAÇÃO DE POLÍTICAS DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – COPEFOR – UFPR
COORDENADORA GERAL
Profª. Drª. Glaucia da Silva Brito

SETOR LITORAL
DIRETOR DO SETOR LITORAL
Prof. Dr. Valdo José Cavallet

VICE DIRETOR
Prof. Dr. Renato Bochicchio

COORDENADOR DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GÊNERO E DIVERSIDADE NA ESCOLA
Prof. Dr. Marcos Claudio Signorelli

COORDENADOR DE TUTORIA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GÊNERO E DIVERSIDADE NA ESCOLA
Prof. Me. Clóvis Wanzinack

APOIO ADMINISTRATIVO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GÊNERO E DIVERSIDADE NA ESCOLA
Daniele Schneider

REVISÃO
Me. Tatiane Valeria Rogerio de Carvalho

DIAGRAMAÇÃO
William Leal Colaço Fernandes

CAPA
Profa. Dra. Luciana Ferreira

CONSELHO EDITORIAL AUTOGRAFIA

Adriene Baron Tacla
Doutora em Arqueologia pela Universidade de Oxford;
Professora do Departamento de História da Universidade Federal Fluminense.

Ana Paula Barcelos Ribeiro da Silva
Doutora em História Social pela UFF;
Professora Adjunta de História do Brasil do DCH e do PPGHS da UERJ/FFP.

Daniel Chaves
Pesquisador do Círculo de Pesquisas do Tempo Presente/CPTP;
Pesquisador do Observatório das Fronteiras do Platô das Guianas/OBFRON;
Professor do Mestrado em Desenvolvimento Regional - PPGMDR/Unifap.

Deivy Ferreira Carneiro
Professor do Instituto de História e do PPGHI da UFU;
Pós-doutor pela Université Paris I - Panthéon Sorbonne.

Elione Guimarães
Professora e pesquisadora do Arquivo Histórico de Juiz de Fora.

Karl Schurster
PhD em História, Coordenador do curso de história e coordenador geral de graduação da UPE.

Rivail Rolim
Professor do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História-UEM-PR.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO **09**

PARTE I – PERSPECTIVAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS DE AÇÃO EM QUESTÕES DE DIVERSIDADE, INCLUSÃO E SAÚDE **17**

1.1 A DIVERSIDADE É UM FATO E A INCLUSÃO NECESSÁRIA. QUEM SÃO OS INCLUÍDOS? COMO FAVORECER A INCLUSÃO? **19**
Tainá Ribas Mélo

1.2 DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR INFANTIL E O AMBIENTE ESCOLAR: DETECÇÃO DOS RISCOS DE ATRASOS E ESTIMULAÇÃO PRECOCE **47**
Luciana Vieira Castilho-Weinert e Cláudia Diehl Forti-Bellani

1.3 ATIVIDADE FÍSICA NAS ESCOLAS **73**
Daniela Gallon Corrêa e Clynton Lourenço Corrêa

1.4 SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA NA DIVERSIDADE LOCAL: POSSIBILIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO E A SUSTENTABILIDADE **95**
Mônica Weiler Ceccato

1.5 IGUALDADE PARA QUEM? GÊNERO, SEXUALIDADE E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA **115**
Tieme Carvalho Nishiyama, Daniele Schneider e Marcos Claudio Signorelli

1.6 FORMAÇÃO DE PROFESSORES/AS: MÚLTIPLOS OLHARES DA FISIOTERAPIA PARA SAÚDE DA CRIANÇA NA EDUCAÇÃO INFANTIL **131**
Bruna Yamaguchi e Vera Lúcia Israel

PARTE II – PROJETOS INTERDISCIPLINARES E RELATOS DE EXPERIÊNCIAS NA CONSTRUÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA **165**

2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E UMA EXPERIÊNCIA JUNTO A ATENÇÃO PRIMÁRIA 167
Audrin Said Vojciechowski
Bruna Leticia dos Santos
Mariana Rodrigues Gaspar Correa
Thalita Cogrossi do Nascimento
Ligia Faria
Silmara Souza Lima
Marcos Claudio Signorelli

2.2 PET SAÚDE E SUA ARTICULAÇÃO COM A EDUCAÇÃO: DIREITOS, ACESSIBILIDADE E INCLUSÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA 197
Bruno dos Santos Silva
Carolina de Moraes Oliveira Leandro
Micaela Góis Boechat Boaventura
Melissa Sayuri Hoshino
Tainá Ribas Mélo
Marcos Claudio Signorelli

2.3 APOIO SOCIAL ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE PARANAGUÁ/PR 227
Joice Krominski Graça
Marlon Silva
Paula Sígolo Vanhoni
Raísa Alves Nascimento
Vania Nanba
Josiane Cristine M. Pereira
Renata Soares
Marcos Claudio Signorelli

2.4 DINÂMICAS E VIVENCIAS SOBRE A INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA 247
Bruno dos Santos Silva
Carolina de Moraes Oliveira Leandro
Jandaiana Maceno Bucker Albino
Micaela Góis Boechat Boaventura
Melissa Sayuri Hoshino
Tainá Ribas Mélo
Marcos Claudio Signorelli

APRESENTAÇÃO

Uma construção coletiva, feita por várias mãos. Este é o resultado que apresentamos a você, estimado leitor e estimada leitora. Buscamos reunir um grupo de autores e autoras da área de saúde com experiência e, acima de tudo, sensibilidade em temáticas relacionadas à inclusão e diversidade e propusemos um desafio: o de compilarmos juntos uma obra que estabelecesse um diálogo interdisciplinar, particularmente com o campo da educação. Foi assim que materializamos o livro **Diversidade, inclusão e saúde: perspectivas interdisciplinares de ação.**

A consolidação desta obra está vinculada ao curso de Especialização em Gênero e Diversidade na Escola (GDE), ofertado pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Setor Litoral , em parceria com o Ministério da Educação/Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (Secadi) e viabilizada por meio de um esforço de pesquisadores/as integrantes ou parceiros/as do Grupo Interdisciplinar de Pesquisas sobre Território, Diversidade & Saúde (TeDiS) - UFPR.

Tratar de temas relacionados à inclusão constitui-se em grande desafio, pois envolve um exercício de alteridade, de colocar-se no lugar do "outro", de repensar conceitos e pré-conceitos, e é este exercício que buscamos contemplar neste livro e externalizar a você.

O campo da saúde, por muito tempo, considerava as pessoas que fugiam à norma apenas como doentes. Por muitos séculos as pessoas com deficiências, assim como as pessoas não heterossexuais, as pessoas muito obesas ou muito magras, as muito altas ou muito baixas, as que falam demais ou que falam de menos, enfim, todas as pessoas que destoam da maioria foram patologizadas, classificadas, categorizadas, dissecadas e, por vezes, até infantilizadas. Embora o preconceito contra o que é diferente persista na sociedade em geral, atualmente o cenário no campo da saúde vem sofrendo uma mudança paradigmática. Tais sujeitos não são mais vistos como "doentes", mas sim como seres humanos que possuem diferenças ou variações e que essas diferenças não podem se configurar, jamais, em desigualdades.

Esta é, portanto, a contribuição que trazemos aqui, para refletir sobre diversidade e inclusão a partir de olhares da área de saúde, particularmente do campo da saúde coletiva, que busca não apenas desenvolver essas pessoas, trazendo-lhes autonomia, mas, sobretudo, as empoderar. Não trabalhamos com a ideia de cura, pois elas não são doentes. Buscamos torná-las sujeitos de suas próprias histórias, autoras de suas próprias biografias, de maneira digna e independente. E, para isso, é necessário um esforço conjunto, não apenas delas mesmas, mas de toda a sociedade, principalmente da família e das pessoas que as cercam, da escola, da comunidade, dos serviços (desde saúde, assistência, até lazer e urbanismo), compondo o que denominamos de redes de atenção.

E foi a experiência a partir de um projeto de fortalecimento de redes - focado na rede de atenção às pessoas com deficiência - que motivou a elaboração deste volume, voltado especificamente à discussão de temas relacionados à diversidade e inclusão. A proposta nasceu no seio do grupo que compõe o projeto PET (Programa de Educação pelo Trabalho, do Ministério da Saúde) denominado "*O aprimoramento da rede de cuidado das pessoas com deficiência no litoral do Paraná: uma abordagem de equipes interdisciplinares em Paranaguá, Guaratuba e Pontal do Paraná*", vinculado à UFPR Litoral. Participam deste projeto, desde 2013, estudantes de graduação, preceptores/as profissionais da rede municipal de saúde e docentes tutores, que em um exercício coletivo buscaram dar o melhor de si na elaboração de parte do material contido neste livro.

Cientes de nossas limitações teórico-metodológicas, buscamos também agregar pesquisadores e pesquisadoras com expertise na área, para somar-se a esta empreitada e enriquecer esta publicação. Portanto, o livro é dividido em duas seções. A primeira, denominada "Perspectivas teórico-metodológicas de ação em questões de diversidade, inclusão e saúde", compreende produções de autores e autoras que desenvolvem pesquisas na área de diversidade e inclusão, oriundos de diferentes instituições do país. O objetivo desta parte é fornecer subsídios teórico-metodológicos, considerando a contribuição de suas áreas de atuação e pesquisa. Já a segunda seção, intitulada "Projetos interdisciplinares e relatos de experiências na construção de Redes de Atenção às Pessoas com Deficiência", envolve as contribuições a partir das vivências do grupo envolvido com o Projeto PET da UFPR, mais especificamente a equipe atuante no município de Paranaguá (PR). Privilegiando uma linguagem

acessível e o relato de experiências, nesta parte o grupo buscou fazer textos articulados com políticas públicas vigentes, no intuito de fomentar estratégias semelhantes em outros locais do país.

A primeira seção do livro inicia-se com o capítulo A **diversidade é um fato e a inclusão necessária. Quem são os incluídos? Como favorecer a inclusão?**, da autora Tainá Ribas Mélo, que aborda a temática da inclusão, aspecto fundamental quando discutimos diversidade. A diversidade é um fato e necessita de discussões e constantes reflexões. No ambiente escolar, com as atuais políticas de incentivo à inclusão, muitos são os desafios para profissionais que lidam diretamente com esse processo. No texto estão conceitos, definições, exemplificações para que o/a leitor/a possa se situar no tema, com um resgate histórico dos movimentos de inclusão até o momento atual que almejam o processo de inclusão social e educacional de fato. Para a leitura do capítulo, sugere-se uma reflexão com base nas situações vivenciadas por você, professor/a educador/a, ou qualquer outro/a profissional que atue de alguma maneira com a inclusão. O capítulo também traz algumas sugestões de estudos e situações em sala de aula que deram certo. Não se pretende esgotar o tema, abrangente e complexo, mas apenas contribuir e trazer situações e ideias de como docentes podem lidar com algumas situações em sala de aula, assim como o de propagar conceitos de diversidade e a busca da inclusão desde as séries iniciais, e independente da dificuldade ou deficiência a ser trabalhada.

Na esteira do debate sobre inclusão e deficiências na escola, emerge o capítulo **Desenvolvimento neuropsicomotor infantil e o ambiente escolar: detecção dos riscos de atrasos e estimulação precoce**, das autoras Luciana Vieira Castilho-Weinert e Cláudia Diehl Forti-Bellani. Para elas, o ambiente escolar possui papel fundamental no desenvolvimento infantil por meio da ação dos/as professores/as, bem como de todos/as profissionais que desempenham seu trabalho de modo interdisciplinar na área da educação. Neste ambiente, o desenvolvimento motor da criança ocorre de forma integrada com a sua maturação neurobiológica e o seu desenvolvimento psicológico, em interação com meio que a cerca. Este desenvolvimento depende da estimulação ambiental ocasionada pelas demandas impostas durante a facilitação da aprendizagem e a interação social. Além disto, a motricidade infantil é capaz de influenciar aspectos que auxiliam na aprendizagem escolar e no aprimoramento da inteligência e da cognição. Considerando-se a importância do desenvolvimento motor

e a expressividade que a escola tem sobre o cotidiano da infância, este capítulo aborda características neuropsicomotoras de cada faixa etária compreendida entre 0 e 6 anos, as relações entre a motricidade (ampla e fina) e o despertar da inteligência, assim como a importância da detecção de atrasos no desenvolvimento motor pelo educador e estratégias para a estimulação psicomotora infantil que podem ser incorporadas ao cenário escolar. Salienta-se ainda que tal conhecimento é essencial para que se estabeleçam rotinas de promoção da saúde e consequente prevenção de deficiências na área da educação.

No capítulo, **Atividade física nas escolas**, Daniela Gallon Corrêa e Clynton Lourenço Corrêa defendem que a Educação Física Escolar é mais abrangente que simplesmente a prática de esportes e que cabe ao/à professor/a de Educação Física, no âmbito escolar, buscar alternativas e metodologias de ensino interdisciplinares voltadas para a pedagogia da cultura corporal. Para que o desenvolvimento do autoconhecimento corporal ocorra no espaço escolar, é imprescindível a presença do/a profissional de Educação Física. Essa disciplina deve ser entendida como uma área que trata da cultura corporal e que tem como meta introduzir e integrar estudantes a essa esfera para propiciar a formação de cidadãs e cidadãos autônomas/os. O texto expõe que a Educação Física é importante em todas as etapas da educação básica, pois as crianças e jovens aprendem e se preparam para desenvolver as habilidades de ser, conviver, conhecer e fazer, quatro pilares da educação. A Educação Física baseada na ideia de corpo-objeto em que o/a aluno/a é tratado/a como robô, não serve mais. Não se pode mais considerar o/a aluno/a como sujeito-objeto, mas sim sujeito próprio, que possui identidade, capacidades, limitações e dotado de intencionalidades.

Em **Saúde mental e qualidade de vida na diversidade local: possibilidades para o desenvolvimento e a sustentabilidade**, Mônica Weiler Ceccato chama atenção para a declaração da Organização Mundial de Saúde, que diz que a saúde mental – negligenciada por demasiado tempo - é essencial para o bem-estar geral das pessoas, das sociedades e dos países, devendo ser encarada sob uma nova luz. A autora ressalta a preocupação em derrubar barreiras, especialmente a estigmatização e a discriminação em relação à diversidade social e cultural, e propõe uma nova maneira de compreender a saúde mental, incluindo e estimulando a participação social, política e econômica de todas as pessoas nas ações de

desenvolvimento e sustentabilidade. Mônica ainda tece um debate sobre como as pessoas apreciam a vida e procuram o equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica, fazendo um balanço relativo ao equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas. Desse modo, objetiva sugerir que a saúde mental, a diversidade e a inclusão social são pressupostos para a sustentabilidade. Por fim, o capítulo relata vivências de Oficinas de Educação Comunitária para a promoção de saúde e qualidade de vida na Estratégia de Saúde da Família, no município de Blumenau/SC.

No capítulo intitulado **Igualdade para quem? Gênero, sexualidade e pessoas com deficiência**, Tieme Carvalho Nishiyama, Daniele Schneider e Marcos Claudio Signorelli buscam de uma maneira meticulosa explorar um tema considerado tabu, que é a sexualidade das pessoas com deficiência. Partem de um referencial teórico baseado nos estudos de gênero, problematizando atitudes tidas tipicamente como "naturais" de homens e mulheres. A partir de uma demarcação da categoria gênero, o capítulo avança para a problematização de pré-conceitos e estereótipos com relação à sexualidade de pessoas com deficiência. Além de problematizar a norma vigente que impõe padrões de beleza difíceis de serem alcançados pela maioria da população, chama-se atenção para o fato de que as pessoas com deficiências são diversas, ou seja, não podem ser consideradas como um grupo homogêneo. A autora e o autor versam sobre as intersecções possíveis entre pessoas com deficiência e realçam a vulnerabilidade que se sobrepõe quando essas pessoas também são mulheres, ou LGBTs, ou negras, ou idosas, ou vivem em áreas rurais, entre outras intersecções. Por fim, longe de determinismos, dão algumas pistas de como lidar com a questão da sexualidade dessas pessoas, particularmente na interface com o ambiente escolar, sugerindo, inclusive, filmes e cartoons para trabalhar a questão em sala de aula.

No capítulo **Formação de professores/as: múltiplos olhares da fisioterapia para saúde da criança na educação infantil**, escrito por Bruna Yamaguchi e Vera Lúcia Israel, é defendida que a formação de professores/as de educação infantil deve ser permanente e envolver múltiplos olhares, com interfaces interdisciplinares entre saúde e educação, para o adequado desenvolvimento na infância. As autoras descrevem uma atuação prática da Fisioterapia Neuroinfantil na promoção e prevenção da saúde da criança de 0 a 5 anos com um programa de orientação ao/à professor/a de

centros de educação infantil, objetivando contribuir na formação prática desses/as professores/as com dicas das vivências feitas neste projeto. Argumentam ainda que as escolas são ambientes potencialmente ricos em aprendizagem e na inclusão da diversidade humana, sendo temas atuais na formação do/a professor/a a discussão de questões da inclusão social, educacional, cognitiva, motora, psicológica da criança e o respeito a seus direitos - dimensões que precisam de aprofundamento na prática pedagógica. Finalizam o texto ressaltando a importância da estimulação neuropsicomotora orientada por fisioterapeutas para o processo maturacional do crescimento e desenvolvimento da criança e também a cognição, a afetividade, as relações interpessoais, além das percepções de espaço, tempo, reconhecimento de esquema e imagem corporal, coordenação e equilíbrio motores, entre outros aspectos.

A segunda seção, que envolve o relato de experiências relacionadas ao Projeto PET Redes de Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência, inicia com o capítulo **Política nacional de atenção à saúde da pessoa com deficiência e uma experiência junto a atenção primária**, de autoria de Audrin Said Vojciechowski, Bruna Leticia dos Santos, Mariana Rodrigues Gaspar Correa, Thalita Cogrossi do Nascimento, Ligia Faria, Silmara Souza Lima e Marcos Claudio Signorelli. Neste capítulo são evidenciadas as vivências junto à atenção primária em saúde do município de Paranaguá, tendo como eixo norteador a Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, um marco no campo das políticas públicas para inclusão desse grupo populacional. No texto são detalhadas as seis diretrizes da política, que consistem em promoção da qualidade de vida, assistência integral à saúde, prevenção de deficiências, ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação, capacitação de recursos humanos e organização e funcionamento dos serviços. Por fim, são apresentados e discutidos os resultados do mapeamento da rede de atenção primária no que tange à acessibilidade e inclusão de pessoas com deficiência.

Bruno dos Santos Silva, Carolina de Moraes Oliveira Leandro, Micaela Góis Boechat Boaventura, Melissa Sayuri Hoshino, Tainá Ribas Mélo e Marcos Claudio Signorelli compõem o capítulo subsequente, intitulado **PET saúde e sua articulação com a educação: direitos, acessibilidade e inclusão das pessoas com deficiência**. Nele são discutidas ações desenvolvidas junto ao eixo denominado Educação, que vem buscando fazer a articulação da rede intersetorial para além dos serviços de saúde. O grupo inicia com

aspectos teóricos e epidemiológicos a respeito das deficiências, para, a seguir, detalhar os diferentes tipos de deficiências. Também trazem para reflexão questões sobre inclusão e acessibilidade, realçando que esta última categoria não se trata apenas de questões relacionadas a barreiras arquitetônicas, mas engloba múltiplas dimensões, incluindo de natureza atitudinal, comunicacional, tecnológica, física, informacional, linguística e pedagógica, dentre outras. Por fim trazem alguns dos resultados do projeto obtidos a partir do mapeamento de parte da rede de educação de Paranaguá, município onde foi desenvolvida a experiência, refletindo sobre limites e potencialidades de atuação.

No capítulo **Apoio social às pessoas com deficiência: reflexões a partir da experiência de Paranaguá/PR**, redigido por Joice Krominski Graça, Marlon Silva, Paula Sígolo Vanhoni, Raísa Alves Nascimento, Vania Nanba, Josiane Cristine Moura Pereira, Renata Soares e Marcos Claudio Signorelli, são abordadas as trajetórias junto ao eixo denominado "Apoio Social", uma vez que este grupo faz a articulação da rede de pessoas com deficiência com a Secretaria Municipal de Assistência Social. O capítulo descreve os equipamentos que compõem a rede no âmbito dessa Secretaria e revela dados pesquisados durante a etapa de mapeamento de tal rede. O grupo busca descrever o panorama local, a oferta de serviços, caracterizar os/as profissionais que atuam na rede e analisa qualitativamente como esses atores encaram questões concernentes às pessoas com deficiência, tais como acessibilidade, inclusão, políticas públicas, programas sociais, controle social e intersetorialidade. Por fim, são comentadas algumas das vivências práticas do grupo junto à rede, tais como a participação em eventos e audiências públicas, a gravação de documentários sobre as dificuldades de usuários de cadeiras de rodas, bem como o processo em curso atualmente de implantação do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Finalizamos esta obra com o capítulo **Dinâmicas e vivências sobre a inclusão de pessoas com deficiência**, de Bruno dos Santos Silva, Carolina de Moraes Oliveira Leandro, Jandaiana Maceno Bucker Albino, Micaela Góis Boechat Boaventura, Melissa Sayuri Hoshino, Tainá Ribas Mélo e Marcos Claudio Signorelli. Este capítulo tem uma proposta mais lúdica e descontraída, ilustrando algumas dinâmicas e vivências da equipe PET, desenvolvidas pelo eixo educação em escolas da rede pública de ensino. O texto ilustra algumas das dinâmicas, que podem servir para que docentes/

estudantes as repliquem em outros cenários. Destacam-se dinâmicas sobre o *bullying* e a importância do respeito mútuo e às diferenças individuais; a importância do trabalho em equipes; a cooperação e ajuda mútua na resolução de problemas; e a sensibilização para as deficiências, simulando a rotina de pessoas com deficiência visual ou auditiva.

É este, portanto, o conteúdo que apresentamos a vocês. Cientes de que é impossível tratar de toda a complexidade de questões que permeiam a diversidade e a inclusão, esperamos que esta singela produção possa promover reflexões e, acima de tudo, estimular perspectivas interdisciplinares de ação. Cientes da incompletude da obra, assim como de nossa própria incompletude, enquanto sujeitos, humanos, compactuamos da ideia de Paulo Freire, que afirma que somos seres inacabados. Parafraseando o saudoso autor, que afirmava que "*gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além. Está é a diferença profunda entre o ser condicionado e o ser determinado*."

E assim seguimos adiante, conscientes de nossas deficiências e de nossos inacabamentos, mas imbuídos do espírito de que coletivamente nos complementamos, nos somamos. De que juntos podemos fazer mais, e de que a educação transforma as pessoas, e estas, por sua vez, têm o potencial de mudar o mundo.

Boa leitura!

O organizador e a organizadora.

PARTE I

PERSPECTIVAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS DE AÇÃO EM QUESTÕES DE DIVERSIDADE, INCLUSÃO E SAÚDE

A DIVERSIDADE É UM FATO E A INCLUSÃO NECESSÁRIA. QUEM SÃO OS INCLUÍDOS? COMO FAVORECER A INCLUSÃO?

Tainá Ribas Mélo

1 INTRODUÇÃO

É indiscutível a importância da formação continuada no processo de democratização do conhecimento e de inclusão social e educacional numa sociedade em que a diversidade é um fato! Se você leitor chegou aqui nessas linhas na busca de ampliar seu conhecimento, já o parabenizo: é o início da quebra de paradigmas de uma educação baseada na normatização e no ideal tradicional.

Começo o texto e o debate perguntando: você conhece a **Declaração Universal dos Direitos Humanos**? Sabia que ela foi criada em 1948, contendo apenas 30 artigos fundamentais para garantia de direitos de tod@s, independente de etnia, religião, orientação sexual, entre outros?. E quanto a **Declaração Universal dos Direitos das Crianças**, de 20 de novembro de 1959, você conhece?

Saiba mais

Assista ao vídeo que apresenta, de forma bem didática, os 30 artigos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, disponível em: https:// www.youtube.com/watch?v=cs5-rbwUGQQ> Acesso em: 09/10/14.

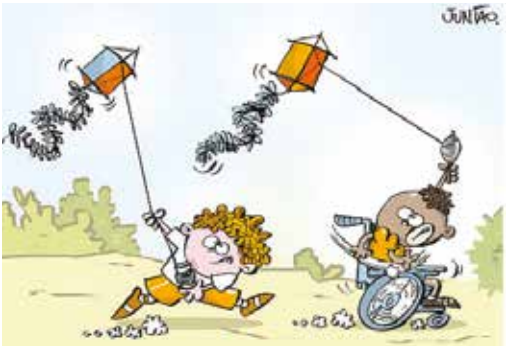
Para saber mais sobre a Declaração Universal dos Direitos das Crianças, assista à animação que apresenta 10 desses direitos, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=47PKk2qxmaM>. Acesso em: 21 out. 2014.

No Brasil a Declaração Universal dos Direitos Humanos toma ainda mais força com artigo 5º, Capítulo 1, da Constituição Brasileira, que trata dos direitos e deveres individuais e coletivos, vigente desde 1988, a qual

afirma que: “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”.

Assim, podemos perceber que a luta pela diversidade e o reconhecimento de direitos vêm de muito tempo, antes mesmo de todas as leis e diretrizes norteadoras.

Você já se deparou com a diversidade ao seu redor? Já se questionou ou foi questionad@ sobre isso?



Discutir diversidade é uma ação cada vez mais presente nos debates educacionais da última década (MOEHLECKE, 2009). Trabalhar as questões de gênero e diversidade aparece como uma proposta necessária se considerarmos que, no Brasil, apesar de toda riqueza e diversidade cultural existente as relações históricas configuram uma sociedade ainda com desigualdades, preconceitos, homofobia e exclusão (CARRARA, 2009), e até mesmo violência para os julgados “diferentes”.

Ao se discutir essas questões, dotados de um espírito crítico, busca-se não somente a tolerância, mas também o posicionamento, o respeito e a formação de uma sociedade com novas identidades, estilos, valores e práticas sociais. (CARRARA, 2009). E a escola aparece como local inicial da convivência social do indivíduo, constituindo-se em espaço de democratização do conhecimento e de vivências, como também de angústias e preconceitos, principalmente, pelas minorias.

Assim, para esse processo de conhecimento sobre o tema e para melhor compreensão dos termos, na sequência, eles serão sucintamente definidos. Não se objetiva com isso reduzir os debates à esfera dos conceitos, mas

levar à reflexão dos termos e relacioná-los com a situação real vivenciada na prática.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

> "Temos o direito de ser igual, sempre que a diferença nos inferioriza. Temos o direito de ser diferentes, sempre que a igualdade nos descaracteriza". (Boaventura Souza Santos, 1996)

As questões de diversidade ou da consolidação dos ideais de pluralidade nas sociedades ocidentais tiveram origem em movimentos de emancipação de grupos considerados como minoritários (PEREIRA; BAHIA, 2011). Fernandes (2005) relata que foi a partir do final dos anos 1970 que no Brasil surgiram movimentos das camadas populares, mais fortemente ligados à discussão e à luta sobre gênero e etnia, na busca de uma maior participação e reconhecimento de seus direitos enquanto cidadãos.

Para Moehlecke (2009), a luta pela diversidade, historicamente, inicia-se nos movimentos sociais na década de 1980, associada, principalmente, à luta dos movimentos feministas, de negros e de PcD (pessoa com deficiência) em busca do reconhecimento legal e político. De certa forma, essa luta desses grupos considerados subalternos já era uma luta de inclusão social.

Na década de 1990 a luta pela inclusão social articula-se especificamente e materializa-se também como luta pela inclusão educacional, o que representa a transformação do sistema educacional "normatizador", até então vigente, em sistema educacional inclusivo (ALVES; BARBOSA, 2006). Essas lutas não defendem apenas que "diferentes" possam viver entre si, mas que sejam atestados igual valor e direito à participação política e social (MOEHLECKE, 2009; ROTH, 2008).

Num panorama mais atual em termos da estrutura do Ministério da Educação (MEC), identificam-se dois momentos de como a questão da diversidade foi trabalhada: um primeiro vincula-se à gestão do ministro Cristovam Buarque, associada a uma preocupação mais geral com a ideia

de "inclusão social"; e um segundo momento atribuído à gestão de Tarso Genro, com a criação de uma secretaria específica[1] para tratar das políticas de diversidade na educação, seguidas por Fernando Haddad. Todas essas articulações estavam em sintonia com o discurso do governo[2], em que o MEC define a inclusão social como um dos quatro eixos estratégicos de sua política educacional a partir de 2003.

Posteriormente, as ações de inclusão social são associadas à valorização da diversidade étnica e cultural brasileira em novas secretarias[3] e à criação de câmaras temáticas (MOEHLECKE, 2009).

Assim, o direito à educação inclusiva constituiu um paradigma de mudança educacional fundamentado na concepção de direitos humanos e que avança em relação à ideia de equidade, confrontando práticas discriminatórias e buscando alternativas para superá-las (ROTH, 2008). Portanto, não é voltada somente à PcD como muitos pensam, é voltada para TOD@S!

Ainda que associada em vários documentos do MEC a preocupação com a diversidade e o direito à diferença, a "educação inclusiva" permaneceu com uma vinculação institucional autônoma e distinta, não sendo destinada representação na Câmara de Diversidade na Educação. Na questão da educação inclusiva criou-se uma câmara temática específica para tratar dessa modalidade de ensino, provavelmente por já existir na época uma secretaria específica, a Secretaria de Educação Especial (Seesp) com maior regulamentação. (MOEHLECKE, 2009[4]; SILVA, 2006).

Ao reconhecer a importância do papel do(a) docente na defesa e estabelecimento de escolas inclusivas, Claudia Pereira Dutra[5] descreve que a Secretaria de Educação Especial coordenou, a partir de 2005, o projeto *Educar na Diversidade nos Países do Mercosul* (Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai), que no Brasil consistiu numa ação conjunta entre o governo federal, estadual e municipal para o desenvolvimento de ações de formação

1 Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (Secadi).
2 Governo Lula, reiterado pelo governo Dilma Roussef.
3 Secretaria de Políticas para Mulheres, Secretaria dos Direitos humanos, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, todas criadas no governo Lula.
4 No trabalho de Moehlecke (2009), a trajetória dos principais programas e ações sobre diversidade no MEC podem ser encontrados.
5 Secretária de Educação Especial.

de docentes nas escolas que aderiram ao projeto (DUK, 2006).

Observa-se, porém, que de todos esses programas e ações, poucos são os que conseguem desenvolver trabalhos que articulem todas as temáticas que envolvem a diversidade. Isso é compreensível porque mesmo na tentativa de serem desenvolvidas atividades semelhantes, há especificidades de cada grupo que precisam ser consideradas (MOEHLECKE, 2009), e essas especificidades são defendidas pelo autor, o qual julga que há de se considerá-las ao trabalhar as questões de diversidade.

Mesquita *et al.* (2009) relatam que no processo de inclusão torna-se necessário o conhecimento das redes formais de ensino, como das informais relacionadas à PcD, e que influenciam diretamente o sucesso de sua inclusão. Isso porque para esses autores "as ações ganham reforço na valorização dos elos informais e das relações proporcionadas pelas redes sociais, que visam a incentivar a participação de todos e reduzir as pressões excludentes" (p.34).

2.2 CONCEITUANDO TERMOS

2.2.1 Diversidade

Falamos muito sobre diversidade até agora, mas o que seria então essa diversidade? Para Moehlecke (2009, p. 463), "a expressão 'diversidade', ao mesmo tempo em que pode indicar a percepção quase que óbvia da própria variedade humana, física, social e ambiental existente em nossa sociedade, traz em si um conjunto múltiplo e complexo de significados". De maneira geral serve para descrever a heterogeneidade encontrada na sociedade com relação a diferentes aspectos (MOEHLECKE, 2009). No Brasil significa levar em conta as diferentes origens e aspectos culturais que cercam os indivíduos ao longo do tempo e do espaço (BARRETO; ARAÚJO; PEREIRA, 2009).

Assim muitos seriam os grupos/temas a serem trabalhados na questão da diversidade: étnico-racial, sexualidade, gênero, deficiência, religiosa, classe social, geração, entre muitas outras. O sociólogo Guillermo Páramo Rocha, citado por Sanchez (2010, p.58), afirma que "a diversidade trata de uma dimensão fundamental que promove a assimilação das pessoas na sociedade de acordo com as condições de cada um, independentemente

das peculiaridades diversas que caracterizam os indivíduos". Sanchez (2010) afirma, ainda, que é a partir de sua diversidade existente que as pessoas podem fazer sua contribuição em busca de uma sociedade inclusiva.

Sierra e Signorelli (2014) reúnem vários temas voltados à diversidade nas escolas com objetivo de trazer reflexões sobre a importância da discussão e de ações na escola contra ações discriminatórias e até mesmo violentas que uma sociedade heteronormativa e excludente pode ocasionar na vida das pessoas, desde a infância.

A diversidade vem marcada por preconceitos baseados em estereótipos culturalmente criados sempre com base nessa normatividade e imagem do ideal representado. Quando a imagem é diferente do que fora idealizado, surgem muitas questões, angústias e exclusão daqueles que preenchem aos ideais imaginados daqueles que fogem à regra/norma. Na escola os professores devem ter atenção e tomar cuidado com juízos de valores e discursos que podem estar impregnados de estereótipos (DUK, 2006).

2.2.2 Saúde

A Organização Mundial de Saúde define que "saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença" (LUNARDI, 1999, p.27). Nessa conceitualização cabe encarar a saúde das pessoas como "um assunto ligado às próprias pessoas" (DEJOURS[6], 1986, p. 8, citado por LUNARDI, 1999, p.27), "alheia a qualquer padronização e a qualquer determinação fixa e pré-estabelecida" (CAPONI[7], 1997, p. 2, citado por LUNARDI, 1999, p. 27).

No entanto, Lunardi (1999) critica essa definição de estado de bem-estar por este ser difícil de definir e 'padronizar', sendo uma forma subjetiva, muitas vezes inatingível, e que poderia levar à exclusão. Assim, questiona-se: o que seria esse bem-estar para cada um?

> O estado de saúde não é certamente um estado de calma, de ausência de movimento, de conforto, de bem-estar e de ociosidade. É algo que muda constantemente e é muito importante que se compreenda esse ponto. Cremos que

6 DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./ jun.1986.
7 CAPONI, S. A proposito del concepto de salud. Florianópolis, SC: UFSC, 1997. mimeogr.

> isso muda por completo o modo como vamos tentar definir saúde e trabalhar para melhorá-la. Isto significa que, se quisermos trabalhar pela saúde deveremos deixar livres os movimentos do corpo, não os fixando de modo rígido ou estabelecido de uma vez por todas (DEJOURS, 1986, p. 8, citado por LUNARDI, 1999, p. 33).

Nesse sentido, de saúde e completo bem-estar Lunardi (1999) também cita as críticas de Canguilhem (1990), para quem a "normalidade" seria um estado "ideal" a ser atingido.

Ainda Canguilhem[8] (1990 citado por LUNARDI, 1999, p.35) leva à reflexão do que considerar anomalia/patológico/deficiente:

> Por si só, uma anomalia não significa um fato patológico, mesmo que seja tomada como um conceito descritivo ou como um desvio estatístico . A anomalia, enquanto não desencadear uma incidência funcional experimentada pelo indivíduo e para o indivíduo, ou é ignorada, ou trata-se de uma "variedade indiferente", ou é uma "irregularidade insignificante".

Canguilhem (1990 citado por Lunardi, 1999, p.38) define então saúde como algo além da "normalidade", para o autor seria a "capacidade de instituir novas normas". Assim, numa perspectiva mais atual:

> O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. (SCLIAR, 2007, p. 7).

Nesse sentindo e na busca de quebrar padrões e a normatividade imposta, a Organização Mundial da Saúde (OMS), já em 1975, deixava claro que a orientação sexual e identidade de gênero também são dimensões a serem inseridas nas temáticas de saúde e educação (PEREIRA; BAHIA, 2011).

8 CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

E então por que pensar em saúde quando se estuda a formação de professores? Você saberia definir o que é saúde?

É nesse novo conceito de saúde ampliado que a escola se intersecciona com saúde, porque saúde não significa apenas não ter doença, ao contrário, ela é determinada por fatores sociais (SILVA, 2008). Discutiremos isso mais adiante, nas **Perspectivas interdisciplinares de ação: saúde e educação.**

2.2.3 Deficiência

Discutimos a visão ampliada de saúde. Agora discutiremos as questões por muito tempo vistas como "anomalias", "anormalidades", consideradas deficiências.

Observe a imagem abaixo e reflita sobre ela. A pintura retrata a visão dos deficientes, ou "anormais", no século XVI - a esses o destino de serem "mendigos".

"Os Mendigos", de Pieter Brueghel (1568), do Museu do Louvre.

Para você o que é deficiência? Quem são e onde estão as pessoas com deficiência? Tradicionalmente a definição de deficiência é:

> perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão. (AMIRALIAN *et al.*, 2000).

No mesmo sentido, o Decreto n.º 3.298/99, da Política Nacional para a Integração da PcD, considera:

> pessoa com deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal[9] para o ser humano.

A partir da década de 1970, e mais intensamente nos anos 1980, as PcD passam a se posicionar frente a sua problemática e situam sua condição não somente no terreno da saúde e no modelo médico, mas também nos seus direitos econômicos, sociais e civis, no modelo dos direitos humanos e no modelo social (CORIAT, 2010). Passam a ser protagonistas e co-autoras de vários decretos à questão da PcD (MAIOR; MEIRELLES, 2010).

Assim, o termo deficiência passou por uma evolução conceitual e hoje representa o modo de inserção nos espaços e o papel social da pessoa que apresenta a deficiência. Essa inserção pode ser na escola ou no trabalho, por exemplo (ISRAEL, 2010). Numa perspectiva mais atual, com uma visão biopsicossocial do indivíduo e num conceito ampliado de saúde, mais do que conceituar deficiência é preciso entendê-la.

Justamente por não considerar suficiente somente uma definição e classificação voltada à doença, a Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza atualmente dois tipos de classificações relacionadas ao estado de saúde da pessoa: a Classificação Internacional da Doença (CID), mais conhecida e amplamente utilizada pelos meios médicos ao estabelecer diagnóstico;

9 Manteve-se o termo "normal" na citação com o objetivo de trazer o decreto na íntegra. No texto porém será utilizado o termo "típico" para se referir ao desenvolvimento convencional e "atípico" na existência de alterações, assim como utilizam Forti-Bellani e Castilho-Weinert (2011).

e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008). Essa última representa uma forma de mudança no paradigma da saúde ao considerar o impacto (limitações funcionais) da doença na qualidade de vida das pessoas (BUCHALLA, 2003). Ou seja, a deficiência seria então descrita como qualquer anormalidade em órgãos, sistemas e na estrutura do corpo e incapacidade como a consequência da deficiência sobre o rendimento funcional da pessoa durante suas atividades (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Assim reconhece-se as PcD, num conceito mais ampliado, como resultado da interação de seu corpo com o meio, sendo que esse pode funcionar como uma barreira ou facilitador ao seu desempenho (FARIAS; BUCHALLA, 2005). A incapacidade/limitação seria então o resultado dessa interação e não apenas resultado da alteração anatômica e/ou fisiológica, o que nos leva à reflexão! Para Sanchez (2010, p.52), o tratamento correto seria "pessoa em situação de deficiência". De forma a exemplificar, seria o mesmo que dizer que uma criança cadeirante, por exemplo, não é incapaz de se locomover e acessar os espaços. Torna-se impedida disso porque os espaços são inacessíveis e excluem a capacidade que ela tem de se mover usando sua cadeira de rodas!

Na mesma linha de raciocínio, seria incorreto afirmar que uma criança muda seja incapaz de se comunicar. Ela é capaz, porém utilizando outro recurso que a fala oral. Muda-se, assim, definitivamente a visão do eixo de intervenção. São as barreiras interpostas entre a pessoa e o ambiente que determinam a deficiência (MAIOR; MEIRELLES, 2010).

Para conhecimento, o MEC entendia por NEEs (Necessidades Educacionais Especiais)[10] as altas habilidades/superdotação; autismo; deficiência física, auditiva, visual, mental ou múltiplas; síndrome de Down e condutas típicas (MESQUITA et al., 2009). Hoje, aprovado pela Conade (2009), a nomenclatura utilizada é Pessoa com Deficiência (PcD). Isso porque o atual contexto dos direitos das pessoas com deficiência se baseia no modelo social de direitos humanos, reconhecendo a pessoa com deficiência como ser humano em primeiro lugar, titular de direitos e liberdades fundamentais, independentemente de sua limitação funcional (CONADE, 2009).

10 O termo teve várias outras nomenclaturas durante a história: inválidos, incapazes, excepcionais. Pessoas deficientes, pessoas portadores de deficiências, pessoas com necessidades especiais, pessoas especiais (SASSAKI, 2003).

Saiba Mais

Na Cartilha da Inclusão Escolar (ARRUDA; ALMEIDA, 2014) e no capítulo 8, referente às ações do PET Educação, voltadas à rede de atenção à PcD, encontram-se detalhes das definições sobre os tipos de deficiências e orientações gerais norteadores para o professor em sala de aula, de forma bastante prática e fácil.

Assim, Israel (2010) incentiva a responsabilidade conjunta de profissionais de educação e saúde em ações interdisciplinares na busca da promoção do desenvolvimento integral do ser humano.

Então, como pensar em vencer a visão "normatizadora" e lutar para que tod@s, com ou sem deficiência, possam ter seus direitos garantidos?

Falamos das deficiências e nos conceitos mais atuais. Quando pensamos em superar limitações e favorecer capacidades e habilidades pensamos em colocar tod@s as pessoas em igualdade de direitos e acesso a serviços. A escola seria, então, como local de formação, de barreira, de facilitador.

De que maneira a escola pode ser barreira? De que forma pode ser facilitadora?

2.2.4 Inclusão

"Tomando-se como referência a análise marxista, compreende-se o binômio inclusão/exclusão como duas faces da mesma moeda, ambas constitutivas do modo de produção capitalista." (MOEHLECKE, 2009, p.478).

Durce *et al.* (2006) relatam que a exclusão no Brasil é tão antiga quanto a própria escola. Isso porque as PcD foram historicamente e socialmente tratadas com iniciativas segregadoras desde o abandono e a institucionalização em asilos e manicômios como forma de tratamento aos considerados "desviantes" e diferentes da norma, às tentativas de experiências das classes especiais nas escolas regulares e em serviços e/ou escolas especializados (ZUCCHETTI, 2011).

Quem seriam então os excluídos? Para ilustrar a discussão a

respeito de quem são os incluídos/excluídos tomo como referência uma propaganda vinculada em 2006, "Carlinhos e seu amigo", ao som da música do Radiohead. Na propaganda aparece que Carlinhos pode fazer várias coisas, enquanto seu amigo não. Por exemplo, "Carlinhos vai à escola todos os dias, seu amigo não". Como se observa nitidamente que uma criança tem Síndrome de Down, o vídeo pode levar o expectador a pensar que Carlinhos é o menino sem síndrome. Porém, com o decorrer do vídeo, e ambas crianças brincando no carrossel, é revelado que Carlinhos tem síndrome de Down e seu amigo é um menino de rua, e por isso não tem oportunidades de fazer tudo que Carlinhos consegue e pode fazer. Essa é uma propaganda que busca o combate ao preconceito e defende de certa forma a inclusão.

Acesse o vídeo Carlinhos e seu amigo, disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=hmdmfWQW4ig> Acesso em: 14/10/2014.

Sanchez (2010, p. 55) relata que, na atualidade, "o entendimento da inclusão se encontra na confluência das ideias da não exclusão" e da garantia da acessibilidade universal, ou seja, daquela que garanta um ambiente que permita o acesso do maior número possível de pessoas e situações, respeitando a diversidade de identidades, necessidades e capacidades de todos e de cada um, o que o autor defende como "ética da diversidade" (p. 56).

Adiron (2009) alerta que para os significados do termo incluir, nenhum deles considera que o ser incluído seja semelhante ou igual aos demais. Embora, semanticamente, incluir e integrar tenham significados muito parecidos, e uso muitas vezes indistinto dos termos, os movimentos sociais de inclusão e integração representam filosofias totalmente diferentes. Relacionando com a inclusão/integração escolar, pode-se dizer que para o primeiro a inserção é total e incondicional, ou seja, a criança não precisa se preparar para ir e estar na escola; para a segunda, a inserção é parcial e condicionada à preparação da criança à sua inserção no ambiente educacional (ADIRON, 2009; DUK, 2006).

E você, estaria preparado/a para incluir a diversidade? Mais especificamente, as PcD na escola?

Apesar da indiscutível e conhecida formação histórica e social brasileira de forma multirracial, pluriétnica e de grande diversidade cultural, a escola ainda apresenta dificuldades em lidar com essa diversidade (FERNANDES, 2005). Adiron (2009) relata percebe que muitas escolas ainda relatam aos pais não estarem preparados para receber a criança com deficiência. Cabe aqui uma reflexão a ser feita: **há como se definir quem pode ou não aprender?** Observe a charge de Ricardo Ferraz (1999), e reflita a respeito.

Muitas vezes as crianças são direcionadas a classes especiais ou à educação especial, separadas das demais crianças ditas "típicas". Para Adiron (2009, p. 73), esse seria um modelo "pseudo-educativo" pautado num modelo assistencial e caritativo. O autor defende um sistema educacional inclusivo voltado à aprendizagem da autonomia.

Crochík (2012, p. 44) critica também o que ele chama de "educação especial móvel". Nessa proposta um professor formado e experiente em educação especial é levado para sala de aula para se responsabilizar pelos alunos com deficiência, isso parece ser bastante comum em escolas particulares, através dos auxiliares dos professores. Para Crochík (2012, p.44), isso seria a construção de um "muro simbólico" entre os/as estudantes regulares e inclusos/as. Para o autor, combater esse tipo de situação, que acaba por favorecer o preconceito, não significa negar que as PcD necessitem de recursos específicos, mas sim ser contrário ao isolamento e atitudes segregatórias. As mesmas atitudes segregatórias já ocorreram no passado entre brancos e negros, sendo separados em escolas para brancos e escolas para não brancos, no regime do Apertheid, na África do Sul, e já provaram ser um insucesso.

Ao se compreender, porém, uma cultura da diversidade, fica nítido que o desenvolvimento e aprendizado é diferenciado para cada indivíduo, independente de ter ou não uma deficiência. É mais que uma mudança conceitual, é uma mudança de atitude (ADIRON, 2009).

Para exemplificar, caro leitor, vamos pensar em alguma forma que facilita seu aprendizado. Você prefere ler em silêncio? Com música? Grifando? Resumindo? Prefere só ouvir? Precisa ler e reler? Seus colegas são iguais a você nisso?

O MEC articula a questão da inclusão social com políticas sociais de cunho compensatórias, destinadas às pessoas em situação "de risco". Assim, entende que o acesso à educação poderia não só compensar, mas também amenizar ou diminuir as desigualdades sociais (MOEHLECKE, 2009). Pode-se pensar que excluídos seriam, então, todas as pessoas em situação de risco, que pela condição acabam não utilizando o acesso a sistemas e recursos que têm direito.

A escolarização de estudantes com deficiência desafia a escolas, professores e educadores a construírem novas/outras lógicas de ensino pautadas na diversidade (JESUS, EFFGEN, 2012). É um grande desafio!

> O Decreto n° 6.571 foi um marco no ano de 2008, introduzindo o atendimento educacional especializado na perspectiva da educação inclusiva, com financiamento federal para ações de acessibilidade nas escolas, sala de recursos multifuncionais e capacitação de professores, entre outras iniciativas. (MAIOR; MEIRELLES, 2010, p.37).

Para Nóvoa (1995, p. 25)[11], citado por Jesus e Effgen (2012, p.17): "A formação não se constrói por acumulação (de cursos, de conhecimentos ou de técnicas), mas sim através de um trabalho de reflexividade crítica sobre as práticas e de (re)construção permanente de uma identidade pessoal".

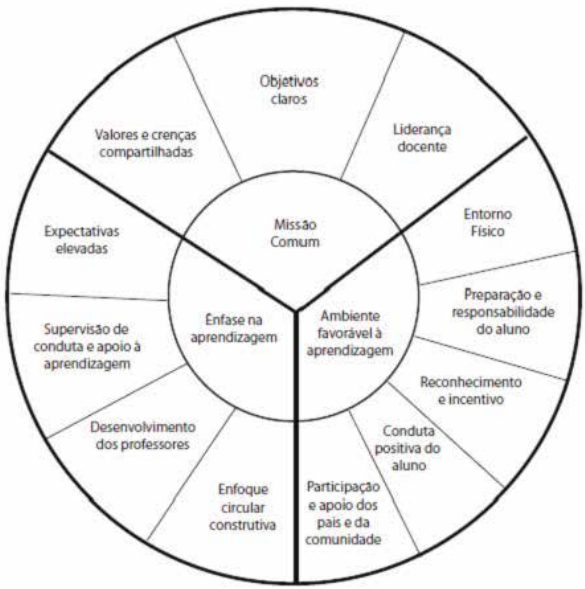
No entanto, é necessário mais que isso, precisa-se de envolvimento de toda a equipe que recebe esse estudante. "Uma escola que se preocupa com a leitura de mundo, é aquela que acolherá o maior número possível

11 NÓVOA, A. Formação de professores e profissão docente. In: NÓVOA, A. (Coord.). Os professores e a sua formação. Lisboa: Dom Quixote, 1995.

de pessoas (...)" (FAZENDA, SOUZA, 2012, p.119) diversas.

A seguir, na figura 1, apresentamos uma proposta de diagrama com as principais características para uma escola eficiente, com objetivo de formação de uma escola voltada à diversidade. Nele, observa-se que a missão comum à escola requer uma liderança docente, com objetivos estabelecidos, e que os valores e as crenças da escola e dos alunos sejam compartilhados. Pode-se observar também que o autor defende a ênfase na aprendizagem com um enfoque construtivista, propício ao desenvolvimento constante de professores, com supervisão de condutas e apoio pedagógico, sempre tendo o cuidado de não se estabelecerem expectativas elevadas e irreais. Para garantir um ambiente escolar favorável à aprendizagem, deve-se pensar sobre o entorno físico da escola e propiciar participação dos pais e comunidade, com uma conduta positiva, reconhecendo e incentivando o aluno de forma a prepará-lo para suas responsabilidades.

Figura 1 - Desenvolvimento de escolas inclusivas



Fonte: AINSCOW, 2001[12] citado por DUK 2006, p. 140

12 AINSCOW, M. Desarrollo de escuelas inclusivas. Narcea Editorial. Espanha. 2001.

3 DESAFIOS DA INCLUSÃO E PERSPECTIVAS INTERDISCIPLINARES DE AÇÃO

Pelo que fora exposto, fica claro que muitas são as tensões e desafios existentes que exigem uma formação de professores voltada à diversidade de pessoas que são estudantes na atualidade. (JESUS; EFFGEN, 2012).

Estudos apontam que professores/as demonstram vários anseios, dificuldades, despreparo, desconhecimento das políticas relacionadas às PcD e que há a necessidade de maior capacitação para docentes (ZUCCHETTI, 2011), como está ilustrado na charge de Vieira (2010).

Fonte: VIEIRA, 2010

Então, a inclusão e os anseios dos/as professores/as também precisam ser pensados quando estudamos e discutimos inclusão. Pensar em educação e saúde nos exige uma visão integradora de conhecimentos e ações. Sabe-se, hoje, que um sistema de saúde integral não deve considerar aspectos somente de saúde-doença, mas sim uma visão ampliada para a qualidade de vida, alcançada com articulações intersetoriais do Governo e da sociedade na determinação de condicionantes para a saúde, no quais se articulam educação, trabalho, condições de moradia e transporte, acesso à

informação, lazer e cultura (BRESSAN, 2008).

> A relação dos setores educação e saúde é bastante antiga. Somente em 1953, o então Ministério da Educação e Saúde se desdobrou em dois: no Ministério da Saúde e no Ministério da Educação e Cultura. As ações desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde passaram a ser responsabilidade do Ministério da Saúde. Desde então, os Ministérios da Educação e da Saúde têm autonomia institucional para elaboração e implementação de suas políticas. (BRESSAN, 2008, p.13).

Sabe-se que, ainda, essa articulação saúde-educação engloba mais ações de educação em saúde predominantemente prescritivas e higienistas (BRESSAN, 2008). A escola, como espaço de socialização e representação de questões sociais, torna-se cenário ideal como espaço de promoção de saúde (BRESSAN, 2008; SILVA, 2008).

> A contribuição da escola para a produção da saúde passa, em primeiro plano, pelo exercício do seu papel de constituir conhecimento do cidadão crítico, estimulando-o à autonomia, ao exercício de direitos e deveres, às habilidades para a vida, com opção por atitudes mais saudáveis e ao controle das suas condições de saúde e qualidade de vida. (SILVA, 2008, p. 24).

Isso não significa, porém, em saúde pensada como uma disciplina escolar, mas sim como uma ação transversal às disciplinas que se integra nos fazeres pedagógicos e nas relações sociais, pensadas nos aspectos histórico-sociais, considerando valores, crenças e direitos humanos. (SILVA, 2008).

Tradicionalmente, os debates sobre saúde na escola discutem questões relacionadas à sexualidade: gravidez na adolescência, contracepção, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), Aids, drogas, violência etc. (SILVA, 2008). Cabe aqui abrir um parênteses, quando pensamos em sexualidade, para refletirmos e discutirmos gênero, sexualidade relacionada às PcD, bullying e o que mais for necessário. Isso porque, sendo a escola um espaço de socialização e discussão para formação de cidadãos, torna-

se local adequado na busca de uma sociedade tolerante, diversa e sem preconceitos, o que Silva (2008, p.28) chama de uma "cultura de paz", buscando sempre a ação protagonista do estudante com a temática abordada. "Todas as escolas podem praticar coisas importantes acerca da inclusão e da convivência, estendendo pontes para a diversidade e estimulando abordagens alternativas, não autoritárias, para resolver conflitos e lidar com a diversidade" (MERESMAN, 2008, p.41).

Além das ações de educação em saúde pensadas no ambiente escolar, cabe também pensar nas ações e interações dos profissionais da saúde nas escolas. Isso pode ser pensando na ação pontual sobre determinados temas, na formação continuada, como também na inserção desses profissionais no ambiente escolar, não com a visão curativa de doenças, mas no acompanhamento e evolução do desenvolvimento e crescimento infantil, apoio à inclusão (DURCE *et al.*, 2006).

Durce et al. (2006) defendem uma escola inclusiva pautada na interação entre os membros da equipe multiprofissional da saúde (fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo/a, assistente social, médico/a, psicólogo e outros/as) com os/as pedagogos/as e educadores/as atendendo a criança e/ou adolescente de forma integral, sem que haja isolamento profissional em suas práticas.

Você, enquanto professor, conhece a equipe de saúde que trabalha com seu aluno incluído?

Cada um dos profissionais de saúde pode orientar os profissionais da escola perante necessidades específicas dos alunos. Isso porque cada criança com deficiência demanda uma atenção específica.

Como fisioterapeuta, as práticas voltadas à educação têm sido no sentido de detectar alterações no desenvolvimento infantil, promover saúde das crianças considerando a diversidade, orientar e capacitar os profissionais da escola que atuam nessas questões de diversidade. Torna-se necessária a existência de profissionais da saúde (fisioterapeuta, musicoterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, psicopedagogo, nutricionista, médico, fonoaudiólogo, dentre outros) articulados à educação. Deve ser pensado, então, estratégias de ação pelos gestores, assim como haver diálogo constante entre os profissionais.

Na existência de deficiência ou condições limitantes, além das adaptações curriculares, essas crianças precisarão de acessibilidade e apoio psicopedagógico pensados desde as etapas iniciais, na educação infantil. Necessitam que todos os aspectos de sua vida sejam considerados, pois além da questão da deficiência, existem outras, como etnia, religião, orientação sexual etc..

No filme *Hoje eu quero voltar sozinho*, o personagem adolescente Leonardo precisa lidar com sua deficiência visual e com a descoberta de ter uma orientação homoafetiva. Você já pensou o que representa para um adolescente em fase de descobertas e transformações lidar com preconceitos relacionadas à sua condição e também à sua orientação? **Como você, professor, lida com a questão da sexualidade em sala de aula? Como lidaria com essa situação (a de Leonardo)? Já passou por alguma experiência semelhante? Fica a sugestão do filme mencionado.**

4 RELATOS DE EXPERIÊNCIAS

Se na discussão teórica a inclusão já parece tarefa nada fácil, vamos pensar então em como colocar em prática essa inclusão. Começo citando falas de professores, tanto positivas quanto negativas, a respeito da inclusão:

> Professor 1: "Não sei até quando o Ministério da Educação continuará a nos pedir mais e mais... Temos cerca de 40 alunos em cada classe, e só conseguimos trabalhar com eles. Além disto, temos nos empenhado em melhorar os resultados da aprendizagem. Creio que a inclusão de alunos com essas dificuldades será um problema a mais, um risco, pois nos exigirá mais tempo. Já estamos cansados de continuarem inventando coisas e nos dando, a cada dia, mais trabalho! Isto irá afetar de forma negativa o rendimento dos outros alunos. Por que não permanecem na escola especial? Creio que não serão mais bem atendidos aqui".
>
> Professor 2: "Tenho uma sobrinha que sofre de 'retardamento mental' e estuda em uma escola comum. Seu progresso tem sido impressionante; tem

> desenvolvido sua autoestima, sua aprendizagem melhorou consideravelmente. Estou convencida de que esta foi uma boa opção; minha irmã está feliz e eu também. Entretanto, eu tampouco saberia como lidar em minha sala de aula, com alunos que apresentem tais características". (DUK, 2006, p. 100).

Você, professor, identificou-se com alguma dessas falas?

Jesus e Effgen (2012, p. 22) relatam situações reais que muito podem ajudar. Vamos ao caso do Roger, o qual era professor de Melissa e Lucas (4ª série) no ano de 2010. Inicialmente, as palavras de Roger enquanto professor foram:

> [...] até pouco tempo atrás, não sabia que Lucas tinha dificuldade para andar. Nunca estabeleci uma relação com Melissa. Eu nem sei quais são suas preferências. Como trabalhar com eles? E mais! Tem 36 alunos na sala que precisam de mim o tempo todo e mais os dois. Como fazer? Eu não tenho como fazer isso sozinho, eu preciso da ajuda de mais uma pessoa.

Jesus e Effgen (2012) propuseram então a Roger uma ressignificação de sua prática, para que, aos poucos, fosse descobrindo e conhecendo Melissa e Lucas - suas dificuldadese potencialidades. Tempo depois, é bastante perceptível, na sua fala, a mudança obtida:

> A minha interação em sala melhorou muito. Eu tenho dado conta de dar orientações para Melissa. Dando conta de Melissa e Lucas, eu tenho dado conta da sala e das coisas da 4ª série. Melissa tem desenvolvido uma pessoalidade comigo. Ela tem vivido e interagido nas aulas com perguntas e respostas iguais aos seus colegas. E, o mais importante, eu planejo as minhas aulas a partir de Melissa e Lucas para os outros alunos, não é um movimento só para eles. (Professor Roger).

E você, identifica-se com as angústias vividas pelo professor Roger e trabalhadas por Jesus e Effgen (2012)?

O exemplo dado pela experiência do professor Roger não visa esgotar as possibilidades nem trazer uma "receita" de como deve ser a atuação do professor frente ao desafio da inclusão. No entanto, o que se quer deixar claro é que há possibilidades sim para a escolarização de crianças, adolescentes e/ou adultos com deficiência. Para Roger:

> O que eu aprendi na formação continuada e no trabalho que você fez com a gente foi muito mais que formação profissional, foi formação para a vida. Vou levar isso para outros lugares, pois levo comigo, ninguém me tira [...]. Quando tiver alunos especiais, eu já sei que tenho que fazer algo. Não dá para ignorá-los, até porque eu já entendo que eles aprendem e dão conta, mas isso depende de mim e da minha prática. (JESUS; EFFGEN, 2012, p.24).

Nesse sentido, deve-se atentar para as PcD como sujeitos de conhecimento (JESUS; EFFGEN, 2012) com possibilidades e não só com limitações.

5 SUGESTÕES INTERDISCIPLINARES

A seguir apresento algumas sugestões pontuais de leituras e de materiais tanto para estudo e conhecimento do professor como para trabalhar essa temática com os estudantes em sala de aula. No final desse item, você encontra um quadro com as referências completas dessas sugestões.

No capítulo deste livro sobre relato de vivências do Projeto PET - Eixo Educação encontram-se brincadeiras utilizadas para trabalhar com o tema inclusão dentro de sala de aula. O projeto PET relata respostas muito positivas nesse tipo de abordagem.

No livro *O professor e a educação inclusiva: formação, práticas e lugares* (MIRANDA; GALVÃO FILHO, 2012), disponível para *download* (ver referências), encontram-se muitos capítulos voltados à atuação pedagógica do professor em sala de aula para diversos tipos de deficiências.

A coletânea Experiências Educacionais Inclusivas. Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade, organizado pela Secretaria de Educação

Especial (ROTH, 2006), traz a descrição de várias experiências relacionadas à inclusão, e a coletânea *Educar na diversidade: material de formação docente* (DUK, 2006) traz várias ideias e abordagens para serem utilizadas pelo professor.

Maurício de Souza também traz à discussão as questões de diversidade e direitos das crianças em seus gibis, pode ser um recurso lúdico adicional no trabalho com os alunos.

Na animação *Cuerdas* (Cordas, em português), Maria, já na infância, depara-se com o diferente... como uma criança, com suas curiosidades, fica intrigada com a diferença do novo colega, questionando-o inclusive. Porém, a sua reação também é diferente dos demais colegas. **Como você, enquanto professor, lidaria com essa situação? Como lidaria com Maria? E com os demais colegas? E com o novo e "diferente" colega recém-chegado?**

A história de Heloísa, transformada em curta-metragem, *Por que Heloísa* (disponível também na versão em libras), produzido pela Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência, trata da inclusão escolar da personagem, uma criança com Paralisia Cerebral, cadeirante. Com uma forma lúdica traz à reflexão tanto os professores como os estudantes. Demonstra os obstáculos a serem enfrentados pela criança a partir de sua visão e como os professores e colegas podem encarar o desafio. Vale como sugestão complementar de estudo e para uso em sala de aula.

O filme nacional *Hoje eu quero voltar sozinho*, de Daniel Ribeiro, também é uma sugestão interessante para estudo e trabalho, principalmente com o público adolescente e adulto. O filme retrata o conflito de adolescência do personagem Leonardo, que além de enfrentar os desafios de um deficiente visual e buscar sua independência, vive a crise da adolescência em meio a descobertas de uma orientação homoafetiva. Esse filme, na verdade, amplia o debate já discutido no curta-metragem *Eu Não Quero Voltar Sozinho*, também de Ribeiro, no qual os mesmos personagens enfrentavam o medo do primeiro beijo.

Sugestões

CUERDAS. Animação, 2014. Espanhol. (08min47s). Disponível em: <http://mais.uol.com.br/view/87j2x7d2z5jm/cuerdas-linda-historia-para-reflexionar-04028C1B316AD0C94326?types=A& > Acesso em: 09/09/2014.

DUK, Cynthia (Ed.). **Educar na diversidade**: material de formação docente. 3. ed. Brasília: [MEC, SEESP], 2006. 266 p.

EU NÃO quero voltar sozinho. (Curta-metragem). Direção de Daniel Ribeiro. Brasil: Lacuna Filmes, 2010. Curta-metragem. (17min02s). Disponível em; <https://www.youtube.com/watch?v=1Wav5KjBHbI> Acesso em: 20/10/2014.

HOJE eu quero voltar sozinho. Direção de Daniel Ribeiro. Brasil: 2014. 1 DVD (1h36min).

MIRANDA, Theresinha Guimarães; GALVÃO FILHO, Teófilo Alves. **O professor e a educação inclusiva:** formação, práticas e lugares. Salvador, BA: EDUFBA, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/.../o-professor-e-a-educacao-inclusiva.pdf> Acesso em: 18/08/2014.

POR QUE HELOÍSA? Curta-metragem em animação. São Paulo: Conteúdos Diversos. (11min01s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=f5vNAwmgZU4> Acesso em: 12/10/2014.

POR QUE HELOÍSA? Curta-metragem em animação. Versão em libras. São Paulo: Conteúdos Diversos. (11min08s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=BHYuCIuvjnE>

ROTH, Berenice Weissheimer (Org.). **Experiências Educacionais Inclusivas**. Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2006. 191p.

REFERÊNCIAS

ADIRON, Fábio. Pela educação para todos: Educando na diversidade. In: LICHT, Flavia Boni; SILVEIRA, Nubia. (Org.). **Celebrando a diversidade**: pessoas com deficiência e direito à inclusão. São Paulo: 2010. p. 68-74.

ALVES, Deni de Oliveira; BARBOSA, Kátia Aparecida Marangon. Experiências Educacionais Inclusivas: refletindo sobre o cotidiano escolar. In: ROTH, Berenice Weissheimer (Org.). **Experiências Educacionais Inclusivas**. Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2006. 191p.

AMIRALIAN, Maria L. T. et al. Conceituando deficiência. **Rev Saúde Pública**, v. 34, n. 1, p. 97-103, 2000.

ARRUDA, M. A.; ALMEIDA, M. **Cartilha da Inclusão Escolar**: Inclusão Baseada em Evidências Científicas. Ribeirão Preto e São Pedro, 2014.

BARRETO, Andreia; ARAÚJO, Leila; PEREIRA, Maria Elisabete (Org.). Diversidade. In: _____. **Gênero e Diversidade na Escola**: formação de professoras/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais. Livro de conteúdo, versão 2009. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM. 2009. p.17-39.

BRESSAN, Aline. O que a escola tem a ver com a saúde? Saúde e educação: interfaces possíveis. In: SALTO PARA O FUTURO. Saúde e educação. Boletim 12, ano 18, ago. 2008. Disponível em: <http://www.cedaps.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Boletim-Saude-e-Educacao.pdf> Acesso em: 27/09/14.

BUCHALLA, Cassia Maria. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Acta Fisiátrica**, v. 10, n. 1, p. 29-31, 2003.

CARLINHOS e seu amigo. Propaganda (2min05s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=hmdmfWQW4ig> Acesso em: 14/10/2014.

CARRARA, Sérgio. Educação, Diferença, Diversidade e Desigualdade. In: BARRETO, Andreia; ARAÚJO, Leila; PEREIRA, Maria Elisabete (Org.). **Gênero e Diversidade na Escola**: formação de professoras/es em gênero, orientação sexual e relações étnico-raciais. Livro de conteúdo, versão 2009. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília: SPM. 2009. p. 13-17.

CORIAT, Silvia. Pela discussão de Paradigmas: A Cor do Cristal com que se olha. In: LICHT, Flavia Boni; SILVEIRA, Nubia. (Org.). **Celebrando a diversidade:** pessoas com deficiência e direito à inclusão. São Paulo: 2010. p. 19-32.

CONADE. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. 2009. Disponível em: <http://www.mpgo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/parecer_-_mudanca_da_nomeclatura.pdf>

CROCHÍK, José Leon. Educação inclusiva e preconceito: Desafios para a prática pedagógica. In: In: MIRANDA, Theresinha Guimarães; GALVÃO FILHO, Teófilo Alves. **O professor e a educação inclusiva**: formação, práticas e lugares. Salvador, BA: EDUFBA, 2012. p. 17-24.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev Bras Epidemiol** [on-line], v. 11, n. 2, p. 324-335, 2008.

DURCE, Karina et al. A atuação da fisioterapia na inclusão de crianças deficientes físicas em escolas regulares: uma revisão da literatura. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, n. 1, p. 156-159, jan./mar. 2006.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol [**on-line], v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FAZENDA, Ivani Catarina Arantes; SOUZA, Fernando César de. Diálogo Iterdisciplinares em Saúde e Educação: a arte do cuidar. **Educ Real**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, p. 107-124, jan./abr. 2012.

FERNANDES, José Ricardo Oriá. Ensino de história e diversidade cultural: desafios e possibilidades. **Cad. Cedes**, Campinas, v. 25, n. 67, p. 378-388, set./dez. 2005.

FORTI-BELLANI, Cláudia; CASTILHO-WEINERT, Luciana Vieira. Desenvolvimento Motor Típico, desenvolvimento motor atípico e correlações na Paralisia Cerebral. In: ____. **Fisioterapia em Neuropediatria**. Curitiba: Omnipax, 2011. p. 1-22.

ISRAEL, Vera Lúcia. Novos olhares sobre a concepção de deficiência físico-motora. In: ISRAEL, Vera Lúcia; BERTOLDI, Andréa Sério. **Deficiência Físico-motora**: interface entre educação especial e repertório funcional. São Paulo: Saraiva, 2010. p. 15-30.

JESUS, Denise Meyrelles de; EFFGEN, Ariadna Pereira Siqueira. Formação docente e práticas pedagógicas: Conexões, possibilidades e tensões. In: MIRANDA, Theresinha Guimarães; GALVÃO FILHO, Teófilo Alves. **O professor e a educação inclusiva**: formação, práticas e lugares. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 39-59.

LUNARDI, Valéria Lerch. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da gavernabilidade dos sujeitos. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p.26-40, jan. 1999.

MAIOR, Isabel de Loureiro; MEIRELLES, Fábio. Pela defesa da cidadania: a inclusão das pessoas com deficiência é uma obrigação do estado brasileiro. In: LICHT, Flavia Boni; SILVEIRA, Nubia. (Org.). **Celebrando a diversidade**: pessoas com deficiência e direito à inclusão. São Paulo: 2010. p. 33-42.

MERESMAN, Sergio. Saúde e Educação: ações de sustentabilidade. O que a escola tem a ver com saúde comunitária? In: SALTO PARA O FUTURO. Saúde e educação. Boletim 12, ano 18, ago. 2008. Disponível em: <http://www.cedaps.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Boletim-Saude-e-Educacao.pdf> Acesso em: 27 set. 2014.

MOEHLECKE, Sabrina. As políticas de diversidade na educação no governo Lula. **Cad. Pesqui** [on-line], v.39, n.137, p. 461-487, 2009.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. **Saúde Integral da Pessoa com Deficiência**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1265> . Acesso em: 30/01/15.

PEREIRA, Graziela Raupp; BAHIA, Alexandre Gustavo Melo Franco. Direito fundamental à educação, diversidade e homofobia na escola: desafios à construção de um ambiente de aprendizado livre, plural e democrático. **Educ. rev**.[online], n. 39, p. 51-71, 2011.

ROTH, Berenice Weissheimer (Org.). Inclusão. Revista da Educação Especial, Brasília, v. 4, n. 1, 2008. Disponivel em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/revinclusao5.pdf> Acesso em: 13/10/2014.

SANCHEZ, Cláudia. Pela atuação na Sociedade: onde está a deficiência? In: LICHT, Flavia Boni; SILVEIRA, Nubia. (Org.) **Celebrando a diversidade:** pessoas com deficiência e direito à inclusão. São Paulo: 2010. p. 52-58.

SANTOS, Boaventura Souza. **Pela mão de Alice**. São Paulo: Cortez, 1996.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Vida Independente**: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR, 2003, p. 12-16.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis** [online], v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SIERRA, Jamil Cabral; SIGNORELLI, Marcos Claudio (Org.). **Diversidade e Educação**: intersecções entre corpo, gênero, sexualidade, raça e etnia. Paraná: UFPR Litoral, 2014.

SILVA, Carlos dos Santos. O que a escola pode fazer para promover saúde de crianças, adolescentes e jovens? In: SALTO PARA O FUTURO. Saúde e educação. Boletim 12, ano 18, ago. 2008. Disponível em: <http://www.cedaps.org.br/wp-content/uploads/2013/07/Boletim-Saude-e-Educacao.pdf> Acesso em: 27/09/14.

SILVA, Cristina Maria das Dôres. Inclusão: dos limites às possibilidades. In: ROTH, Berenice Weissheimer (Org.). **Experiências Educacionais Inclusivas**. Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2006. p. 103-109

VIEIRA, Silvio Santiago. Charge. 2010. Disponível em< http://profsilviosantiago. blogspot.com.br/> Acesso em 13/10/2014.

ZUCCHETTI, Dinora Tereza. A inclusão escolar vista sob a ótica de professores da escola básica. **Educ. rev**. [on-line], v. 27, n. 2, p. 197-218, 2011.

SOBRE A AUTORA:

Tainá Ribas Mélo

Mestre em Comportamento Motor pelo Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especialização em Intervenção em Neuropediatria pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Graduanda em Pedagogia pela Uninter. Fisioterapeuta da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Paranaguá. Docente do Curso de Fisioterapia da Uniandrade. Docente e tutora do Curso de Especialização em Gênero e Diversidade na Escola/UFPR. Preceptora do Projeto PET Redes de Atenção às PcD/UFPR.

DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR INFANTIL E O AMBIENTE ESCOLAR: DETECÇÃO DOS RISCOS DE ATRASOS E ESTIMULAÇÃO PRECOCE

Luciana Vieira Castilho-Weinert
Cláudia Diehl Forti-Bellani

1 INTRODUÇÃO

O ambiente escolar possui papel fundamental no desenvolvimento infantil por meio da ação dos professores, bem como de todos os profissionais que desempenham seu trabalho de modo interdisciplinar na área da educação. Neste ambiente, o desenvolvimento motor da criança ocorre de forma integrada com a sua maturação neurobiológica e o seu desenvolvimento psicológico, em interação com meio que a cerca. Este desenvolvimento depende da estimulação ambiental ocasionada pelas demandas impostas durante a facilitação da aprendizagem e a interação social. Além disto, a motricidade infantil é capaz de influenciar aspectos que auxiliam na aprendizagem escolar e no aprimoramento da inteligência e da cognição.

Considerando-se a importância do desenvolvimento motor e a expressividade que a escola tem sobre o cotidiano da infância, este capítulo aborda características neuropsicomotoras de cada faixa etária compreendida entre 0 e 6 anos, as relações entre a motricidade (ampla e fina) e o despertar da inteligência, assim como a importância da detecção de atrasos no desenvolvimento motor pelo educador, e, estratégias para a estimulação psicomotora infantil que podem ser incorporadas ao cenário escolar. Salienta-se que tal conhecimento é essencial para que se estabeleçam rotinas de promoção da saúde e consequente prevenção de deficiências na área da educação.

2 PRINCIPAIS MARCOS DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR DE 0 A 7 ANOS

O desenvolvimento neuropsicomotor recebe várias denominações:

desenvolvimento motor, desenvolvimento motor normal, desenvolvimento neurossensoriomotor, ou como recomendam as nomenclaturas recentes, desenvolvimento típico ou desenvolvimento motor típico (CASTILHO-WEINERT; FORTI-BELLANI, 2011). Este desenvolvimento é o conjunto de características em constante evolução que permite que um bebê, que possui atividade motora essencialmente reflexa e involuntária ao nascimento, evolua para a motricidade voluntária e realize movimentos complexos e coordenados, tais como andar, correr, movimentos finos de mão, entre outros (DIAMENT; CYPEL; REED, 2010).

O desenvolvimento motor, descrito por vários autores consagrados como Diament, Cypel e Reed (2010), Levitt (1995), Bly (1994), Bobath (1971), Milani-Comparetti e Gidoni (1967) e outros, serve como guia e parâmetro para que se avalie o funcionamento do Sistema

Nervoso Central (SNC) da criança. Desta forma, em cada faixa etária, considera-se adequado que a criança realize determinados movimentos, pois isto reflete a sua integridade neurológica e o seu desenvolvimento biológico. Estes movimentos são chamados marcos do desenvolvimento neuropsicomotor (RANIERO; TUDELLA; MATTOS, 2010).

No primeiro ano de vida, analisa-se a motricidade humana quase que mensalmente, pois a evolução da motricidade ampla ou grosseira é bastante notória nesta fase e evolui-se do deitado para o andar (CASTILHO-WEINERT; FORTI-BELLANI, 2011). Após este primeiro ano o desenvolvimento motor passa a ocorrer nas habilidades mais específicas, como o aprimoramento do equilíbrio, das noções de tempo e espaço e da coordenação motora. Nesta fase passa-se a analisar a criança semestralmente e, depois, anualmente (ZILKE, BONAMIGO; WINKELMANN, 2009).

Quando o bebê nasce ele possui uma postura de flexão fisiológica (Figura 1), isto é, seu corpo é todo curvado. Isto é normal e ocorre devido à posição em que foi gerado no ventre materno. Aos poucos, durante seus primeiros três meses de vida, ele vai tentando se endireitar e reagir contra a gravidade. Assim, a primeira parte do corpo que começa a sustentar e a controlar é a cabeça (Figura 2), ao final do terceiro mês (LONG; CINTAS, 2001).

Figura 1 - Recém-nascido em flexão fisiológica

Figura 2 - Controle da cabeça ao terceiro mês no teste de puxado para sentar

No segundo trimestre, ou seja, do terceiro ao sexto mês, já com maior controle da cabeça, a criança começa a focar objetos. Esta habilidade chama-se controle olho-mão ou visomotor e permitirá que ela inicie a exploração ambiental pela preensão e comece a pegar objetos de forma voluntária (Figura 3) (GRECO; SOARES; TUDELLA, 2013). Esta fase de exploração oral continua com o desenvolvimento da habilidade de levar o pé até a boca (Figura 4)

Figura 3 - Controle visomotor e exploração oral

Figura 4 - Desenvolvimento da exploração oral

Neste trimestre aparecem as reações posturais que proporcionam a transferência de peso corporal para lateral e a rotação do tronco (FLEHMIG, 2005). Isso favorece o deslocamento, a mudança de posição do corpo e aumenta a interação da criança com o ambiente. Assim, o bebê começa a rolar e vira-se da posição supina ("com a barriga para cima") para a lateral (deitado sobre um dos lados do corpo) (Figura 5), algumas vezes chega a ficar na posição prona ("com a barriga para baixo") (Figura 6) (FLEHMIG, 2005). A observação desta mobilidade lateral e rotacional da criança neste momento é um fator prognóstico positivo para seu desenvolvimento motor.

Figura 5 - Rolando para lateral em resposta a estímulos ambientais

Figura 6 - Rolando para a posição prona e interagindo com o ambiente

Aos seis meses a criança já consegue ficar sentado e proteger-se para não cair para frente. Esta capacidade de se proteger progressivamente melhora para as laterais (Figura 7) e para trás até por volta dos 9 meses (CASTILHO-WEINERT; FORTI-BELLANI, 2011). Com 9 meses já possui um bom controle do tronco, ou seja, já se sustenta sentado contra gravidade com bom equilíbrio e consegue brincar nesta posição (FORMIGA; CEZAR; LINHARES, 2010).

Figura 7 - Reação de proteção para o lado com rotação do tronco na posição sentada

No último trimestre do primeiro ano de vida, dos 9 aos 12 meses, a criança adquire a habilidade de ficar de gatas (Figura 8), engatinhar e passa para a posição em pé. Porém, nem todos os bebês engatinham e, o fato de não fazê-lo, não significa atraso em seu desenvolvimento motor ou que o mesmo não irá andar (FLEHMIG, 2005).

Figura 8 - Posição de gatas ou quatro apoios

Aos 12 meses grande parte das crianças já caminha com apoio ou de forma independente, porém com pouco equilíbrio (LONG; CINTAS, 2001). Esta habilidade se aprimorará gradativamente até os 18 meses, quando quase todos os bebês com desenvolvimento adequado caminham, e vários destes com bastante equilíbrio (FLEHMIG, 2005). Nesta fase também se inicia o aprimoramento da coordenação motora fina (CASTILHO-WEINERT; FORTI-BELLANI, 2011).

Dos 18 aos 24 meses (2 anos) a criança consegue subir e descer escadas engatinhando e mudar de direção enquanto caminha. Na área da motricidade fina é capaz de fazer torres de três cubos, virar páginas, comer sozinho com uma colher, segurar um copo e falar algumas palavras ou frases (COELHO, 1999).

Entre 2 e 3 anos, na motricidade ampla, continua a aprimorar seu equilíbrio e desenvolve o caminhar para trás e na ponta dos pés, corre sem cair, salta sobre os dois pés, chuta uma bola, e sobe e desce escadas com ajuda. Na motricidade fina, pedala um triciclo, constrói torre de cinco a seis cubos, suga no canudo e coloca e retira roupas (RODRIGUES, 2003).

Dos 3 aos 4 anos, a criança possui um andar mais coordenado, já consegue subir e descer escadas sozinhas sem alternância dos membros inferiores (“pernas”), pular com um dos pés, galopar e saltitar, e inicia o movimento de arremessar. Nesta fase, sua coordenação motora fina evolui

bastante e em conjunto com sua cognição, de forma que aprende a mostrar dez partes do corpo, fazer pares de três ou mais, montar quebra-cabeça de seis peças, empilhar doze cubos e realizar movimento de pinça (encostar os dedos indicador e polegar para manipular objetos) (COELHO, 1999).

Entre os 4 e os 5 anos ocorre maior aprimoramento de habilidades que solicitam o uso de habilidades relativas à coordenação motora fina, equilíbrio e cognição conjuntamente. Nesta idade a criança dança coordenadamente, permanece sobre um pé só por dez segundos, joga uma bola enquanto continua a deslocar seu corpo no espaço, muda de direção quando corre, anda sobre uma tábua e mantém o equilíbrio, pula uma altura de cinco centímetros, salta para trás e bate uma bola contra o chão várias vezes. Também começa a tomar banho sem auxílio, a desenvolver a noção de direita e esquerda e a reconhecer as cores (RODRIGUES, 2003).

Dos 5 aos 6 anos sua coordenação e sua força aumentam ainda mais e pode parar sobre um pé enquanto move o outro, pular uma altura de dez centímetros, andar de bicicleta de duas rodas com ajuda ou rodinhas, fazer um laço e reconhecer moedas. Esta fase possui o marco importante da independência completa para as atividades de higiene pessoal (COELHO, 1999).

Até os sete anos desenvolve completamente sua lateralidade com noções de direita e esquerda, conhece seu corpo e o compreende como distinto do corpo de outro, desenha figuras simples e inicia a leitura e a escrita (RODRIGUES, 2003). Portanto, é uma fase de grande avanço na motricidade fina e de início de intensa atividade cognitiva.

Após esta análise sequencial dos eventos que ocorrem durante o desenvolvimento motor típico é possível compreender que a motricidade ampla se desenvolva, fornece base para o desenvolvimento para a motricidade fina, que por sua vez proporciona os subsídios para o desenvolvimento cognitivo.

3 DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR E A INTELIGÊNCIA

O desenvolvimento do ser humano ocorre desde que este é um embrião, e continua por toda a vida. O termo “desenvolvimento” refere-se a modificações e adaptações pelas quais a criança passa, de acordo com os

processos de maturação decorrentes de fatores genéticos, das experiências adquiridas e do ambiente em que ela se encontra (SANTOS et al., 2012).

É necessário que se considere que o nome neuropsicomotor remete ao desenvolvimento possuir aspectos neurológicos, ou seja, as estruturas do sistema nervoso devem amadurecer para que haja desenvolvimento (POGETTI et al., 2013). O desenvolvimento também possui aspectos psicológicos ligados às emoções, ao afeto e às motivações que levam ao aprendizado do ato motor (BOTTESINI; SILVA; TUDELLA, 2010). E, ainda, o desenvolvimento possui o próprio aspecto motor, que diz respeito às especificidades do movimento humano (WILLRICH; AZEVEDO; FERNANDEZ, 2009).

Segundo Papalia, Olds e Feldman (2009) o desenvolvimento infantil é influenciado por uma tríade, a tríade de Newell (NEWELL, 1991), que considera o papel do indivíduo, do ambiente e da tarefa. Assim, também cabe ao educador identificar que condições podem ser modificadas nesta tríade para aprimorar o desenvolvimento neuropsicomotor infantil.

Como se considera que o desenvolvimento neuropsicomotor possui várias facetas e também é determinante do desenvolvimento global do indivíduo, sabe-se que este contribui para o desenvolvimento da inteligência (POGETTI et al., 2013).

O desenvolvimento motor como facilitador da inteligência começa a ter repercussões sobre esta desde o nascimento, na "luta" do recém-nascido para agir contra a gravidade e iniciar os seus movimentos voluntários. Este início precoce tem explicação fundamentada no papel da coordenação motora ampla, pois é a motricidade ampla que permite que o bebê inicialmente controle sua cabeça, na sequência seu tronco e seus braços, e desenvolva a preensão (habilidade de pegar objetos voluntariamente) (BOTTESINI; SILVA; TUDELLA, 2010). Após o desenvolvimento da preensão, esta começa a se aprimorar de forma que ocorre coordenadamente com os movimentos do restante do corpo e dos olhos para possibilitar a exploração do ambiente e reagir aos estímulos ao redor (POGETTI et al., 2013). Neste processo de experimentação ocorre o desenvolvimento da coordenação motora fina, principalmente por meio da manipulação de objetos cada vez menores e de movimentos progressivamente mais seletivos das mãos e dos dedos (BOTTESINI; SILVA; TUDELLA, 2010).

Assim, o desenvolvimento motor de uma criança é dividido basicamente em duas etapas, a habilidade motora ampla e fina, e a motricidade fina só se desenvolve depois da criança ter dominado a motricidade ampla (global) (CASTILHO-WEINERT; FORTI-BELLANI, 2011). A motricidade ampla é a ação simultânea de diferentes grupos musculares na execução de movimentos voluntários, amplos e relativamente complexos, como o ato de caminhar em que se coordenam movimentos de membros superiores (braços) e inferiores (pernas) e alternância para que haja deslocamento (SACANNI et al., 2007). A motricidade fina é a capacidade de controlar uma combinação de determinados movimentos realizados em partes específicas do corpo com a finalidade de alcançar um resultado preciso, utilizando de força mínima, como o ato de escrever (FABER et al., 2010).

A habilidade motora fina envolve a ação de músculos pequenos e a coordenação entre olhos e mãos, que só ocorrem na presença da habilidade motora ampla mantendo a postura de todo o corpo (SHUMWAY-COOK; WOOLLACOTT, 2010). O ato de abotoar camisas e desenhar figuras, por exemplo, além de intensa atividade manual (habilidade fina) ocorre em conjunção com uma postura sentada ou em pé (habilidade ampla) (CASTILHO-WEINERT; BUENO; SANTOS, 2011). Desta forma, se não houver desenvolvimento motor amplo, não haverá embasamento para que o desenvolvimento motor fino ocorra, e este último é de suma importância para o despertar da inteligência na criança (FONSECA, 2008).

Entre os primeiros 12 e 18 meses de vida, quando o bebê já caminha com boas reações de equilíbrio (que depende da coordenação de movimentos amplos) e possui boa atividade manual (que depende da coordenação de movimentos finos), ele começa de fato a desenvolver habilidades psicomotoras (SHUMWAY-COOK; WOOLLACOTT, 2010). A psicomotricidade relaciona habilidades motoras, psicológicas e afetivas. Ela é indispensável a toda criança porque tem a finalidade de assegurar o desenvolvimento funcional. Através da exploração psicomotora, o indivíduo desenvolve a consciência de si mesmo e do mundo exterior. As habilidades motrizes o auxiliam na conquista de sua independência, na sua vida diária e na sua adaptação social (FONSECA, 2008). Pode-se dizer que a psicomotricidade favorece a inclusão e a socialização.

Os elementos psicomotores básicos são chamados de pilares, que são o esquema corporal, a estruturação espacial, a lateralidade, a orientação

temporal e a pré-escrita (CASTILHO-WEINERT; FORTI-BELLANI, 2011). Durante o desenvolvimento psicomotor, esses pilares vão se desenvolvendo a medida que a criança interage com o meio ambiente e as pessoas que a cercam.

Durante o período sensório-motor, entre zero e dois anos de idade, a ampla exploração do meio e o "bombardeio" de estímulos sensoriais fazem com que a criança se aproprie do seu corpo. Assim ela adquire o seu esquema corporal (noção do corpo) que é elemento indispensável para se perceber e desta forma perceber os outros. O domínio sobre o corpo é base para sua estruturação nos espaço e no tempo (espaço-temporal) (ROSA NETO, 2011).

As alterações no desenvolvimento do esquema corporal trazem prejuízos das noções espaciais e temporais dos movimentos e do equilíbrio postural, pois o desenvolvimento inadequado deste esquema causa falhas no reconhecimento e na utilização adequada das partes do corpo. Isto dificulta, por exemplo, a escrita entre linhas e a colocação do corpo em espaços pré-determinados, como o sentar na carteira escolar.

Após apropriar-se de seu próprio corpo por meio do desenvolvimento do esquema corporal, a criança adquire a noção do seu corpo no espaço. Em seguida, tem a noção de seu corpo em relação aos outros e aos objetos que estão dispostos no espaço (entre os 3 e os 4 anos), e assim começa a definir sua lateralidade (entre os 5 e os 6 anos). Neste momento, a criança se coloca no espaço, com senso direcional, tendo noções de dentro e fora, longe e perto, acima e abaixo. Portanto, a estruturação espacial é indispensável para a aprendizagem infantil (ROSA NETO, 2011).

A lateralidade, por sua vez, é consequência da especialização de um dos dois hemisférios (metades) cerebrais. O hemisfério dominante é o responsável pela motricidade ocular e de membros superiores e inferiores no lado contralateral (oposto) a este hemisfério cerebral dominante. Isto faz com que a criança tenha um lado do corpo mais dominante que o outro em relação a sua motricidade. Assim, existe no corpo uma dominância manual (preferência ou maior facilidade para utilizar uma das mãos), uma dominância podal (preferência ou maior facilidade para utilizar um dos pés), e da mesma forma as dominâncias ocular e auditiva (ROSA NETO et al., 2013).

Em geral a lateralidade é simétrica ou homogênea, com a preferência pela utilização de uma das partes do corpo: mão, olho, ouvido, perna do mesmo lado (ROSA NETO, 2011). A lateralidade é cruzada quando há uma discordância na utilização de uma dessas partes, como escrever com a mão direita e chutar com o pé esquerdo, por exemplo. E é indefinida quando não há essa dominância, como ao escrever tanto com a mão direita quanto com a esquerda (ROSA NETO et al., 2013). Quando há uma especialização harmônica entre as partes corporais, a lateralidade é caracterizada como sinistro completo (escrever com a mão esquerda e chutar com o pé esquerdo), ou destro completo (escrever com a mão direita e chutar com o pé direito). A definição da lateralidade ocorre por volta dos seis anos (TAN, 1985).

Atualmente se reconhece uma estreita relação entre o que a criança é capaz de aprender (cognitivo), com o que é capaz de realizar (motor). E sabe-se que a lateralidade é uma das variáveis do desenvolvimento psicomotor, e também um dos aspectos relevantes das capacidades de aprendizagem. A lateralidade cruzada, ou seja, dominância contralateral dos membros e ou dos olhos, pode prejudicar o processo de aprendizagem por causar desorganização psicomotora (ROSA NETO et al., 2013).

A orientação temporal designa a capacidade de se situar em função da sucessão e da duração dos acontecimentos, do caráter cíclico de eventos e da irreversibilidade do tempo. Esta orientação tem relação direta com a capacidade de processamento auditivo da criança e depende do esquema corporal e da estruturação espacial (ROSA NETO, 2011). A organização temporal é importante para a aquisição de ritmo e velocidade do movimento da criança e estes são importantes para o processo de alfabetização e interferem na fluência da leitura (OLIVEIRA, 2009). Já a pré-escrita é a base para o aprendizado da escrita e para o aprimoramento da inteligência e da cognição no ambiente escolar (OLIVEIRA, 2009).

Em suma, pode-se didaticamente dizer que primeiro a criança adquire a noção do seu corpo, para depois fazer sentido posicionar-se no espaço. Conforme ela se coloca neste espaço adquire o senso de direção, definindo sua lateralidade. Então, finalmente controla os aspectos temporais do movimento.

Diante do exposto, considera-se que a motricidade ampla é a base para

a motricidade fina, que possibilita a aquisição das habilidades psicomotoras e o desenvolvimento da inteligência. Portanto, deve-se considerar o aspecto psicomotor como influente na concretização da alfabetização, uma vez que este abrange as atividades motoras que possibilitam o conhecimento, o domínio e a execução habilidosa dos movimentos corporais. E, estes movimentos são essenciais para o desenvolvimento da escrita, da construção do ritmo e da fluência na leitura.

4 DETECÇÃO DE ATRASOS NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR PELO EDUCADOR

As tendências atuais em saúde são de se retirar o foco do conceito de doença (prevenção) e visualizar um ser humano biopsicossocial (promoção da saúde). Para Czeresnia e Freitas (2003), a principal diferença encontrada entre prevenção e promoção está no olhar sobre o conceito de saúde. Na prevenção, a saúde é vista simplesmente como a ausência de doenças. Na promoção, a saúde é encarada como um conceito positivo e multidimensional, que resulta em um modelo participativo de todos os profissionais das áreas da saúde e da educação na promoção em oposição ao modelo exclusivamente médico de intervencionista.

O conhecimento sobre desenvolvimento neuropsicomotor é fundamental para o educador, pois este profissional está presente no cotidiano infantil e pode auxiliar a família a identificar casos suspeitos de alterações da motricidade. Estas situações incluem os atrasos e as condições patológicas, que requerem intervenção com o objetivo de prevenção (estimulação precoce) ou reabilitação (no caso de grandes atrasos) (HALPERN et al., 2000). Destaca-se que somente a partir do momento que se reconhece o desenvolvimento típico ou normal se está apto para reconhecer situações de desenvolvimento atípico.

Os progressos que ocorrem durante os primeiros anos de vida em relação ao desenvolvimento costumam obedecer a uma sequência ordenada. Contudo, existe uma considerável variabilidade individual, pois cada criança apresenta seu padrão característico de desenvolvimento (BURNS, MACDONALD, 1999; RATLIFFE, 2000). Diversos autores já entraram num consenso quando se fala em desenvolvimento motor típico (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009). Porém fatores genéticos, ambientais e questões neuromaturacionais devem ser considerados, pois podem repercutir no

comportamento motor da criança (DIONÍSIO et al., 2012). A ampla gama de movimentos que a criança realiza ao longo de seu desenvolvimento é considerada normal ou típica. Caso haja diminuição desses movimentos, suspeita-se de condições patológicas (GUSMAN; TORRE, 2010).

Assim, a história de vida que inclui fatores como a saúde materna durante a gestação (hipertensão, diabetes, doenças infectocontagiosas e sexualmente transmissíveis), a saúde do bebê (prematuridade, internação em unidade de terapia intensiva, entre outros), a ocorrência de doenças do sistema nervoso e musculoesquelético na criança e as condições nutricionais (peso, altura e composição corporal) são questões que podem ocasionar perturbações no desenvolvimento motor (DIAMENT; CYPEL; REED, 2010). Por outro lado, um ambiente rico em estímulos como brinquedos, recursos audiovisuais e interação com outras crianças ou familiares facilita o desenvolvimento pelas demandas impostas pelas tarefas que a criança quer realizar, ou seja, pelo brincar (SHUMWAY-COOK; WOOLLACOTT, 2010).

Hás variações motoras aceitáveis para cada faixa etária, como o caminhar que ocorre aproximadamente aos 12 meses, mas em algumas crianças se inicia já aos 8 meses e em outras somente aos 18 meses. Todas estas situações são consideradas normais, pois não se deve observar o desenvolvimento de uma criança somente por uma característica, mas sim se ela realiza outros movimentos voluntariamente, se ela interage com o meio e se é possível observar modificações e evoluções no seu comportamento motor durante observações em períodos posteriores ao primeiro contato (SOUZA et al., 2008).

Além das variações individuais, a literatura também relata diferenças entre os gêneros. Na motricidade geral os meninos tendem a ter melhor desempenho que as meninas (OLIVEIRA; OLIVEIRA; CATTUZZO, 2013). Um possível argumento é que pode haver maior oferta de práticas motoras vigorosas e incentivo dedicado aos meninos (VALENTINI, 2002). Porém em análises mais detalhadas observa-se que as habilidades motoras amplas são mais bem desenvolvidas em meninos (CARVALHAL; VASCONCELOS-RAPOUSO, 2007). Já as habilidades motoras finas são melhores em meninas (HARDY, 2010), que são mais eficientes em habilidades locomotoras específicas que requerem controle motor fino, flexibilidade e equilíbrio (GABBARD, 2004).

Para detecção precoce dos desvios ou atrasos motores, é importante considerar a existência dos marcos motores, ou seja, quais movimentos se espera que uma criança realize em determinada faixa etária (SACANNI et al., 2007). Porém é necessário considerar sempre as diferenças individuais aceitáveis (SOUZA et al., 2008) e as variações entre os gêneros.

Para identificar precocemente os riscos de atraso no desenvolvimento motor da criança pequena também é importante prestar a atenção às queixas dos pais que são mais frequentes após o 3º mês de vida da criança, quando o bebê assume uma postura mais simétrica e começa a ter maior mobilidade. Muitas vezes, os pais relatam que observam: atraso motor em comparação com as habilidades dos outros filhos ou de outras crianças que conhecem, assimetria com mobilidade restrita ou excessiva em um lado ou um membro específico do corpo, presença de sustos ao menor ruído ou sem causa aparente, dificuldade de sugar com salivação excessiva e língua protusa (para fora da boca), bebê tenso sempre com mãos fechadas e pernas cruzadas, choro excessivo sem causa evidente, não tolerância da posição prona ("de barriga para baixo").

Com base na observação do professor e nas queixas familiares, há alguns critérios clínicos de reconhecimento de fatores que podem levar a um encaminhamento para um atendimento de estimulação precoce: não interagir com o meio ambiente e não se interessar por brinquedos, não fixar o olhar e permanecer fixa na posição deitada, presença de movimentos descoordenados e involuntários, deficiência ou ausência de reações posturais (endireitamento, equilíbrio e proteção) na época apropriada, ocorrência de movimentos atípicos, repetitivos e não funcionais (estereotipias), transtornos da percepção (dificuldades visuais ou auditivas), criança que não atinge as fases do desenvolvimento motor adequadas à sua idade cronológica (respeitando suas características individuais).

Na avaliação da motricidade de crianças de até 1 ano de idade, deve-se verificar quais seriam os marcos motores (posições ou movimentos) adequados à sua idade, para então deixar a criança deitada ou sentada em uma superfície que não a exponha a risco de queda, e esperar que ela comece a demonstrar seu repertório motor (MELO; LEITE, 2011). Por exemplo, aos 3 meses de idade, na posição prona ("de barriga para baixo") o bebê deve conseguir manter sua cabeça erguida com relativa destreza. Aos 8 meses o bebê deve permanecer sentado e conseguir interagir com

brinquedos. Próximo de seu aniversário de 12 meses, provavelmente conseguirá sentar-se sozinho, engatinhar, levantar-se e ficar em pé.

Em idades mais avançadas a observação deve ocorrer em um ambiente que proporcione os desafios necessários para sua avaliação (FONSECA, 2008). Assim, quando se quer avaliar a capacidade de subir escadas deve-se ter um ambiente com degraus. Por exemplo, como a literatura descreve que crianças entre 2 e 3 anos são capazes de correr, chutar bola, saltar sobre os dois pés, pedalar triciclo, construir torre de cinco a seis cubos, retirar roupas e sugar no canudo, nesta faixa etária a avaliação da motricidade deve averiguar tais habilidades, em um ambiente que desperte o interesse da criança para realizá-las.

Salienta-se que antes dos 2 anos de idade a interação com outras crianças ainda é pequena, e a criança explora o ambiente motivado pela curiosidade e pelos brinquedos. Após os 2 anos, verifica-se progressivamente sua interação com as outras crianças, o que possibilita uma avaliação ainda mais rica de seu repertório motor. Nesta fase a criança desenvolve a linguagem que permite se socializar mais, pois consegue comunicar-se com os demais (SOUZA; WECHSLER, 2014).

Com base na avaliação motora é possível identificar defasagens, ou seja, habilidades que seriam adequadas à faixa etária e que algumas crianças ainda não conseguem realizar. Nesta situação, deve-se registrar tal informação de falha na execução do ato motor, para que se possa estimular o aprendizado motor com foco nas habilidades faltantes.

Embora o educador seja capaz de reconhecer situações de atraso no desenvolvimento motor é muito importante que se investigue as causas do atraso e também que se realize um trabalho interdisciplinar. Esta cooperação pode ser apoiada por vários profissionais, como o educador físico, o enfermeiro, o psicólogo, o fonoaudiólogo, o terapeuta ocupacional, o fisioterapeuta e o médico. Cada profissão possui um olhar diferenciado e igualmente importante sobre o desenvolvimento motor infantil.

5 ESTIMULAÇÃO

A avaliação correta e individualizada da motricidade pode levar a suspeita de um atraso motor. Tal ocorrência faz com que se pondere

sobre condutas de intervenção e estimulação, cuja finalidade é habilitar o indivíduo e capacitá-lo a manter sua independência funcional (LEVITT, 1995).

Sabe-se que o desenvolvimento neuropsicomotor ocorre quando há aprendizado motor. Para promover aprendizagem motora é necessário haver experimentação de movimentos novos, repetição destes e prática de forma funcional. Esta prática de forma funcional refere-se à criança executar o ato motor durante o brincar, pois somente assim terá motivação e interesse para superar as dificuldades da execução de algo novo (CASTILHO-WEINERT; FORTI-BELLANI, 2011). Isto tudo ocorre com a criança durante seu desenvolvimento típico, conforme ela interage com o meio, e evoluem as suas capacidades de controle motor. Porém, em crianças com atraso, as dificuldades para realizar uma tarefa nova podem ser tão importantes que a desestimulem ou incapacitem na realização desta. Portanto, estas crianças merecem atenção especial e maior estimulação (ROSA et al., 2008).

Atualmente como muitas crianças passam grande parte do dia no ambiente escolar, entende-se que os educadores têm papel de grande importância na estimulação do aprendizado motor das crianças (PACHECO; DUPRET, 2004). Portanto, destacam-se algumas atitudes que podem tornar o ambiente mais propício e favorável ao desenvolvimento motor infantil.

5.1 ESTIMULAÇÃO DE 0 A 12 MESES

Durante o primeiro ano de vida deve-se deixar a criança com o mínimo de roupas necessário e o máximo possível no chão, pois nestas situações se favorece a exploração do ambiente e a livre movimentação da criança, sem o risco de quedas. Ainda se deve evitar a utilização do andador que fornece risco de acidentes e de atrasar o andar.

No que diz respeito às orientações, desde recém-nascido, o posicionamento em que a criança é colocada pode permitir ou limitar sua movimentação. O posicionamento correto e variado auxilia no alongamento da postura flexora normal e no desenvolvimento da habilidade de controlar a cabeça e o tronco, que são a base para os movimentos futuros.

Logo, nos primeiros meses deve-se realizar uma alternância de posturas, já que o bebê não tem condições de realizá-las ativamente, ou

seja, sozinho. Deve-se deixar o bebê na posição prona ("de barriga para baixo") para que ele comece a controlar sua cabeça ao tentar mantê-la erguida contra a gravidade. Porém, deve-se realizar tal estímulo sempre sob a supervisão de um adulto. Não é necessário se preocupar com os mitos de que esta posição prejudica a coluna da criança, pois ao contrário disto essa posição vai auxiliar no desenvolvimento da curvatura fisiológica (normal) da coluna cervical (pescoço) e no fortalecimento dos músculos posteriores do tronco. Isto é importante para a aquisição de posturas mais evoluídas, como ficar sentada e em pé, posteriormente. Recursos simples como flutuadores de piscina (conhecidos popularmente como "macarrão") ou calças jeans com enchimento de espuma, são bons meios de se posicionar uma criança na posição prona.

A posição supina ("de barriga para cima") deve ser usada para diminuir o padrão de flexão do corpo que existe ao nascimento. Nesta posição, os estímulos visuais são importantes para a diminuição do estrabismo e obtenção da coordenação dos movimentos dos olhos com os das mãos (oculomotores).

No segundo trimestre do desenvolvimento motor, com o aumento da mobilidade, deve-se oportunizar um ambiente favorável para o deslocamento e com espaço para que a criança se mova. Deve-se deixá-la livre no chão, protegido por um tapete estável como os realizados com blocos de EVA encaixável, e ofertar objetos coloridos, macios e estimulantes, que despertem nela o interesse de buscá-los e explorá-los. Como outro exemplo, pode-se utilizar o canto de uma parede para deixar o bebê de aproximadamente 6 meses de idade sentado, sem o risco de queda.

Figura 9 - Calça preenchida com espuma para posicionamento

Fonte: http://aee2013marilia.blogspot.com.br/2013/09/recurso-de-tecnologia-assistiva-calca.html (Adaptado)

Para a criança de zero a seis meses de idade deve-se oferecer brinquedos musicais, chocalhos, mordedores, móbiles, livrinhos de pano ou plástico, bolas com texturas diferentes para serem agarradas com as duas mãos. Deve-se evitar deixá-la sobre superfícies elevadas, pois por volta do quarto mês os bebês começam a rolar e podem cair e se machucar. Além disto, não se deve utilizar brinquedos com partes pequenas removíveis, porque no segundo trimestre o desenvolvimento da preensão possibilita levar pequenos objetos à boca e estes podem causar asfixia.

Entre os seis e os nove meses iniciará a posição de gatas (em quatro apoios) e a alternará com o sentar de lado (com as pernas ao lado corpo) e o sentar funcional (com as pernas a frente do corpo). Este treino no chão é muito importante, pois a alternância de posicionamento estimula suas reações de endireitamento, equilíbrio e proteção, que aos poucos completam a motricidade ampla, que dará a base para a motricidade fina.

A partir do momento que a criança começar a engatinhar, geralmente entre nove e doze meses, é necessário cobrir as tomadas de eletricidade para evitar acidentes. Nesse período, ela progressivamente dominará as posições ajoelhada, semiajoelhada e, se segurando nos móveis, passará para em pé. Porém, ainda prefere engatinhar, pois desta forma se locomove com maior rapidez e destreza.

Dos 6 meses aos 12 meses deve-se estimular a criança proporcionando um ambiente lúdico que motive à interação. Podem-se utilizar cubos com chocalhos embutidos ou ilustrações, encaixes, argolas empilháveis, brinquedos para martelar, brinquedos eletrônicos de aprendizado, mesa pequena com cadeirinhas na altura em que a criança possa alcançar os pés corretamente no chão, telefone de brinquedo, espelhos, brinquedos que emitem sons por meio de botões de apertar ou girar ou empurrar.

5.2 ESTIMULAÇÃO DE 1 A 7 ANOS

Quando a criança começar a andar de forma independente, pode-se estimular suas habilidades psicomotoras, de acordo com sua faixa etária, com músicas, cordas, bolas, encaixes e outros recursos que estimulem o desenvolvimento dos pilares da psicomotricidade.

Para estimular o esquema corporal, podem ser realizadas atividades de preensão e manipulação. No início com objetos grandes, com as duas mãos, para depois evoluir para objetos pequenos e atividades unimanuais que estimulam o desenvolvimento da dominância manual. Nesta fase, ocorre o uso de jogos de encaixe, bolas, carrinhos, massa de modelar, argila, tinta, atividades de reconhecimento e construção da forma corporal com desenhos livres ou direcionados.

Para estimular a estruturação espacial e a lateralidade deve-se promover uma organização funcional da noção corporal. Isto é, lançar mãos de recursos que incentivem habilidades de senso direcional e de lateralidade simultaneamente. Para estes pilares é importante:

- promover noções de situações (dentro, fora, longe e perto) durante atividades como: amarelinha ou coelho sai da toca ou passar o anel;
- desenvolver noções de tamanho (grosso, fino, pequeno, médio, grande) ao trabalhar com objetos de diferentes tamanhos (bolas, carrinhos, bonecas) e ensinar a organização "do maior para o menor", "do fino para o grosso" e "vice-versa".
- incentivar o reconhecimento de formas (círculo, quadrado, triângulo), de quantidades (cheio, vazio, pouco, muito), de superfícies e de volumes;
- trabalhar a vivência e a identificação dos posicionamentos corporais (em pé, deitado, sentado, agachado) e dos movimentos (levantar, abaixar, subir, descer, entre outros), como nas brincadeiras de estátua, imitar o outro e morto e vivo;
- provocar o senso de direção em atividades de andar em fila, virar para a esquerda e para a direita, entre outras;
- estimular a integração dos dois lados do corpo por meio de habilidades bimanuais, como ao colocar contas em um fio e confeccionar artesanatos. E a identificação de cada lado ao priorizar a atenção lateral em brincadeiras como: passar o anel apenas pelo lado direito e depois pelo lado esquerdo.

Para estimular a estruturação temporal propõem-se atividades que tenham início, meio e fim, como a construção de histórias e a montagem de uma peça de teatro (ordem cronológica dos acontecimentos), e que envolvam ritmo e velocidade de movimentos, como as atividades musicais (dança das cadeiras e estátua) e as competições (corridas e saltos em altura).

Acima dos seis anos de idade, deve-se dar atenção especial aos jogos com regras, como jogos de cartas e tabuleiros. Estes jogos trabalham a atenção, a memória e a concentração, que são imprescindíveis para o aprendizado escolar, além de aspectos éticos como aguardar a vez, não trapacear, ouvir o colega. Isto auxiliará a criança nas atividades escolares e em seu convívio em sociedade.

Ressalta-se que a conduta lúdica e afetiva do educador, independente da faixa etária da criança deve reforçar os pontos positivos do aprendizado e promover sempre atividades inovadoras e desafiadoras. Tal metodologia de ação estimula a ocorrência do desenvolvimento neuropsicomotor infantil.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora as etapas do desenvolvimento neuropsicomotor segundo a faixa etária sejam um consenso entre a maioria dos autores, sabe-se que este desenvolvimento depende de questões neuromaturacionais, genéticas e ambientais. Assim, durante a avaliação da criança, estas características também devem ser consideradas (SHUMWAY-COOK, WOOLLACOTT, 2001; PAPALIA, OLDS, FELDMAN, 2009; NEWELL, 1991), pois qualquer fator que interfira nas questões orgânicas e ambientais da criança pode repercutir no seu comportamento motor.

As teorias modernas sobre desenvolvimento e controle motor reconhecem que não é apenas o sistema nervoso que amadurece e dita os comportamentos motores. Há uma dependência da interação entre os sistemas orgânicos (nervoso e musculoesquelético) e os estímulos do ambiente onde a criança está inserida. Esta teoria, chamada de Teoria dos Sistemas Dinâmicos, recomenda que se analisem todas as variáveis relacionadas ao desenvolvimento motor, desde a entrevista com os pais, até a observação das crianças em seu cotidiano.

Outro fator que deve ser observado pelos profissionais é a capacidade que o SNC tem de se adaptar a novas situações e assim aprender novas habilidades, sejam elas motoras ou cognitivas. Este mecanismo é conhecido como plasticidade neural ou neuroplasticidade, um evento fisiológico (normal), que ocorre durante toda a vida e é mais intenso durante os primeiros anos. Desta forma, quanto mais precoce se iniciar

a intervenção, mais plástico será o sistema nervoso e haverá melhor potencial de evolução e aprendizagem. Conclui-se que o estudo do desenvolvimento típico possibilita identificar e intervir precocemente nas situações em que há atraso no desenvolvimento, e que a estimulação dos pilares psicomotores no ambiente escolar é uma estratégia favorável para otimizar a aprendizagem infantil.

REFERÊNCIAS

BLY, L. **Motor skills acquisitions in the first year**: an illustrated guide to normal development. 1 ed. USA: Therapy Skill Builders, 1994.

BOBATH, B. Motor development its effects on general development and application to the treatment of cerebral palsy. **Physiotherapy**, v. 57, n. 11, p. 526-532, 1971.

BOTTESINI, S. A.; SILVA, F. P. S.; TUDELLA, E. Preferência manual de crianças ao alcançar objetos de tamanho e rigidez diferentes. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 17, n. 3, p. 198-202, 2010.

BURNS, Y. R.; MACDONALD, J. **Fisioterapia e crescimento na infância**. 1 ed. São Paulo: Santos; 1999.

CARVALHAL, M. I. M.; VASCONCELOS-RAPOSO, J. Diferenças entre géneros nas habilidades: correr, saltar, lançar e pontapear. **Motricidade**, v. 3, n. 3, p. 44-56, 2007.

CASTILHO-WEINERT, L. V.; BUENO, M.; SANTOS, E. L. Intervenção fisioterapêutica psicomotora em crianças com atraso no desenvolvimento. **Revista Brasileira de Terapias e Saúde**, v. 1, p. 75-81, 2011.

CASTILHO-WEINERT, L.V.; FORTI-BELLANI, C.D. **Fisioterapia em neuropediatria**. 1 ed. Curitiba: Omnipax, 2011.

COELHO, M. **Avaliação neurológica infantil nas ações primárias em saúde.** 1 ed. São Paulo: Atheneu, 1999.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 1 ed. Rio de Janeiro: FioCruz, 2003.

DIAMENT, A.; CYPEL, S.; REED, U. C. **Neurologia infantil**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

DIONÍSIO, J. et al. Influência do peso adicional nos chutes de lactentes pré-termo e de termo. **Fisioterapia em Movimento**, v. 25, n. 2, p. 361-368, 2012.

FABER, M. A. et al. A importância da checagem do desenvolvimento psicomotor em crianças de 5 a 6 anos. **Revista Atividade Física, Lazer e Qualidade de Vida**, v. 1, n. 1, p. 26-41, 2010.

FLEHMIG, I. **Texto e atlas do desenvolvimento normal e seus desvios no lactente**: diagnóstico e tratamento precoce do nascimento até o 18 mês. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

FONSECA, V. Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FORMIGA, C. K. M. R.; CEZAR, M. E. N.; LINHARES, M. B. M. Avaliação longitudinal do desenvolvimento motor e da habilidade de sentar em crianças nascidas prematuras. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.17, n.2, p. 102-107, 2010.

GABBARD, C. **Lifelong motor development**. 4 ed. San Francisco: Pearson, 2004.

GRECO, A. L. R.; SOARES, D. A.; TUDELLA, E. Efeito do treino no alcance manual de lactentes com alterações no desenvolvimento neurossensoriomotor: studo de casos. **Revista Movimenta**, v. 6, n. 3, p. 551-563, 2013.

GUSMAN, S. A.; TORRE, C. A. Fisioterapia. In: DIAMENT, A.; CYPEL, S., REED, U. C. **Neurologia Infantil**. 4 ed. São Paulo: Atheneu, 2010. v. 2. p. 1753-1775.

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 6, p. 421-428, 2000.

HARDY, L. L. et al. Fundamental movement skills among Australian preschool children. **Journal of Science and Medicine in Sport**, v. 13, n. 5, p. 503-508, 2010.

LEVITT, S. **Treatment of Cerebral Palsy and Motor Delay**. 3. ed. Oxford: Blackwell, 1995.

LONG, T. M; CINTAS, H. L. **Manual de Fisioterapia Pediátrica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

MELO, F. R.; LEITE, J. M. R. S. Avaliação do desenvolvimento motor de crianças institucionalizadas na primeira infância. **Revista Neurociências**, v. 19, n. 4, p. 681-685, 2011.

MILANI-COMPARETTI, A.; GIDONI, E. A. Routine developmental examination in normal and retarded children. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 9, n. 1, p. 625, 1967.

NEWELL, K.M. Motor skill acquisition. **Annual Review Psychology**, v. 42, n. 1, p. 213-237, 1991.

OLIVEIRA, D. S.; OLIVEIRA, I. S.; CATUZZO, M. T. A influência do gênero e idade no desempenho das habilidades locomotoras de crianças de primeira infância. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, v. 27, n. 4, p. 647- 655, 2013.

OLIVEIRA, G. C. **Psicomotricidade**: educação e reeducação num enfoque psicopedagógico. Rio de Janeiro: Vozes: 2009.

PACHECO, A. L. B.; DUPRET, L. Creche: desenvolvimento ou sobrevivência? **Psicologia USP**, v. 15, n. 3, p. 103-116, 2004.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 10 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

POGETTI, L. S. et al. Visibilidade dos braços afeta a preferência manual em bebês. **Motriz**, v. 19, n. 1, p.160-170, 2013.

RANIERO, E. P.; TUDELLA, E.; MATTOS, R. S. Padrão e ritmo de aquisição das habilidades motoras de lactentes pré-termo nos quatro primeiros meses de idade corrigida. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 14, n. 5, p. 396-403, 2010.

RATLIFFE, K. T. **Fisioterapia clínica pediátrica**. 1 ed. São Paulo: Santos; 2000.

RODRIGUES, M. **Manual teórico prático de educação física infantil**. 8 ed. São Paulo: Ícone, 2003.

ROSA NETO, F. **Desenvolvimento neuropsicomotor do lactente ao ensino fundamental.** 1 ed. Palhoça: Unisul, 2011.

ROSA NETO, F. et al. Cross-dominance and reading and writing outcomes in school-aged children. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 4, p. 864-872, 2013.

ROSA, G. K. B. et al. Desenvolvimento motor de criança com paralisia cerebral: avaliação e intervenção. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 14, n. 2, p. 163-176, 2008.

SACANNI, R. et al. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de um bairro da periferia de Porto Alegre. **Revista Scientia Médica**, v. 17, n. 3, p. 130-137, 2007.

SANTOS, G. A. et al. Preferência podal em lactentes com síndrome de Down: fatores extrínsecos e intrínsecos. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 19, n. 2, p. 171-177, 2012.

SHUMWAY-COOK, A., WOOLLACOTT, M. H. **Controle motor**: teoria e aplicações práticas. 3. ed. Barueri: Manole, 2010.

SOUZA, N. M.; WECHSLER, A. M. Reflexões sobre a teoria piagetiana: o estágio operatório concreto. **Cadernos de Educação**: Ensino e Sociedade, v. 1, n. 1, p. 134-150, 2014.

SOUZA, S. C. et al. Desenvolvimento de pré-escolares na educação infantil em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1917-1926, 2008.

TAN, L. E. Laterality and motor skills in four-year-olds. **Child Development**, v. 56, n. 1, p. 119-124, 1985.

VALENTINI, N. C. Percepções de competência e desenvolvimento motor de meninos e meninas: um estudo transversal. **Movimento**, v. 8, n. 2, p. 51-62, 2002.

WILLRICH, A.; AZEVEDO, C. C. F.; FERNANDEZ, E. J. O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Revista Neurociências**, v. 17, n. 1, p. 51-56, 2009.

ZILKE, R.; BONAMIGO, E. C. B.; WINKELMANN, E. E. R. Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de 2 a 5 anos que frequentam escolas de educação infantil. **Revista Fisioterapia em Movimento**, v. 22, n. 3, p. 439-447, 2009.

SOBRE AS AUTORAS:

Luciana Vieira Castilho-Weinert

Mestre e Doutora em Ciências - Engenharia Biomédica (2004, 2010) pela Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR). Especialista em Fisiologia Humana e da Nutrição (2006) e graduada em Fisioterapia (2003) pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Atualmente é professora do núcleo estruturante dos cursos de Educação Física e Informática e Cidadania no Setor Litoral da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Claudia Diehl Forti-Bellani

Mestre em Ciências Biológicas – Neurociências (2005) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Graduada em Fisioterapia (2001) pela Universidade Luterana do Brasil (2001). Atualmente é coordenadora e professora do curso de Pós-Graduação Lato Sensu em Neurologia com ênfase em Neuropediatria, professora dos cursos de Pós-Graduação em Fisioterapia Dermatofuncional e Técnico em Massoterapia, e coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Tecnologia IBRATE.

ATIVIDADE FÍSICA NAS ESCOLAS

Daniela Gallon Corrêa
Clynton Lourenço Corrêa

1 INTRODUÇÃO

Nos dias de hoje, para uma educação pautada na interdisciplinaridade, capaz de formar um cidadão consciente da realidade que o circunda, torna-se imprescindível que seja delineado um futuro promissor para um país e sua nação. Muito se comenta sobre a necessidade que o Brasil tem de gerar talentos nas áreas das ciências exatas (engenheiros, matemáticos, físicos, químicos, dentre outros) ou biológicas (médicos, biologistas, biomédicos, farmacêuticos, dentre outros), cujos profissionais podem contribuir de sobremaneira com a atual política de inovação. No entanto, ao jovem, ainda em formação, não se deve direcioná-lo apenas às disciplinas dessa natureza. Sua formação precisa ser pautada também na prática de desportos. Não uma prática fora de contexto, baseada tão somente na execução de uns e outros movimentos dentro de uma determinada modalidade. Ao aluno deve-se mostrar a verdadeira dinâmica que a atividade física promove, a qual é capaz de incutir nos jovens a cultura da saúde, além de mostrar-lhes a importância social e cidadã, ajudando-lhes na construção de valores éticos.

Aproveitando-se do momento ímpar pelo qual passa o país, em que grandes eventos esportivos são sediados em seu território (Jogos Pan-Americanos - 2007; Jogos Mundiais Militares - 2011; Copa do Mundo de Futebol - 2014; Jogos Olímpicos – 2016, dentre outros), a prática da atividade física nas escolas, mais do que nunca, encontra campo fértil para ser desenvolvida mais intensamente. Importante salientar que o desenvolvimento dessas práticas parte de um pressuposto teórico de que a cultura da prática de atividade física poderá, um dia, contribuir com uma política nacional de formação de novos talentos esportivos.

Nesse sentido, cabe ao professor de Educação Física, no âmbito escolar, buscar alternativas e metodologias de ensino interdisciplinares voltadas para a pedagogia da cultura corporal, exigindo desse profissional constante formação e atualização.

2 BREVE HISTÓRICO DO ESPORTE NA HUMANIDADE

A evolução do Treinamento Desportivo acompanhou pari passu a história das Olimpíadas. Os Jogos Olímpicos, tais quais conhecemos hoje, foram organizados na cidade de Olympia (Grécia) no ano próximo a 776 d.C., muito embora esta data não seja precisa. Seu espírito competitivo, associado à mobilização dos gregos que prestigiavam o evento, foi tão bem sucedido a ponto das Olimpíadas servirem como escala de tempo, uma vez que eram realizadas a cada quatro anos (OLYMPIC, 2007).

Ainda naquela época, já se percebia a importância de um atleta bem preparado física e mentalmente. Registros coletados em escavações arqueológicas (esculturas, vasos etc.) revelam que os atletas da Antiguidade primavam por uma harmonia entre o corpo e a mente, ideia essa que foi repassada e reproduzida aos romanos, através da expressão mens sana in corpore sano que em português significa "mente sã em corpo são". Após proibição dos Jogos pelo imperador Teodósio I, no século IV, os mesmos só foram redescobertos e novamente celebrados tempos depois, já no século XIX (OLYMPIC, 2007).

Na década de 1950, na Olimpíada de Helsinki (BALE, 2000), os soviéticos, movidos pela Guerra Fria e pela necessidade quase neurótica em demonstrar supremacia em relação ao Ocidente (LINS et al., 2003), surpreenderam o mundo com suas vitórias desportivas, baseadas numa novidade tecnológica: a periodização. A periodização é o planejamento geral (plurianual e anual) e detalhado (mensal, semanal e diário) do tempo disponível para treinamento, bem como a harmonização das atividades realizadas no contexto do mesmo (DANTAS, 2003), permitindo uso correto e adequado da técnica para execução correta de determinados movimentos. Com este novo conceito, pode-se conseguir uma otimização do treinamento realizado, bem como sua planificação a largo prazo, com parâmetros de segurança e eficácia.

A década de 1960 trouxe, com a Olimpíada de Los Angeles (EUA), a supremacia das equipes que utilizaram o treinamento total (Estados Unidos, Alemanha Ocidental e China), consubstanciada na atuação da Comissão Técnica, a qual passa a ser responsável pela parte prática, física, bem como psicológica. Esta Comissão é um conjunto multidisciplinar de especialistas (técnico, preparador físico, psicólogo, médico, fisioterapeuta, nutricionista

e supervisor) que agregam ao treinamento as expertises específicas às suas respectivas áreas de formação, possibilitando o atendimento global das necessidades do atleta ou da equipe.

Já a década de 1990 se inicia com a Olimpíada de Barcelona, que consagra a Fisiologia do Esforço, a Bioquímica e a Biomecânica, como ciências imprescindíveis ao sucesso esportivo. Este quadro se completa no início do presente milênio, quando a concatenação de todos esses fatores e a adição da Genética Esportiva (SAWCZUK et al., 2011) fizeram, na Olimpíada de Pequim, em 2008, com que a China derrubasse todos os paradigmas esportivos do passado, conquistando o 1° lugar geral no quadro de medalhas.

Nesse sentido, é de suma importância que o esportista competidor tenha à sua disposição uma equipe multidisciplinar capaz de avaliar e propor a esse atleta as estratégias de treinamento apropriadas para a modalidade.

Os Jogos Olímpicos do Rio de Janeiro (a ser realizada em 2016) exigirá dos atletas, que conquistarão as medalhas em disputa, um aproveitamento total dos ensinamentos que a história nos fornece: conhecimento do seu potencial genético; perfeita organização do treinamento; atuação direta e constante da Comissão Técnica; e aplicação dos princípios da fisiologia e da biomecânica. Uma importante contribuição que a periodização pode oferecer é a participação do profissional de Fisioterapia. O fisioterapeuta, baseado em evidências musculoesqueléticas e de anatomia funcional, pode oferecer ao atleta, juntamente com demais profissionais, melhor condicionamento e técnica para execução de um movimento específico (BOOTH, 2005).

3 EDUCAÇÃO FÍSICA NAS ESCOLAS: PARA QUE E POR QUÊ?

A Educação Física Escolar, de modo geral, está associada à prática de esportes. Isso ocorre porque sua origem e forma tem forte influência histórica como apresentado no item anterior. Contudo, salienta-se que a Educação Física Escolar é mais abrangente que simplesmente a prática de esportes - abordaremos mais adiante sobre esse tópico.

É importante que o projeto político pedagógico das escolas incentive

a autonomia dos educadores e educandos em busca de uma prática pedagógica crítica, criativa e transformadora. Nesse sentido, um dos mecanismos de incentivo da autonomia do sujeito, perpassa pela descoberta de si mesmo. Portanto, o espaço escolar é propício para as práticas de atividade física, sendo um dos objetivos aplicar os recursos disponíveis, com cunho educacional, respeitando a realidade local e, consequentemente, promover o desenvolvimento e inclusão sociais. Para que o desenvolvimento do autoconhecimento corporal ocorra no espaço escolar, é imprescindível a presença do profissional de Educação Física. Esse profissional tem como objetivo ensinar os conceitos básicos da relação entre atividade física, aptidão física e saúde. Contemplada estas áreas, os parâmetros curriculares nacionais preconizam que os alunos sejam capazes de reconhecer, mediante a percepção do próprio corpo, as alterações corporais provocadas pelo esforço físico, tais como: excesso de excitação, cansaço, elevação de batimentos cardíacos, dentre outros, efetuando um controle dessas sensações com o auxílio do professor, bem como, de forma autônoma. Pensando na continuidade de atenção à Saúde, a Associação de Ensino em Educação Física para a Saúde (ABENEFS) junto ao Fórum Nacional de Educação das Profissões da área de Saúde (FNEPAS) mediam várias conferencias apresentando propostas de formar profissionais capazes de planejar, supervisionar, coordenar, executar e avaliar programas de atividades físicas para promoção de saúde integral em todo ciclo vital, inclusive a fase escolar. Outro profissional importante no espaço escolar é o Fisioterapeuta que tem como missão suprir os arranjos locais da comunidade em busca da integralidade na formação e na atenção à saúde, a fim de organizar condutas de diagnóstico e intervenções fisioterapêuticas efetivas e resolutivas, objetivando prevenir, diagnosticar e tratar disfunções cinético-funcionais, estabelecendo prognóstico, acompanhamento, reavaliação e alta fisioterapêutica (atendimento humanizado no contexto da realidade). Sendo assim, ao idealizar a prática da atividade física no âmbito escolar, o profissional de Educação Física está habilitado para planejar e executar as atividades físicas. O fisioterapeuta é importante para identificar possíveis disfunções que dificultem ou impeçam a realização das atividades escolares, incluindo a prática esportiva. Dessa forma, o profissional de Educação Física é importante para incentivar o autoconhecimento dos educandos sobre o próprio corpo, os seus limites e suas possibilidades. De acordo com Perfeito *et al.* (2008), a Educação Física na escola é entendida como uma área que trata da cultura corporal e que tem como meta introduzir e integrar o aluno a essa esfera para propiciar a

formação de um cidadão autônomo.

Reforçando a importância do profissional de Educação Física nas atividades físicas no âmbito escolar, tramita na Câmara dos Deputados Federais um projeto de lei (PL n. 4.398/2008) que dispõe sobre a obrigatoriedade do profissional com licenciatura plena em Educação Física ministrar a disciplina de Educação Física na Educação Infantil e Ensino Fundamental. No referido projeto de lei a justificativa decorre do fato que o processo ensino-aprendizagem em Educação Física não se restringe simplesmente ao exercício de certas habilidades, mas também ao ato de capacitar o indivíduo a refletir sobre suas possibilidades corporais. Além disso, a justificativa do projeto de lei cita que em alguns estados brasileiros a oferta da Educação Física é feita por profissionais não detentores de diploma de nível superior. Outro projeto de lei (PLS n. 249/2012) que tramita no Congresso Nacional, de autoria do Senador Eduardo Amorim, trata da carga horária mínima da disciplina de Educação Física nas escolas. De acordo com o projeto de lei, a disciplina de Educação Física terá a carga horária mínima de duas horas, sendo sua prática facultativa ao aluno. A Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB), em 1996, em seu parágrafo terceiro, artigo 26, refere-se à Educação Física como componente curricular integrado à proposta pedagógica da escola. Nesse sentido, a disciplina de Educação Física não tem caráter obrigatório. O referido projeto de lei cita que é preocupante o enfraquecimento dessa disciplina que sempre enfrentou resistência ao meio acadêmico. O documento também registra que a disciplina não tem sido capaz de convencer a sociedade sobre a relevância de sua presença nas escolas. É importante considerar que a Educação Física Escolar é responsável pelo desenvolvimento motor das crianças e também combate diversas doenças relacionadas ao sedentarismo, tais como: diabetes, hipertensão arterial e outras doenças crônicas não transmissíveis.

4 POR UMA PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA SIGNIFICATIVA

Sabe-se que a Educação Física é importante em todas as etapas da Educação Básica, pois as crianças e os jovens aprendem e preparam-se para desenvolver as habilidades de ser, conviver, conhecer e fazer - quatro pilares da educação, sustentados pela Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e a cultura (Unesco). Atualmente, tramita no Senado um Projeto de Lei desenvolvido na Câmara dos Deputados Federais, de autoria

de Otavio Leite, Projeto da Câmara (PLC) n. 116, de 2013 (n. 6.520/09), o qual determina que os conteúdos curriculares da disciplina Educação Física, em todas as etapas da Educação Básica, devam ser ministrados exclusivamente por professores licenciados em Educação Física. Porém, sua apreciação na plenária tem sido constantemente transferida desde fevereiro de 2014, mês de sua aprovação junto à Comissão de Educação, Cultura e Esporte, por conta da apresentação de diversos requerimentos e emendas. A última delas, em novembro de 2014, solicita a tramitação do PLC n. 116/13 com os Projetos de Lei do Senado n. 103/12 e 443/12, por regularem matéria em comum. Esses são os desafios enfrentados para a aprovação de uma lei que entendemos ser fundamental para o desenvolvimento motor e cognitivo das crianças e dos jovens.

Ao ingressarem no Ensino Médio, os alunos têm algumas experiências no que diz respeito aos conhecimentos sobre o corpo, aptidão física, saúde, esportes, dança, lutas, ginástica e movimentos rítmicos. A escola deve promover a ampliação desses conhecimentos, permitindo e estimulando a sua utilização em situações sociais. O professor deve criar situações que coloquem esses conhecimentos em questões, ou seja, situações que solicitem da criança ou do jovem a resolução de um problema, principalmente no plano estratégico (caso o conteúdo seja o esporte), no plano motor (se o tema for a ginástica) ou no plano conceitual (em uma situação de análise de um tema científico).

No Ensino Médio, esses desafios podem ser provocados por meio de inúmeras atividades. Por exemplo, o profissional de Educação Física, baseado nos conhecimentos da Fisiologia, pode fazer integrações temáticas com outros campos do conhecimento. O termo Fisiologia tem origem no latim. O prefixo *Physis* significa funcionamento e *logos* significa estudo. Portanto, Fisiologia caracteriza-se como o ramo da Biologia que estuda as múltiplas funções mecânicas, físicas e bioquímicas dos seres vivos. O profissional de Educação Física pode, por exemplo, utilizar dos conceitos da Física e da Química para explicar como ocorrem as funções vitais dos diferentes organismos. Este conteúdo pode ser articulado com outras disciplinas, no caso da Biologia – sistema energético aeróbico e anaeróbico, sensações e efeitos destes sistemas com o corpo humano. Na Geografia, o profissional de Educação Física pode relacionar temas, tais como: umidade relativa do ar, condições do tempo para a prática de exercício em diversas regiões do país e do mundo. No campo da Sociologia é possível relacionar

com temáticas sobre condições socioeconômicas da nossa população e seus reflexos na saúde, considerando a realidade local onde vivem os alunos e onde a escola está inserida. Na disciplina de Física, a análise do sistema de alavancas pode ser ilustrada com os movimentos feitos pelo corpo para vencer uma resistência. Por exemplo, porque para levantar um peso temos que flexionar os joelhos? Essa pergunta pode ser respondida pela biomecânica, uma das áreas da Educação Física.

5 DESENVOLVENDO HABILIDADES MOTORAS COM A EDUCAÇÃO FÍSICA

Segundo consta no texto dos Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1997), no item referente às competências da Educação Física, no Ensino Médio, devem ser mostrados aos alunos conteúdos e vivências práticas associadas ao conhecimento do corpo, aptidão física e saúde. No que se refere ao conhecimento do corpo, aptidão física e saúde, os alunos podem aprofundar-se no conhecimento do funcionamento do organismo humano de forma a reconhecer e modificar as atividades corporais, valorizando-as como recurso para melhoria de suas aptidões físicas. As noções conceituais de esforço, intensidade e frequência devem ser abordadas a fim de mostrar aos alunos a importância do monitoramento desses parâmetros na ocasião em que se realiza a atividade sem, contudo, trazer riscos para a saúde. Nesse caso, o planejamento das práticas corporais deve buscar informações para o seu aprofundamento teórico de forma a construir e adaptar alguns sistemas de melhorias para suas aptidões físicas. A reflexão sobre as informações específicas da cultura corporal também é primordial para o educador/aluno, dando-lhes ferramentas necessárias para o discernimento e reinterpretação de tais informações em bases científicas, adotando-se uma postura autônoma na seleção de atividades e procedimentos para a manutenção da saúde. Cabe ressaltar que o termo cultura corporal não significa culto ao corpo no senso comum da sua aplicação. Aqui o termo adotado por nós tem conotação de autoconhecimento corporal, valorização do capital de vida para que sejam garantidos hábitos de vida saudáveis, favorecendo a promoção da saúde e uma melhor qualidade de vida, a qual pode ser traduzida em bem-estar físico, mental e social, conforme aponta a Organização Mundial de Saúde (OMS). A realização de atividades físicas, sem que haja dor e limitações, indubitavelmente contribui para a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, particularmente daqueles que se encontram em formação

de suas aptidões físicas, como crianças e adolescentes. Desse modo, a educação formal contribuirá para uma formação cidadã potencializando as possibilidades do educando em diferentes campos dos saberes, incluindo o saber cuidar do próprio corpo.

O processo de aprendizagem na Educação Física, em especial quando se trata de jovens ainda em formação física e mental, deve incluir uma série de atividades que promovam o desenvolvimento da coordenação global do indivíduo. Conforme Bueno (1998), as atividades devem, no entanto, ser progressivas, tendo propostas simples como ponto de partida para, depois, serem combinadas com outras. Segue abaixo alguns dados que indicam a capacidade e maturidade conforme a faixa etária: 1) Com cerca de 3 a 4 anos a criança está com uma ótima noção do espaço a sua volta e do seu corpo em relação a esse espaço, e com isso as atividades recomendadas para a idade devem envolver a noção de amplitude de movimentos. 2) A partir dos 5 anos a criança está preparada para atividades que envolvam a coordenação global de membros superiores e inferiores, e com 6 anos movimentos associados podem ser incluídos. 3) Entre 7 e 8 anos pode ser explorado o aperfeiçoamento das habilidades adquiridas anteriormente, com 9 anos o educador pode desenvolver a repetição dos movimentos habituais até a criança executar o movimento de forma satisfatória. 4) A partir dos 7 anos até o início da adolescência (aproximadamente 12 anos) é o período em que se desenvolvem valências físicas, como força, velocidade, resistência, coordenação e habilidade. Toda a atividade nesse sentido deve ser incentivada (BUENO, 1998).

6 EDUCAÇÃO FÍSICA E QUALIDADE DE VIDA

O modo de viver das crianças e jovens deve ser relacionado a uma série de fatores, entre eles: alimentação, atividades físicas, rotina, entre outras atividades. Existe uma dificuldade em identificar com exatidão o estilo perfeito de vida, tendo em vista que há culturas, crenças e costumes diferentes nos povos mundiais. Porém, pode-se dizer que um indivíduo que tem uma dieta alimentar balanceada, não tem altos níveis de estresse, possui hábitos saudáveis e tem um volume frequente de atividades físicas, está, teoricamente, menos suscetível a ter doenças e, naturalmente, tem um bom desempenho físico (WING *et al.*, 2013).

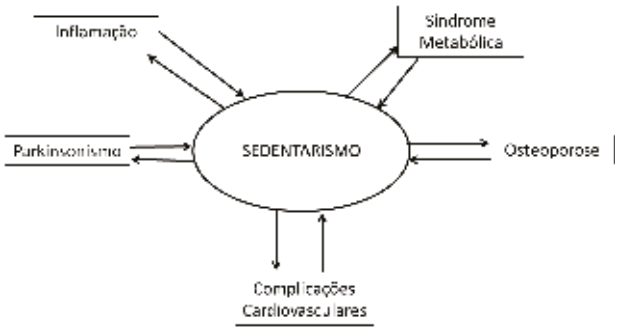
É importante entender que a contribuição da atividade física para a

saúde está relacionada a uma diminuição do nível de risco ao qual cada indivíduo está sujeito durante sua vida. Existe uma grande preocupação sobre a redução dos níveis de atividade física entre crianças e jovens. Nas últimas décadas, houve um aumento acentuado do tempo gasto assistindo televisão, jogos de computadores e videogame, observando-se, assim, um elevado índice de sedentarismo. Vários estudos do estilo de vida se situam dentro da perspectiva das relações entre a saúde e as atividades físicas, ou a situação oposta, isto é, o sedentarismo (BARBOZA *et al.*, 2013; MOZAFFARIAN et al., 2011; PIERON, 2004).

O combate à obesidade representa um dos grandes desafios à saúde pública no mundo contemporâneo. O sedentarismo está associado ao aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade (CHEN; MAO, 2006). A promoção da atividade física, tanto em nível populacional (LAKKA; BOUCHARD, 2005) como clínico (THOMPSON *et al.*, 2007) vem sendo implementada para tentar reverter esse quadro que compromete a saúde pública de diversos países, incluindo o Brasil. Yang et al. (2006), em um estudo de coorte, mostraram que as mulheres que reduziram o nível de atividade física da adolescência para a idade adulta, comparadas às persistentemente ativas, tem mais chances de terem sobrepeso e obesidade na idade adulta.

Observa-se que o estilo de vida inadequado tem sido causa de doenças e também da morte de muitos jovens e adultos. Este é caracterizado pela identificação de padrões que podem ter um grande efeito na saúde da população e está relacionado com diversos aspectos que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas (AÑEZ, REIS, PETROSKI, 2008; MOZAFFARIAN *et al.*, 2011). O estilo de vida sedentário pode acarretar disfunções orgânicas que, de forma crônica, podem gerar doenças (Figura 1).

Figura 1 - Relação do sedentarismo com variáveis que podem gerar condições patológicas.



O método de analisar esse estilo de vida através de informações autorrelatadas tem sido um instrumento muito útil para profissionais da saúde, visto que é uma alternativa de baixo custo, fácil aplicação e permite analisar um grande número de indivíduos dentre diversos assuntos, que dificilmente seriam conhecidos por estes profissionais sem essas informações. Esses dados podem ser obtidos através de questionários, entrevistas, pesquisa de opinião, diário, entre outros (AÑEZ, REIS, PETROSKI, 2008).

Para a mensuração de atividades físicas, os questionários são os instrumentos mais utilizados. Dentre os questionários existentes, podemos citar o Questionário Internacional de Atividades Físicas (IPAQ) que foi criado com o intuito de fornecer uma ferramenta válida para identificar o nível de atividade física das pessoas. O IPAQ é um questionário que permite estimar o tempo semanal gasto em atividades físicas de intensidade moderada e vigorosa, em diferentes contextos do cotidiano, tais como: trabalho, transporte, tarefas domésticas e lazer, e ainda o tempo despendido em atividades passivas, realizadas na posição sentada. O questionário foi publicado na versão curta e na versão longa. A versão curta do IPAQ é composta por sete questões abertas e suas informações permitem estimar o tempo despendido, por semana, em diferentes dimensões de atividade física (caminhadas e esforços físicos de intensidades moderada e vigorosa) e de inatividade física (posição sentada). A versão longa do IPAQ apresenta 27 questões relacionadas com as atividades físicas, realizadas numa semana normal, com intensidade vigorosa, moderada e leve, com a duração mínima de 10 minutos contínuos, distribuídas em quatro dimensões de atividade física (trabalho, transporte, atividades domésticas

e lazer) e do tempo despendido por semana na posição sentada. Quando comparadas às versões curta e longa do IPAQ, os resultados são diferentes (HALLAL; VICTORIA, 2004). Na versão curta, o tempo semanal despendido em atividades físicas moderadas e vigorosas tem sido menor quando comparado com a versão longa. Esse fato pode ser devido à diferença no número de domínios em cada versão e o número de questões, pois na longa cada domínio é mais explorado (BENEDETTI *et al.*, 2007). Embora o IPAQ seja aqui citado, existem muitas outras formas de avaliar o repertório motor dos indivíduos. Por esse motivo, a inserção do profissional de Educação Física nas escolas é de fundamental importância, pois esse profissional pode fazer o acompanhamento técnico apropriado.

7 DESAFIO DA EDUCAÇÃO FÍSICA NAS ESCOLAS

Se por um lado existe um movimento de luta para a permanência da disciplina Educação Física nas matrizes curriculares das escolas, por outro lado, observamos muito pouca variedade das modalidades esportivas nessa disciplina. Betti (1999) problematiza que o currículo dos profissionais em Educação Física tem outras modalidades, tais como: capoeira, ginástica, dança, judô, mas poucas são as modalidades oferecidas (futebol, voleibol e basquetebol) nas escolas. A autora questiona os possíveis motivos para que isso aconteça: a) Falta de espaço, de motivação, de material?; b) Comodismo?; c) Falta de aceitação desses conteúdos por parte da sociedade ou os professores só desenvolvem os conteúdos que tem mais afinidade? Para a autora, cabe ao professor de Educação Física promover o entendimento dos vários sentidos que os jogos esportivos possam ter, a resolução de conflitos que possam surgir em sua realização e a compreensão, e até, alteração de suas regras. Algumas dessas respostas podem ser parcialmente obtidas no trabalho de Beltrami (2001). A autora explica que, atualmente, a apreensão da cultura corporal ocorre através do movimento corporal. É o movimento corporal que confere especificidade à Educação Física no interior das escolas. E por movimento corporal entenda-se jogo, exercício ginástico, esporte, dança. O conjunto desses temas demonstra situações socioculturais, e é isso que dá conteúdo à Educação Física.

Assim, a Educação Física pode ser definida como:

> uma disciplina que trata, pedagogicamente, na escola, do

> conhecimento de uma área denominada aqui de cultura corporal. [...] O estudo desse conhecimento visa apreender a expressão corporal como linguagem. (SOARES et al., 1992, p. 61-2).

Brandl (2000), em seu artigo, explicita que a Educação Física baseada na ideia de corpo-objeto, em que o aluno é tratado como robô, não serve mais. A autora reconhece que os profissionais de Educação Física percebem a necessidade de mudança de paradigma. Segundo a autora é necessário reconhecer a Educação Física de forma mais abrangente, especialmente no que diz respeito ao tratamento dado ao aluno, que não pode ser considerado sujeito-objeto, mas sim um sujeito próprio, que possui identidade, capacidades, limitações e dotado de intencionalidades. Eis um desafio para os profissionais da Educação Física no âmbito escolar: reconhecer que os alunos são capazes de sentir, pensar e agir! Percebe-se a necessidade de revisão de valores e mudanças de paradigmas nesse campo de atuação da Educação Física.

O desenvolvimento motor está presente desde o nascimento e acompanha o ser humano até a morte. A contínua alteração do desenvolvimento motor ao longo da vida está estritamente ligada com a interação entre a tríade: atividades de rotina diária, a biologia do indivíduo e as condições ambientais, sendo inseparáveis e influenciadas as mudanças sociais, intelectuais e emocionais (GALLAHUE, OZMUN 2005; ROSA NETO *et al.*, 2010). Na aquisição motora, Haywood e Getchell (2004) afirmam que o ser humano adquire uma grande quantidade de movimentos simples e desorganizados, na medida em que experimenta praticá-los tornam-se habilidades motoras organizadas e complexas na execução.

No desenvolvimento infantil, a falta de estímulos sensoriais, motores e afetivos apropriados para o adequado desenvolvimento global do indivíduo pode levar a um atraso significativo que nem sempre é passível de recuperação, denominado desenvolvimento motor atípico (SEAMAN; DEPAUW, 1982). Assim, é relevante entender a evolução da criança para auxiliar e estimular precocemente o desenvolvimento motor e psicomotor.

É importante o professor de Educação Física ter conhecimento sobre as diferentes fases de desenvolvimento humano ao longo da vida, as faixas etárias predominantes de ocorrência e suas características, como as

do desenvolvimento cognitivo – sensório-motor (de zero a 2 anos), pré-operatório (de 2 a 7 anos), operatório-concreto (de 7 a 12 anos) e operatório-formal (a partir de 12 anos), crescimento físico-pré-natal (da concepção ao nascimento), primeira infância (do nascimento aos 2 anos), infância (de 2 a 10 anos), adolescência (de 10 a 20 anos), adulto jovem (de 20 a 40 anos), meia-idade (de 40 a 60 anos) e idade terciária (acima de 60 anos), e desenvolvimento motor-movimentos reflexos (de 4 meses intrauterino a 1 ano), movimentos rudimentares (de 1 a 2 anos), movimentos fundamentais (de 2 a 7 anos) e movimentos esportivos (acima de 7 anos) (GALLAHUE; OZMUN, 2005). Este profissional deve estar inserido e trabalhando de forma interdisciplinar, em todos os níveis de complexidade de atenção à saúde e nas diferentes etapas ou ciclos de vida.

Desta forma, é possível acompanhar as sequências neuroevolutivas, que são dinâmicas e diferenciadas em cada indivíduo, por meio de marcos do desenvolvimento (MANECERO; NUNES, 2008). Os aspectos motores (aprendizagem motora e desempenho) e psicomotores (conceitos funcionais especializados, como por exemplo: esquema e imagem corporal, noções espaciais e temporais, coordenação e equilíbrio, entre outros, associando a afetividade e cognição para progressiva percepção corporal) são parâmetros fundamentais para esclarecer a tríade do aprendizado motor (indivíduo, ambiente e tarefa).

Além das dificuldades relacionadas à aprendizagem motora, o profissional de Educação Física, ao lidar com jovens, precisa levar em conta a inclusão social. Nesse sentido, é desafiador incluir crianças, adolescentes ou jovens com necessidades especiais para que a Escola (como Instituição) possa ser promotora de uma atitude inclusiva e não somente integrativa. O termo integrativo aqui empregado deve ser entendido como ações da sociedade para promover a acessibilidade das pessoas com deficiência, tais como: ajustes no banheiro, adaptar uma calçada, etc. Ocorre que a integração parte de um pressuposto teórico em que podemos escolher quais pessoas podem estar nas escolas, parques, museus, etc. Já a visão inclusiva tem em seu pilar filosófico que o direito de escolher pessoas é ilegítimo, isto é, a inclusão é para todos, pois todos nós somos diferentes!

Diante desta preocupação, surge a educação inclusiva e as peculiaridades do ensino da Educação Física frente a este desafio com o intuito de ultrapassar as barreiras relativas à inclusão de pessoas

com deficiência nas escolas regulares, visando ao estímulo de suas potencialidades e possibilidades, em prol do bem-estar físico e psicológico.

O desporto adaptado surgiu como um importante meio na reabilitação física, psicológica e social para pessoas com algum tipo de deficiência, consiste em adaptações e modificações em regras, materiais, locais para as atividades, possibilitando a participação das pessoas com deficiências nas diversas modalidades esportivas, e também pode ser definido como esporte modificado ou especialmente criado para ir ao encontro das necessidades únicas de indivíduos com algum tipo de deficiência (CARDOSO, 2011). As modalidades que fazem parte dos jogos, seja de participação individual seja coletiva, são desportos de larga tradição competitiva, e coincidem com as modalidades olímpicas com as adaptações necessárias para propiciar a prática pelas pessoas com deficiência: atletismo, basquete em cadeira de rodas, judô para cegos, natação, vôlei sentado, tênis, tênis de mesa, futebol de sete, futebol de cegos, esgrima, ciclismo, halterofilismo, arco e flecha, hipismo e tiro olímpico. Bocha e goalball, por exemplo, são de origem exclusivamente paraolímpica. A bocha foi criada exclusivamente para pessoas com paralisia cerebral e o goalball, para deficientes visuais, constituindo-se em bons modelos de adaptação desportiva direcionada a pessoas com deficiências físicas e com garantia à inclusão social.

8 NEUROCIÊNCIA E EXERCÍCIO

Além dos argumentos citados anteriormente, a adesão da atividade física por parte dos escolares tem outros argumentos fundamentados no campo das Neurociências. As Neurociências são diferentes áreas de conhecimento destinadas ao estudo do sistema nervoso (central e periférico) e suas funções (motora, sensorial, cognitiva, comportamental).

Nessa seção abordaremos alguns tópicos das Neurociências que reforçam a importância da prática da atividade física por todos nós, escolares ou não escolares. Primeiramente é importante definir termos para que possamos compreender exatamente sobre a relação entre educação e atividade física. O termo atividade física refere-se ao movimento corporal produzido por músculos esqueléticos que gera gasto energético. Já o termo exercício refere-se à atividade física planejada e repetida com o objetivo de melhorar ou manter o preparo físico (HILLMAN; ERICKSON;

KRAMER, 2008). Distinguindo esses termos, podemos afirmar que o termo exercício é empregado quando realizamos de forma planejada e sistemática determinada atividade física.

A partir do entendimento dos termos explicados anteriormente, podemos fazer uma análise de conjuntura para compreender, de forma breve, como diferentes aspectos influenciam a função cerebral envolvendo a prática ou não de exercício. Para que tenhamos um estilo de vida saudável e, consequentemente, uma função cerebral igualmente saudável, alguns fatores devem ser considerados. Devemos nos perguntar se: O alimento que eu consumo é demasiadamente industrializado?; Faço uso excessivo ou contínuo de medicamentos?; Os alimentos que consumo são provenientes de agricultura à base de pesticidas e outros agrotóxicos?; Uso frequentemente facilidades tecnológicas que diminuem a minha atividade física?; Se a sua resposta foi sim para a maioria das perguntas, você tem um hábito de vida muito pouco saudável.

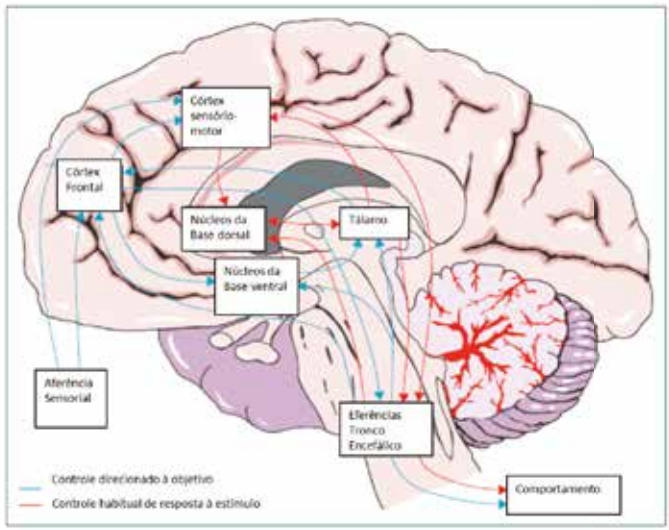
De acordo com Mattson (2012), a tomada de decisão para hábitos de vida saudáveis está sob a forte influencia da família. Os pais são o primeiro exemplo que as crianças e jovens tem para seguir. Portanto, será mais fácil para a criança adotar um estilo de vida incluindo práticas esportivas se os pais também assim o fizerem. Ensinar pelo exemplo é bem pertinente para que a criança ou o jovem compreendam a importância do cuidado com o próprio corpo. Isso não quer dizer que filhos de pais sedentários também serão sedentários. Embora sejamos condicionados, não somos determinados, ou seja, é possível que haja mudança de comportamento. Assim, filhos de pais sedentários, podem ser indivíduos ativos. Além disso, as políticas de governo (federal, estadual ou municipal) podem auxiliar no reforço da importância da prática de atividades físicas. Se um governo não oferece infraestrutura e incentivo para a população, dificilmente será possível a população adotar estilos de vida que incluam as práticas esportivas no dia a dia. Também temos as pesquisas biomédicas como elementos para compreender a importância da atividade física para a nossa saúde. Os pesquisadores têm o compromisso de executar as investigações e publicar os resultados em revistas especializadas, mas igualmente importante é que a sociedade também conheça esses resultados (Figura 2).

Figura 2 - Multivariáveis que podem comprometer a saúde cerebral.

Fonte: Modificado de Mattson (2012).

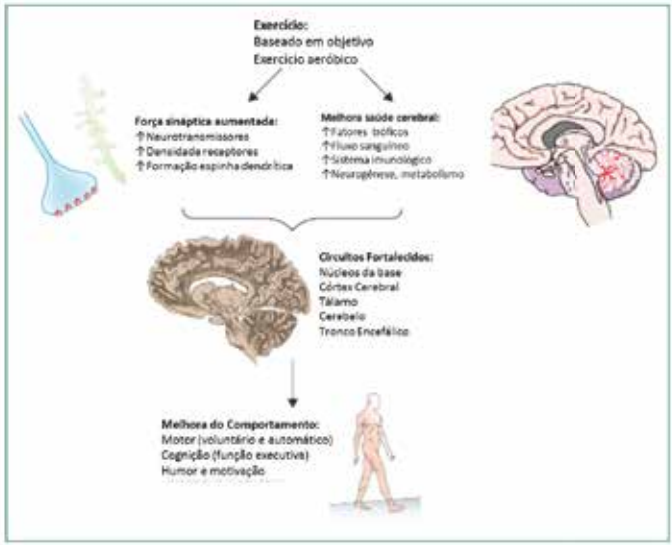
De forma bem resumida, a atividade física propicia benefícios gerais nas diferentes estruturas do sistema nervoso central. O controle motor (regulação dos movimentos pelo sistema nervoso) tem a participação de diferentes estruturas corticais e subcorticais. Dentre as diferentes conexões, podemos destacar as conexões entre os núcleos da base e o córtex cerebral (Figura 3). Assim, os estímulos externos são transformados em sinais elétricos e perpassam por diferentes estruturas do sistema nervoso para que uma resposta (comportamento) seja resultante desse estímulo externo (PETZINGER *et al.*, 2013). A atividade física é um dos estímulos externos que pode favorecer o "fortalecimento" sináptico, melhora do funcionamento cerebral, resultando em melhores respostas motoras. Mesmo em condições de doença, a atividade física pode beneficiar o funcionamento do sistema nervoso (Figura 4) (PETZINGER *et al.*, 2013).

Figura 3 - Ilustração das informações que entram (aferências) e saem (eferências) do encéfalo.



Fonte: PETZINGER et al., 2013

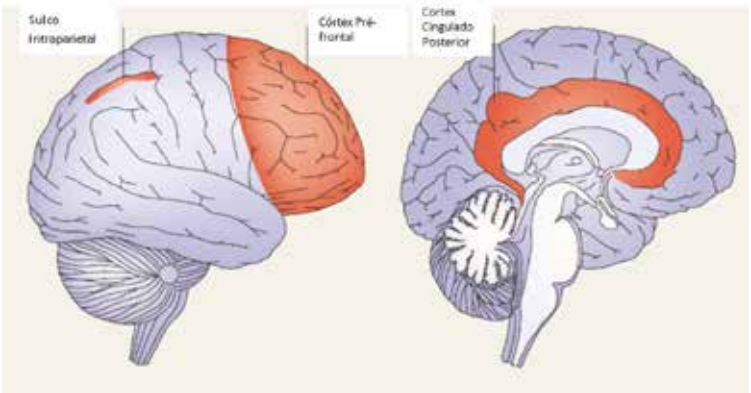
Figura 4 - Ilustração sobre a influência do exercício nas estruturas encefálicas (condição saudável e patológica).



Fonte: PETZINGER et al., 2013

Até aqui, comentamos sobre as generalidades que ocorrem no sistema nervoso de pessoas que realizam atividade física. Contudo, o leitor pode fazer a seguinte pergunta: Existe alguma evidência científica de benefícios da atividade física para os escolares? A resposta é: Sim! Um estudo apontou uma relação positiva entre exercício aeróbico e testes padronizados de matemática e leitura em crianças frequentadoras de escola. Foram identificadas importantes áreas cerebrais envolvidas nessas tarefas. Para a execução de testes matemáticos existe uma maior ativação bilateral do sulco intraparietal em crianças e adultos. Já as atividades de leitura ativam o córtex pré-frontal e o córtex cingulado posterior/parietal (Figura 5). Crianças também têm ativação do córtex pré-frontal dorsolateral direito. Como cálculos e a leitura ativam a rede neural frontoparietal, é possível que essas estruturas tenham participação no desempenho escolar. É importante salientar que a execução de atividade física também está relacionada a essa área (frontoparietal). Isso sugere que crianças podem se beneficiar nos rendimentos escolares com maior participação nas atividades físicas (CALIFORNIA DEPARTMENT OF EDUCATION, 2001). Contudo, não há unanimidade na literatura científica sobre os benefícios no rendimento escolar a partir de adesão de atividade física. Um estudo sobre a percepção de um professor sobre o rendimento escolar de estudantes que realizaram atividade física, não apontou relação entre essas variáveis (AHAMED et al., 2007).

Figura 5 - Áreas cerebrais apontando a ativação em diferentes tarefas (calculo matemático ou leitura).



Fonte: California Department of Education (2001).

REFERÊNCIAS

AHAMED, Y. et al. School-based physical activity does not compromise children's academic performance. Med Sci Sport Exerc., n. 39, p. 371–376, 2007.

AÑEZ, C.; REIS, R.; PETROSKI, E. Versão brasileira do questionário "estilo de vida fantástico": tradução e validação para adultos jovens. **Arq Bras Cardiol**, n. 91, v. 2, p. 102-109, 2008.

BALE J. Geography and the Olympics: An evaluation of the work of Ernst Jokl. **Journal of Science and Medicine in Sport,** n. 3, p. 223-229, 2000.

BARBOZA, C. F. et al. Physical activity, nutrition and behavior change in Latin America: a systematic review. **Global health promotion**, n. 20 (4 suppl), p. 65-81, 2013.

BELTRAMI, D. M. Dos fins da Educação Física Escolar. **Revista da Educação Física/ UEM**, n. 12, v. 2, p. 27-33, 2001.

BENEDETTI, T. R. B. et al. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. **Rev Bras Med Esporte**, n.13, v. 1, p. 11-16, 2007.

BETTI, I. C. R. Esporte na escola: mas é só isso professor? **Motriz**, v. 1, p. 25-31, 1999.

BOOTH, L. A physiotherapy perspective on improving swing technique in a professional golfer: a case study. **Physical Therapy in Sport**, n. 6, p. 97-102, 2005.

BRANDL, C. E. H. A Consciência corporal na perspectiva da Educação Física. **Cad Ed Fis**, n. 1, v. 2, p. 51-66, 2000.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**: introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEF, 1997. 126p.

BUENO, J. M. **Psicomotricidade**: teoria & prática - estimulação, educação e reeducação psicomotora com atividades aquáticas. Editora Lovise, 1998.

CALIFORNIA DEPARTMENT OF EDUCATION. **California physical fitness test**: Report to the governor and legislature. Sacramento, California: Department of Education Standards and Assessment Division, 2001.

CARDOSO, V. D. A Reabilitação de Pessoas com deficiência através do Desporto Adaptado. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, n. 33, v. 2, p. 529-539, 2011.

CHEN, Y.; MAO Y. Obesity and leisure time physical activity among Canadians. **Prev Med**., n. 42, v. 4, p. 261-5, 2006.

DANTAS, E. H. M. **A prática da preparação física.** 5. ed. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. **Compreendendo o desenvolvimento motor:** bebês, crianças, adolescentes e adultos. São Paulo: Ed. Phorte, 2005.

HALLAL, P. C.; VICTORA, C. G. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). **Med Sci Sports Exerc**, n. 36, v. 3, p. 556, 2004.

HAYWOOD, K. M.; GETCHELL, N. **Desenvolvimento motor ao longo da vida**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 344 p., 2004.

HILLMAN, C. H.; ERICKSON, K. I.; KRAMER, A. F. Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. **Nature Rev Neurosci**, n. 9, p. 58-65, 2008.

LAKKA, T. A.; BOUCHARD, C. Physical activity, obesity and cardiovascular diseases. **Handb Exp Pharmacol**, n. 170, p. 137-63, 2005.

LINS, M. P. E. et al. Olympic ranking based on a zero sum gains DEA model. **European Journal of Operational Research,** n. 148, p. 312–322, 2003.

MANECERO, S.; NUNES, M. L. Evaluation of motor performance of preterm newborns during the first months of life using the Alberta Infant Motor Scale. (AIMS). **J Pediatr** (Rio J), n. 84, v. 1, p. 53-9, 2008.

MATTSON, M. P. Energy intake and exercise as determinants of brain health and vulnerability to injury and disease. **Cell Metab**, n. 16, v. 6, p. 706-722, 2012.

MOZAFFARIAN, D. et al. Changes in diet and lifestyle and long-term weight gain in women and men. **New England Journal of Medicine**, n. 364, v. 25, p. 2392-2404, 2011.

OLYMPIC (Org.). The Olympic Games in Antiquity. The Olympic Museum. 2 ed. 2007. Disponível em: < http://www.olympic.org/Documents/Reports/EN/en_report_658.

pdf>. Acesso em: 21/11/2014.

PERFEITO, R. B. et al. Avaliação das aulas de Educação Física na percepção dos alunos de escolas públicas e particulares. **Revista da Educação Física/UEM**, n. 19, v. 4, p. 489-499, 2008.

PETZINGER, G. M. et al. Exercise-enhanced neuroplasticity targeting motor and cognitive circuitry in Parkinson's disease. **Lancet**, n. 12, p. 716-726, 2013.

PIERON, M. Estilo de vida, prática de atividades físicas e esportivas, qualidade de vida. **Fitness & Performance Journal**, n. 3, v. 1, p. 10-17, 2004.

ROSA NETO, F. et al. A importância da avaliação motora em escolares: análise da confiabilidade da Escala de Desenvolvimento Motor. Rev Bras **Cineantropom Desempenho Hum**, n. 12, v. 6, p. 422-427, 2010.

SAWCZUK, M. et al. The role of genetic research in sport. **Science & Sports**, n. 26, p. 251-258, 2011.

SEAMAN, J.; DEPAUW, K. The new adapted physical education: a developmental approach. Palo Alto: Mayfield, 1982.

SOARES, C. L. et al. Metodologia do ensino da Educação Física. São Paulo: Cortez, 1992.

THOMPSON, W. G. et al. Treatment of obesity. **Mayo Clin Proc**, n. 82, v. 1, p. 93-101; quiz 101-2, 2007.

WING, R. et al. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. **The New England Journal of Medicine**, n. 369, v. 2, p. 145-154, 2013.

YANG, X. et al. Risk of obesity in relation to physical activity tracking from youth to adulthood. **Med Sci Sports Exerc**, n. 38, v. 5, p. 919-25, 2006.

SOBRE OS/AS AUTORES/AS:

Daniela Gallon Corrêa

Mestre em Educação Física (2010) pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especialista em Fisioterapia Traumato-Ortopédica e Desportiva (2006) pela Universidade Tuiuti do Paraná (UTP). Graduada em Licenciatura - Educação Física (2003) pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG). Graduada em Fisioterapia (2006) pela Universidade Tuiuti do Paraná (UTP). Atualmente é Fisioterapeuta Oficial Temporário do Quadro de Oficiais Convocados (QOCON) da Aeronáutica, vindo a servir no Hospital de Força Aérea do Galeão (HFAG) no Rio de Janeiro.

Clynton Lourenço Corrêa

Pós-Doutorando em Neurociências (2014/2015) pela Universidade de Santiago de Compostela, Espanha. Mestre (2002) e Doutor (2008) em Ciências Morfológicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Fisioterapia Neurológica (1999) e Graduado em Fisioterapia (1997) pela Universidade Gama Filho (UGF). Professor do Curso de Fisioterapia e do Programa de Mestrado em Educação Física da UFRJ. Líder do Grupo de Estudos sobre Doença de Parkinson (Gedopa). Membro do Corpo Editorial das revistas científicas Pesquisa em Fisioterapia, Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano e International Journal of Orthopedics and Rehabilitation.

SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA NA DIVERSIDADE LOCAL COMO POSSIBILIDADES PARA O DESENVOLVIMENTO E SUSTENTABILIDADE

Mônica Weiler Ceccato

1 INTRODUÇÃO

Saúde é um conceito holístico e não somente a ausência de doenças (OMS, 2014). Diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias concorrentes afetam o modo como a saúde mental é definida. Saúde mental demonstra o nível de qualidade de vida cognitiva e emocional das pessoas, inclui a capacidade de como as pessoas apreciam a vida e procuram o equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Ela é o equilíbrio emocional entre o patrimônio interno e as exigências ou vivências externas; é ser capaz de ser sujeito de suas próprias ações e buscar viver a vida na sua plenitude máxima, respeitando o legal e o outro. Saúde mental é estar de bem consigo e com os outros, aceitar as exigências da vida e achar caminhos para elas; saber lidar com as boas ações e também com as desagradáveis; reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário.

A partir desta forma de pensar a saúde mental, percebe-se que o estudo da saúde mental não está somente relacionado com as patologias, identificadas como transtornos mentais. Mas, sim, com um olhar de atitudes e comportamentos que automaticamente interferem na qualidade de vida.

Para qualidade de vida há vários conceitos, porém cabe destacar aqui o pensamento de Max-Neef (2012), que se refere às possibilidades que as pessoas possuem em satisfazer suas necessidades humanas fundamentais: ser, ter, fazer e estar; bem como as necessidades de subsistência, proteção, afeto, entendimento, participação, ociosidade, criação, identidade e liberdade.

E para o Indicador Felicidade Interna Bruta (FIB), a qualidade de vida

depende das possibilidades de educação, cultura, vitalidade comunitária, governança, bem-estar psicológico, saúde, uso do tempo, meio ambiente, padrão de vida.

Em uma breve análise, percebe-se que os conceitos de saúde mental e qualidade de vida realizam fusões, não havendo como dissociá-los. Em alguns momentos o conceito de qualidade de vida possui uma dimensão ampliada em relação ao de saúde mental, pois se entende que a saúde está dentro do conceito de qualidade de vida perante o olhar holístico de saúde e de ambas as abordagens.

Para pensar sobre estes conceitos em relação ao desenvolvimento e a sustentabilidade do nosso mundo, as pessoas necessitam perceber que o mundo passa por transformações e que, conforme Max-Neef (2012), a capacidade da sociedade em assimilar e compreender a crise ambiental tem sido dificultada por sua magnitude. Não se pode deduzir, isoladamente, que ela somente é de cunho social, político, cultural ou econômico. Na realidade é a convergência de todos esses fatores, que somados levarão a um resultado muito maior do que somente partes de cada um deles.

Cabe entender que há no mundo vários cenários de deteriorização do meio ambiente, destruição das florestas e da diversidade genética, poluição dos mares, lagos e rios, chuva ácida, efeito estufa, destruição da camada de ozônio, barbarização do mundo com "bolhas" de enorme riqueza rodeadas por territórios de pobreza; e, para que mudanças aconteçam, precisa-se desejar a transição de uma racionalidade dominante, de competição econômica e ganâncias cegas, para uma racionalidade baseada nos princípios da partilha e da solidariedade. Assim, para que isso aconteça, cada um precisa mudar. Sabemos muito sobre os outros e pouco sobre nós. Mas quando as pessoas conseguirem mudar a si mesmas, alguma coisa fascinante poderá acontecer no mundo (MAX-NEEF, 2012).

> O modo de desenvolvimento humano atual está baseado na combinação entre utilitarismo econômico, fruto da dinâmica capitalista, e a desigualdade social, resultado da dinâmica de um mercado auto-regulador; ocasionando uma racionalidade social egocêntrica. Ou seja, não é de hoje que a dinâmica capitalista vem sendo apontada como a principal causadora das "patologias" socioambientais,

> socioespaciais e socioeconômicas, que privilegia o cálculo de conseqüências econômicas individuais de curto prazo sobre coletivas de médio e longo prazo. Por conseguinte, a economia de mercado pode ser indicada como causadora principal das "patologias" sociopolíticas e socioculturais, argumentando que a má distribuição de renda é justificada pelo esforço de alguns e a falta de vontade de outros. (SAMPAIO, 2010).

Desta forma, a saúde e a qualidade de vida das pessoas ficam prejudicadas tanto individual como coletivamente, e podem surgir os transtornos mentais, dentre eles a depressão, mais presente na vida das pessoas. Esta é um transtorno mental que afeta pessoas de todas as idades. Caracteriza-se pela perda de prazer nas atividades diárias, anedonia, apatia, alterações cognitivas (diminuição da capacidade de raciocinar adequadamente, de se concentrar ou/e de tomar decisões) e psicomotoras (lentidão, fadiga e sensação de fraqueza), alterações do sono (mais frequentemente insônia, podendo ocorrer também hipersonolência), alterações do apetite (mais comumente perda do apetite, podendo ocorrer também aumento do apetite), redução do interesse sexual, retraimento social, ideação suicida e prejuízo funcional significativo (como faltar muito ao trabalho ou piorar o desempenho escolar). Tais características geram várias outras que se manifestam ainda mais diretamente no aspecto motor das pessoas, como lentificação de movimentos, diminuição da mobilidade articular, encurtamentos e fraquezas musculares, quadros dolorosos miofasciais, aumento da tensão muscular, alterações de postura, alterações da marcha e alterações da consciência corporal. Todas essas sintomatologias são, de certa forma, assustadoras, porque muitas pessoas possuem tais aspectos.

Assim, a partir deste raciocínio, percebe-se que é a visão holística que se faz necessária para que mudanças aconteçam na vida das pessoas e não somente tratamentos disciplinares específicos. Mas cabe dizer, que as técnicas específicas de cada área, neste caso a fisioterapia, são necessárias e importantes, pois interferem diretamente no movimento humano. E é o movimento humano um dos grandes aliados para que a inércia e a desmobilização dos sujeitos depressivos seja amenizada em suas consequências físicas, mentais, afetivas e sociais. Porém, cabe à compreensão de que um único saber não dá conta da realidade, e que é

necessária a visão holística. Segundo Max-Neef (2012), "vive-se em um período de transição, o que significa que as mudanças de paradigmas não são apenas necessárias, mas indispensáveis".

A saúde está compreendida a um processo instável, sujeito a mudanças rápidas e fortemente influenciado por ações do sujeito e do ambiente. Não apenas um estado físico puro e objetivo, que apresenta funções orgânicas intactas, mas uma dimensão subjetiva, individual, psíquica, mental e social (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES 2012).

A relação entre saúde e qualidade de vida depende do meio ambiente e da cultura da sociedade em que está inserido o sujeito, além de ações pessoais (esfera subjetiva) e programas públicos ligados à melhoria da condição de vida da população (esfera objetiva). O estado de saúde é um indicador das possibilidades de ação do sujeito em seu grupo, apresentando-se como um facilitador para a percepção de um bem-estar positivo ou negativo. Esse estado é influenciado pelo meio ambiente, pelo estilo de vida, pela biologia humana e pela organização do sistema de atenção à saúde em que o sujeito está inserido (ALMEIDA; GUTIERREZ; MARQUES, 2012).

Assim, mediante a crise ambiental, a qualidade de vida e a saúde mental afetam muito as pessoas. E frente às necessidades mundiais de superação das desigualdades sociais, superação da pobreza, má distribuição de renda, com uma economia de mercado descontrolada e um meio ambiente repleto de competitividade, precisamos de sujeitos ativos, com um sentido em suas vidas para contribuir efetivamente com a sustentabilidade do planeta.

É nesse contexto e a fim de contribuir com a formação do curso de Gênero e Diversidade na Escola (GDE) que este capítulo abordará três temas: conceito e definições de saúde, saúde mental e qualidade de vida. A escrita, para dar sentido à leitura, será relacionada com o entendimento sobre desenvolvimento e sustentabilidade. Dentre os assuntos a serem tratados estão a depressão e a importância da transdisciplinaridade, visto que esta é necessária para o entendimento sobre participação e gênero; e a educação como possibilidade transformadora na sociedade. Também será destacado um exemplo de estilo ou modo de vida que possibilita uma reflexão sobre a inclusão social na diversidade territorial local. E, para finalizar, serão apresentadas algumas considerações a fim de despertar a

reflexão em cada um sobre os assuntos desenvolvidos ao longo do texto.

Como metodologia, utilizou-se a revisão bibliográfica sobre os temas deste estudo, que se justifica pela necessidade de inclusão social de todas as pessoas em um processo de desenvolvimento sustentável.

Desejamos uma boa leitura para você!

2 TRANSDISCIPLINARIDADE, PARTICIPAÇÃO E GÊNERO

Não existe problema específico, apenas uma visão transdisciplinar nos permite compreender, por exemplo, como a política, a economia e a saúde convergiram. Assim, é possível descobrir um número crescente de casos em que a saúde ruim é resultado de uma política ruim e de uma economia ruim (MAX-NEEF, 2012).

> *Transdisciplinaridade* é aqui entendida como uma visão aberta e dialógica que valoriza os "fragmentos disciplinares" dos vários especialistas que atuam cooperativamente visando ao entendimento do tema em questão e também leva em conta a intuição, o imaginário, a sensibilidade e o senso comum dos participantes leigos. Ela é a negação da tecnocracia, em favor de um conhecimento voltado para a solução dos problemas. No entanto, a transdisciplinaridade não é nem uma nova metafísica, nem uma nova filosofia e nem uma ciência das ciências. Constitui o cruzamento das fronteiras disciplinares que coloca os saberes em comunicação e vai ao encontro do mundo da vida para realizar um conhecimento, este sim, novo, a partir da harmonização da pluralidade de vozes, de olhares e de explicações. (MINAYO; GOMÉZ, 2006).

No contexto mundial atual, a promoção de saúde mental e a qualidade de vida necessitam do olhar transdisciplinar. Da mesma forma, o conceito de participação social é importante, visto que este se relaciona com a integração de todos os interessados e responsáveis na construção do conhecimento e na solução dos problemas. Por isso, esse conceito abrange a noção de "participação popular", na medida em que inclui as pessoas do povo que estão sofrendo os problemas de saúde e ambiente, bem

como as autoridades públicas, empresários, gestores e funcionários, todos colaborando com sua parte específica para criar uma perspectiva saudável.

A sintomatologia depressiva social atual, que afeta a saúde mental e a qualidade de vida, coloca uma névoa perante os olhos das pessoas, anestesiando e impedindo-as de se responsabilizarem por ações individuais e coletivas de desenvolvimento e sustentabilidade.

Para que aconteça um desenvolvimento mais justo economicamente, equitativo socialmente e prudente com o meio ambiente, os processos que incentivam a diversidade e aumentam a participação social têm importância decisiva na articulação de projetos para expandir a autonomia nacional e distribuir, mais equitativamente, os frutos do desenvolvimento econômico (MAX-NEEF, 2012).

E quando se pensa em participação, todos os atores sociais devem sentir-se responsabilizados pelo enfrentamento das necessidades associadas da sociedade, através de uma democracia social ou uma democracia do cotidiano (MANTOVANELI; SAMPAIO, 2006).

Max-Neef (2012) pressupõe uma democracia direta e participativa, na qual o papel do Estado é de encorajar soluções criativas, e que estas fluam de baixo para cima. Isto é o que mais se aproxima das expectativas reais das pessoas.

Na democracia participativa, segundo Minayo e Gómez (2006), a equidade de gênero diferencia sexo - o *status* biológico de ser homem ou mulher - daquilo que são os atributos socialmente construídos nas relações entre eles. Leva-se em conta o fato de que homens e mulheres, na vida social e nos processos de trabalho e de criação de riqueza, têm papéis específicos. Gênero, portanto, é a dimensão das *relações entre os sexos*, definidora de comportamentos sociais e de formas de relações diferenciadas no âmbito da família, do trabalho e da comunidade. Por isso, gênero pode ser considerado uma variável política e socioeconômica por meio da qual se podem analisar papéis, responsabilidades, contradições e dificuldades entre homens e mulheres. O enfoque de gênero valoriza diferencialmente a colaboração de ambos os sexos na configuração e na solução dos problemas.

E é a partir desta responsabilização que todos devem participar, pois a participação promove a equidade e reconhece o sujeito, e, assim, pode-se verdadeiramente promover saúde mental e qualidade de vida.

O mundo massificado do consumo nega o sujeito, prioriza o sistema econômico do lucro, independente dos desejos e das necessidades de cada um e da coletividade. Segundo Sampaio (2010), "negar o sujeito é negar as diferenças, a individualidade do próprio homem".

As diferenças podem ser possibilidades de melhoramentos em nossas vidas. A desigualdade não! Ou seja, a diversidade nos enriquece e a falta de equidade nos empobrece como seres humanos.

A falta de equidade propicia o surgimento de desequilíbrios físicos, mentais, afetivos e sociais, pois a economia do capital é excludente.

Assim, todas as pessoas são "seres" devem ser respeitados, valorizados e reconhecidos em suas identidades pessoais, independentemente se são homens ou mulheres, se são homossexuais ou heterossexuais, se possuem alguma deficiência ou não, se são idosos ou crianças. A sociedade necessita compreender que cada sujeito é único e possui características próprias. E estas características são verdadeiras riquezas na diversidade local. Quando todos são iguais, não há desenvolvimento, pois as pessoas são incompletas, necessitam aprender com o outro sobre as características que lhe faltam. Então, que bom que há pessoas diferentes culturalmente, etnicamente, comportamentalmente e sexualmente.

Cabe assim pensar se a rejeição ou atos discriminatórios com pessoas homossexuais, com deficiência, negras, entre outras, poderiam indicar a própria necessidade destes sujeitos excludentes aprenderem com aqueles que rejeitam. Aprenderem principalmente sobre o próprio respeito que lhes falta no ato de rejeição ou exclusão. Afinal, respeitar e aceitar as pessoas é um ato de saúde mental.

3 A EDUCAÇÃO COMO POSSIBILIDADE TRANSFORMADORA PARA PROMOVER SAÚDE, SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA

Para Freire (2005) o conhecimento da realidade, da parte do ser humano como autor e ator principal do drama histórico, é determinante

para o desenvolvimento da consciência que possui de si; e influencia o conhecimento que constrói a partir da realidade que o circunda e que é obra de suas mãos. A realidade da comunidade, as vivências das pessoas, suas rotinas diárias, seus modos de vida são determinantes para o planejamento necessário sobre ações de saúde e qualidade de vida.

A ideia central que perpassa toda a obra de Paulo Freire é a necessidade de conscientizar, tanto educadores quanto educandos, que ninguém educa ninguém, os sujeitos aprendem comunitariamente. À medida que os saberes são trocados, constrói-se, conjuntamente, um novo saber; é justamente esse processo que favorece a autonomia do educando (FREIRE, 2005). Esta colocação de Paulo Freire é uma das premissas para a sustentabilidade, aprender comunitariamente. A conscientização acontece quando convivermos em redes de relacionamentos. Saúde é direito do cidadão e dever do Estado, lema instituído pela Constituição Federal de 1988. Então, surge a necessidade de promoção de saúde. A educação em saúde é um processo dinâmico, o qual deseja gerar autonomia nas pessoas, incentivando que cada vez mais se valorize a saúde através de seus esforços e ações.

Processos de qualidade de vida passam pela perspectiva da educação, no sentido de privilegiar o protagonismo do sujeito, a multiculturidade e a reflexão intergeracional, passando pela visão interdisciplinar rumo à transdisciplinaridade (VIEIRA, 2010; SAMPAIO, HENRÌQUEZ, MANSUR, 2012). Paulo Freire (2005), diz que, para o ser humano, produzir-se é conquistar-se, conquistar sua forma humana. Freire (2005) afirma, ainda, que a palavra transforma o mundo. A palavra viva é diálogo existencial.

As pessoas não se humanizam se não humanizarem o mundo. Quando se trata de educação em saúde, falamos das dimensões fundamentais à vida humana. Essas dimensões fundamentais não podem se dissociar na prática, pois qualquer ação em saúde requer comunicação, diálogo. A transformação para uma sociedade que valoriza a saúde e luta por ela só será possível através da educação.

Assim, para Bellen (2005), há várias maneiras de se obter a sustentabilidade de um sistema, com consequências diferenciadas para seus participantes, através da educação: uma delas é a vivência da cultura material e imaterial. Uma sociedade ambiental e fisicamente sustentável,

que explora o ambiente em seu nível máximo de sustentação, pode ser psicológica e culturalmente insustentável, o que dificulta a promoção de saúde, saúde mental e qualidade de vida. É nesse sentido que se necessita, enfaticamente, da educação como ação transformadora.

Com a educação, deseja-se a transição de uma racionalidade dominante de competição econômica e ganâncias cegas, para uma racionalidade baseada nos princípios da partilha e da solidariedade (MAX-NEEF, 2012).

As ações de educação de um território, que deseja promover a sustentabilidade no seu desenvolvimento, podem valer-se da cultura local, a fim de valorizar as pessoas e suas identidades sociais, pois uma sociedade ou um grupo de pessoas se expressa através de sua cultura.

Como a cultura é um modo de ser característico de um povo ou grupo social, através de suas culturas, que são sempre distintas, os povos significam o seu mundo. Assim, a qualidade de vida, ou seja, o conjunto de elementos que distinguem uma vida humana, varia conforme uma expressiva variação das culturas (PACE, 1992).

Desta forma percebe-se que o conceito de território é fundamental para o desenvolvimento com qualidade de vida, por se tratar não somente da definição de uma área geográfica de responsabilidade dos serviços, mas também pela proximidade dos contextos reais das pessoas, favorecendo seu acesso, além de favorecer certo compartilhamento da circulação dos afetos e dos elementos que fazem parte da vida das pessoas, como as tradições, a cultura, compondo o que chamamos de rede social (OMS, 2013). Onde a diversidade no território é vista como possibilidade de desenvolvimento (ETGES; DEGRANDI, 2013).

Como exemplo de um modo de vida que valoriza a cultura local e preconiza a autonomia e inclusão das pessoas no seu desenvolvimento, citamos a seguir as *Slow Cities*.

4 *SLOW CITIES* (CIDADES LENTAS) – UM MODO DE VIDA QUE DESEJA PROMOVER SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA DIVERSIDADE LOCAL

Mas, você sabe o que é uma Slow City? E por que ela pode ajudar na inclusão das pessoas com deficiências ou diferenças culturais, ambientais,

espaciais e econômicas?

Para ajudar você nesse entendimento, será contextualizada a história das Slow Cities no mundo e também será abordado um pouco da sua filosofia. Pois, é esta, em especial, a razão da possibilidade de inclusão da diversidade social. E durante estas explicações será comentado sobre o significado de desenvolvimento e sustentabilidade locais, pensando em sugestões para o global.

Toda sociedade caracteriza-se por um estilo de desenvolvimento, na maioria das vezes implícito e não dito. Compreender estilos de desenvolvimento ecologicamente prudentes e socialmente justos é, portanto, uma ação de primeiríssima importância para uma economia política ampla e consciente de suas dimensões éticas: as finalidades sociais do desenvolvimento e o cuidado com o futuro, em nome da solidariedade com gerações vindouras (SACHS, 1986a, 1986b).

Assim, desenvolvimento implica, por um lado, a existência de um espaço de autonomia local das populações e, portanto, de uma política nacional que dê apoio ao desenvolvimento local. E, por outro, ele pressupõe a capacidade de se conceber e colocar em funcionamento sistemas ainda pouco conhecidos de pensamento integrado, descentralizado e sintonizado com os desafios da complexidade sistêmica (VIEIRA, 2010).

A valorização do local deve-se ao sentido de pertencimento e de identidade que o território possui mediante toda a sua diversidade social, econômica, espacial, cultural e ambiental.

Neste caso, o conceito de território é fundamental para o desenvolvimento com saúde e qualidade de vida, por se tratar não somente da definição de uma área geográfica e de responsabilidade dos serviços, mas também pela proximidade dos contextos reais das pessoas, favorecendo certo compartilhamento da circulação dos afetos e dos elementos que fazem parte da vida delas, como as tradições e a cultura, compondo, assim, o que chamamos de rede social (OMS, 2001), onde a diversidade no território é vista como possibilidade de desenvolvimento (ETGES; DEGRANDI, 2013).

Desta forma, as *Slow cities*, ou Cidades de Bem Viver, surgem como

uma nova tendência de desenvolvimento local italiano que se estende a nível mundial (MAYER, 2006). Elas possuem na sua gênese a equidade social e um meio ambiente experimentado com prudência através de uma economia mais justa, a fim de promoverem o desenvolvimento territorial sustentável com mais qualidade de vida. São um modelo de desenvolvimento originado do desdobramento do movimento *Slow Food*, uma contraposição ao que representa o *Fast Food*, como aceleração dos ritmos da vida por conta do aumento da produtividade do mundo do trabalho, privilegiando o equilíbrio do uso do tempo para promoção do bem-estar nas diferentes áreas da vida.

O Movimento das *Slow Cities* nasceu em 1999 através de Paolo Saturnini, o prefeito de Greve in Chianti, uma pequena cidade da Toscana na Itália, que pensou sobre uma nova ideia, onde considera a própria cidade, suas características e tradições como forma alternativa de desenvolvimento, com base na melhoria da qualidade de vida local. Logo em seguida suas ideias foram aprovadas pelos prefeitos de cidades de Bra (Francesco Guida), Orvieto (Stefano Cimicchi) e Positano (Domenico Marrone).

Carlo Petrini, fundador e presidente do movimento *Slow Food* Internacional contribuiu muito para o entendimento da filosofia *slow*. Ser *slow* é necessariamente estar presente no que se faz, ou seja, para tal é necessário tempo adequado. Assim, quando as pessoas estão presentes no que realizam, ou seja, não estão distraídas pelas inúmeras possibilidades que há atualmente, entende-se que há mais possibilidades de compreensão do que é feito, mais organização mental, espacial, cultural, econômica e ambiental.

As *Slow Cities* retomam os valores essenciais do ser humano, os pequenos prazeres do quotidiano, a simplicidade, a tranquilidade, a descontração, a reflexão e ponderação, a convivialidade, a necessidade básica de pertencer e criar laços seguros nas relações humanas. Querem também conciliar os ritmos pessoais com os ritmos naturais e biológicos fundamentais para um bom estado de saúde global. Elas preconizam o autodesenvolvimento integrado e a possibilidade de realização do potencial de cada um, defende a biodiversidade, a redução do impacto ambiental e do consumo energético, a justiça, a solidariedade, a equidade, a acessibilidade, a responsabilidade social, os direitos humanos e a paz. Trata-se, pois, de uma maneira de estar na vida que faz sentido dentro de

um conjunto de atitudes que visam a sustentabilidade, onde o "ser" é mais importante do que o "ter" (MAYER, 2006, 2014).

Os valores vinculados as *Slow Cities* sugerem à escala humana, ou seja, relacionam-se ao cotidiano, à simplicidade, à tranquilidade e ao que Illich (1976) denomina por convivencialidade - relações humanas estabelecidas pelo respeito ao que é próprio de cada cultura -, sendo inerente conciliar os ritmos de vida cultural com os ritmos biológicos fundamentais para um bom estado de saúde global.

Nesse movimento preconiza-se o autodesenvolvimento integrado e a possibilidade de realização do potencial de cada um. Trata-se de um modo de estar na vida, compartilhando atitudes que se conciliam com a dinâmica da natureza, isto é, são resilientes com a sustentabilidade do desenvolvimento (MAYER, 2006).

A partir destas características menos competitivas e mais cooperativas e solidárias, pensa-se nas *Slow Cities* como um registro de modo de vida que promove saúde e qualidade de vida.

A partir do que já foi mencionado sobre as *Slow Cities*, já se percebe que elas valorizam as pessoas no seu desenvolvimento. E que, mediante a diversidade social e cultural, elas desejam respeitar e desenvolver a identidade de cada um. Assim, num modo de vida menos competitivo e mais cooperativo, como acontece nas *Slow Cities*, há mais a aceitação das diferenças que há entre as pessoas.

Nas *Slow Cities* valoriza-se o associativismo entre as pessoas, e este promove uma economia mais justa. Priorizam-se a gastronomia local e os produtos regionais e, estes os divulgados em várias feiras durante o ano. Também são valorizadas as atividades artísticas e de lazer. A participação das pessoas é estimulada neste modelo de cidade a fim de valorizar a identidade das pessoas e do território.

Percebe-se nessas características "*Slow Cities*" o modo comunitário em rede de relacionamentos, sendo o responsável pelo melhor desenvolvimento naquele local. E a educação comunitária é viabilizada para que todos tenham acesso aos conhecimentos vivenciados nessas cidades.

Assim, as *Slow Cities* tratam-se de municípios que possuem pretensão de estabelecer sustentabilidade no seu desenvolvimento, sobretudo em seu núcleo urbano. Surgem como modalidade alternativa para o desenvolvimento urbano, no qual se baseia em modos de vida, produção e conhecimento e na própria paisagem tradicional do território, o que sugere que o uso do tempo produtivo não está associado tão somente à dimensão econômica, mas também a produção sociocultural e ecológica associada ao ócio, chamado criativo por Di Masi (2000), no sentido de revitalizar padrões de vida vinculados à história do lugar, o que se aproxima do que Max-Neef (2012) denomina como desenvolvimento à escala humana, na qual cada comunidade determina se deseja ser pequena ou grande, excludente ou includente.

O que você achou até agora das Slow Cities? Você consegue compreender que elas são uma sugestão de modos de vida, atitudes e comportamentos que as pessoas precisam ter para serem mais felizes?

E, sobre o uso do tempo de maneira mais lenta, o que você entende?

Para contribuir um pouco mais neste pensamento, será comentado mais sobre estas cidades.

As *Slow Cities* defendem a lentidão para a melhoria da qualidade de vida. Os seus objetivos, essencialmente, são a preservação e o fortalecimento da cultura regional, de modo a preservar a diversidade e a identidade pessoal na era da globalização e da massificação.

Na filosofia *Slow City*, merecem destaque a solidariedade, a hospitalidade, a cooperação e a convivialidade. Sendo estas possibilidades para menos atitudes persecutórias entre as pessoas. Onde os relacionamentos humanos se tornam mais saudáveis, proporcionando mais possibilidades para a qualidade de vida, segundo Max-Neef (2012).

Morin (1987) aborda que as pessoas precisam adotar um ponto de vista alternativo nas suas formas de pensar e agir no mundo. Isto pressupõe uma reforma profunda do pensamento, baseada na noção-chave de sistema complexo. Esta filosofia do bem viver, sugerida no movimento *Slow Cities*, é um esforço de superação das tentações do consumo, quando este se torna um fim em si mesmo. O materialismo possui tentações e aos

que conseguem superá-las fica claro o risco de transformar a vida, bem como as relações sociais imbricadas a ela, em mera superficialidade, sendo promovida a inclusão social.

Caro leitor, este exemplo de modo de vida slow é muito interessante e possibilita vários exemplos sobre inclusão da diversidade social. Mas se deve entender que todos os modelos de desenvolvimento e sustentabilidade são relativizados pelas próprias pessoas. Ou seja, as pessoas precisam gostar, estar presentes e atuantes com satisfação em cada modelo de desenvolvimento, assim haverá promoção de saúde mental e qualidade de vida.

Nenhum modelo é perfeito. E, aqui neste texto, queremos exemplificar somente um modelo de desenvolvimento que é interessante. Mas não é o único e nem o melhor. Pois as pessoas são diferentes, e nem tudo que agrada a alguns agradará a outros. No entanto, cabe lembrar que para que as pessoas se sintam bem em seus estilos ou modos de vida, independentemente se for slow ou não slow, precisam se autoconhecer. Saber sobre sua identidade, seus desejos e necessidades e, com atitude, ir buscá-los.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Primeiramente, manifesta-se a satisfação de ter contribuído no Curso de Gênero e Diversidade na Escola (GDE), e deseja-se que a inclusão social na diversidade territorial aconteça cada vez com mais equidade.

Incluir a saúde mental como parte integrante do desenvolvimento e sustentabilidade é relativamente novo, mas imprescindível. Há um crescente reconhecimento da comunidade internacional de que a saúde mental é uma das mais negligenciadas questões essenciais de desenvolvimento na realização dos Objetivos de Desenvolvimento Milênio (ODM), uma das sugestões para agenda até 2015, e surge nas pré-propostas para a agenda dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável pós-2015, fundida dentro do conceito ampliado de saúde, não havendo mais dissociação entre os conceitos de saúde nesta nova proposta.

Porém, a saúde mental representa um indicador crítico do desenvolvimento humano, serve como um fator determinante do bem-

estar, da qualidade de vida e da esperança, tem um impacto sobre uma série de resultados de desenvolvimento, e é a base para a estabilidade social. A Declaração Ministerial sobre Implementação das metas acordadas internacionalmente e compromissos em relação à Saúde Pública Global, no segmento de alto nível da sessão substantiva do Conselho Econômico e Social (ONU), em Julho de 2009, destacou a importância da saúde mental, a fim de reduzir a pobreza, promover a saúde melhor, e alcançar outros resultados do desenvolvimento e para a sustentabilidade.

Saúde mental pobre é simultaneamente uma causa e uma consequência da pobreza, educação comprometida, desigualdade de gênero, falta de saúde, violência e outros desafios globais. A falta dela impede a capacidade do indivíduo de trabalhar de forma produtiva, perceber o seu potencial e contribuir para a sua comunidade. Por outro lado, a saúde mental positiva está ligada a uma série de resultados de desenvolvimento, incluindo maior produtividade e lucro, mais emprego, maior rendimento escolar, proteção melhorada direitos humanos melhores condições de saúde e melhor qualidade de vida.

As pessoas com sofrimentos psíquicos representam uma proporção significativa da população mundial. Milhões de pessoas no mundo têm problemas de saúde mental. Uma em cada quatro pessoas no mundo vai experimentar uma condição de saúde mental em sua vida. Neste texto citamos em específico a depressão, que é a terceira principal causa de morte entre pessoas jovens e é a principal causa de anos perdidos devido à incapacidade. Problemas de saúde mental, incluindo o abuso de álcool, estão entre as dez principais causas de incapacidade nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Em particular, a depressão ocupa a terceira posição na carga global de doenças, e é projetada para ocupar a primeira posição em 2030 (PNUD, 2009; 2014).

O custo econômico de problemas de saúde mental é grande, enquanto o investimento razoável pode contribuir para uma melhor saúde mental para pessoas.

A pobreza e a fome podem ter um forte impacto sobre a saúde mental e psicossocial no bem-estar das pessoas. A pobreza e as suas tensões associadas, tais como o desemprego, a violência, a exclusão social, a privação e insegurança constante, estão intimamente ligados ao aparecimento de

problemas de saúde mental. Problemas mentais e psicossociais podem dificultar a motivação e a produtividade, prejudicando assim os esforços para reduzir a pobreza e a fome.

Pessoas com dificuldades mentais e psicológicas correm mais risco de ficarem na pobreza, por causa do aumento dos custos de cuidados de saúde e oportunidades perdidas para o desenvolvimento.

Embora as condições de saúde mental sejam uma das principais causas de incapacidade, pessoas com dificuldades mentais e psicológicas muitas vezes não têm recursos para manter os padrões de vida básicos. Além disso, eles são um dos grupos mais negligenciados e discriminados nas políticas de desenvolvimento.

Assim, quando o conceito de qualidade de vida é visto de maneira ampliada e não somente a partir do indicador de desenvolvimento humano, chamado Produto Interno Bruto (PIB), observa-se que a saúde mental também é promovida.

Qualidade de vida é realmente uma percepção muito mais subjetiva. O que realmente nos de prazer é o que avaliamos quando pensamos somente em qualidade de vida. Mas quando pensamos em desenvolvimento sustentável precisamos ampliar o pensamento e as ações para a visão sistêmica e integrada do conhecimento, integrando as racionalidades substantivas (a subjetividade) e a instrumental.

Não existem indicadores prontos e usáveis em todos os territórios de maneira igualitária e que possam dar conta de toda a diversidade do mesmo, de maneira a contemplar todas as necessidades deste território. Assim, cada território deve gerar o seu próprio indicador para promover o desenvolvimento com qualidade de vida.

Os indicadores de desenvolvimento somente contribuirão efetivamente no desenvolvimento através de políticas que educam para uma democracia participativa e articulada em redes de relacionamentos intersetoriais, e que possam inspirar o novo olhar que tanto precisamos para um desenvolvimento mais justo, ambientalmente prudente e economicamente eficiente, e assim, promover mais saúde e qualidade de vida.

Para tal, Morin (1987) afirma que um único saber não dá conta de uma realidade, é a visão holística do conhecimento que deve ser considerada. Faz-se necessária a transdisciplinaridade para que um novo saber seja gerado da união de outros saberes, no qual as pessoas precisam adotar um ponto de vista alternativo nas suas tendências de pensar e agir no mundo. Isto pressupõe uma reforma profunda do pensamento, baseada na noção-chave de sistema complexo.

A partir de algumas características das Slow Cities apresentadas no texto, deixamos para reflexão a citação de alguns aspectos que poderiam fazer parte da vida de todos para promover saúde, saúde mental e qualidade de vida, própria e de sua comunidade, são elas: o tempo descompromissado; a busca do autoconhecimento; a busca da resiliência psicológica; o sono adequado, incluindo a sesta após o almoço e refeições; estar junto à natureza, ao mar, próximo às montanhas, entre as flores; cultivar e alimentar-se com verduras frescas; estar sempre em movimento; gostar do que faz; viver em comunidade sem dependência; estar com amigos e entender que a felicidade está dentro de cada um.

Assim, o parágrafo anterior serve para reflexão mediante as possibilidades atuais e de mudança de cada pessoa e sua comunidade que se fazem necessárias para haver mais possibilidades e atitudes de inclusão social na diversidade territorial.

Carinhosamente me despeço com duas sugestões de leitura muito importantes e interessantes sobre a temática das humanidades, que estão presentes no transcorrer de todo este texto, e que, com certeza, contribuirão na ampliação da visão de mundo de todos os participantes do Curso de Gênero e Diversidade na Escola.

a) MORIN, Edgar. A via para o futuro da humanidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

b) MAX-NEEF, Manfred. Desenvolvimento à escala humana: concepção, aplicação, reflexos posteriores. Blumenau: Edifurb, 2012.

Essas obras são livros já clássicos que possibilitam um novo olhar de civilização.

Com gratidão,
Mônica Weiler Ceccato.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Marco Antônio Bettine; GUTIERREZ, Gustavo Luiz; MARQUES, Renato **Qualidade de vida**: definições, conceitos, e interfaces com outras áreas de pesquisa. São Paulo: EACH/USP, 2012.

BELLEN, Hans. **Indicadores de Sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

ETGES, V. E.; DEGRANDI, J. O. Desenvolvimento regional: a diversidade regional como potencialidade. **Revista Brasileira de Desenvolvimento Regional**, Blumenau, v. 1, n. 1, p. 85-94, 2013.

FACCIO, Odilon Luís. (Org.). Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. 2. ed. Florianópolis: nov. 2011. (Cadernos Santa Catarina).

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

MANTOVANELI, Oklinger; SAMPAIO, Carlos Alberto Cioce. Sustentabilidade política e administrativa: contribuições para a reformulação da agenda para o ecodesenvolvimento. **Revista de Gestão Social e Ambiental**, v. 1, n. 2, p. 3-21, 2006.

MAX-NEEF, Manfred. **Desenvolvimento á escala humana**: concepção, aplicação, reflexos posteriores. Blumenau: Edifurb, 2012.

MAYER, H; KNOX P. Slow cities: sustainable places in a fast world. **Journal of Urban Affairs**, v. 28, n. 4, p. 321–334, 2006.

MINAYO, M. C. de S.; GÓMEZ C. M. **Enfoque ecossistêmico de saúde**: uma estratégia transdisciplinar. Interfacehs. São Paulo: Copyright, 2006.

MORIN, Edgar. **A via para o futuro da humanidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

_____. **A via para o futuro da humanidade**. São Paulo: Bertrand Brasil. 1987.

PACE, David. **Claude Lévi-Strauss**: O Guardião das Cinzas. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1992.

_____. **Rumo à ecossocioeconomia**: teoria e prática do desenvolvimento. São Paulo:

CORTEZ, 2007.

SACHS, I. **Ecodesenvolvimento**: crescer sem destruir. São Paulo: Vértice. 1986a.

_____. **Espaços, tempos e estratégias do desenvolvimento**. São Paulo: Vértice,1986b.

SAMPAIO, C. A. C. **Gestão que privilegia uma outra economia**: ecossocioeconomia das organizações. Blumenau: EDIFURB. 2010.

SAMPAIO, C. A. C.; HENRIQUEZ Z. C.; MANSUR, M. S. C. **Turismo comunitário, solidário e sustentável**. Blumenau: Edifurb, 2012.

VIEIRA, Paulo Freire. **Desenvolvimento Territorial Sustentável no Brasil**. Florianópolis: Aped/Secco, 2010.

SOBRE A AUTORA:

Mônica Weiler Ceccato:

Mestre em Engenharia de Produção na Gestão da Qualidade e Desenvolvimento de Produtos e Processos pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especialista em Educação Física pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí) e em Fisioterapia Dermatofuncional pela Faculdade Inspirar. Graduada em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Docente do quadro da Universidade Regional de Blumenau (Furb), vinculada ao Centro de Ciências da Saúde no Departamento de Fisioterapia. Supervisiona o Estágio de Fisioterapia em Saúde Mental do Curso de Fisioterapia da Universidade Regional de Blumenau. Desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão na Universidade Regional de Blumenau, atuando, principalmente, nos seguintes temas: Fisioterapia, Educação Comunitária; Saúde Mental; Saúde, Qualidade de Vida e Desenvolvimento, com ênfase aos Modos de Vida Locais e ao Meio Ambiente. Coordena o Grupo de Estudos Saúde e Qualidade de Vida do Departamento de Fisioterapia da Furb. É membro do Núcleo Docente Estruturante do curso de Fisioterapia da Universidade Regional de Blumenau (Furb). Faz parte do Núcleo de Políticas Públicas (NPP) do Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Regional da Universidade Regional de Blumenau.

IGUALDADE PARA QUEM? GÊNERO, SEXUALIDADE E PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Tieme Carvalho Nishiyama
Daniele Schneider
Marcos Claudio Signorelli

1 INTRODUÇÃO

Não seria possível pensar em inclusão, igualdade e até mesmo em diversidade sexual das pessoas com deficiência sem antes perpassarmos por algumas reflexões acerca da construção social da categoria gênero. É significativo pensar sobre como essa categoria engendra dicotomias, que muitas vezes se perpetuam, apropriam-se e violentam o outro, seguindo preceitos patriarcais estabelecidos e pouco problematizados historicamente.

Pensar o modelo da sociedade atual pautado apenas nas tradicionais relações de gênero feminino e masculino, que prescrevem o que são atributos específicos para mulheres e atributos específicos para homens, já é por si próprio excludente. A categoria gênero problematiza tais prescrições, conclamando espaço para o que diverge desta lógica binária e dicotômica, que muitas vezes não é visto com legitimidade pela sociedade. Como exemplo, observam-se as várias discussões e polêmicas que cercam temas variados tendo questões de gênero como pano de fundo. Podemos destacar: a violência contra as mulheres, a união civil/casamento entre pessoas do mesmo sexo, os direitos sexuais e reprodutivos, o uso do nome social de estudantes transgêneros nas instituições de ensino, o mito de que vivemos em uma democracia racial, bem como a questão do processo de inclusão de pessoas com deficiência (PcD) no contexto social e escolar e o tabu em torno da sexualidade dessas pessoas.

Para tanto, o presente capítulo visa contextualizar esta problemática, explorando um tema permeado de estereótipos e pré-conceitos, que consiste nas questões de gênero e sexualidade das pessoas com deficiência (PcD). Busca-se com este texto, não simplesmente trazer prescrições ou elaborar juízo de valor sobre o que é certo ou errado, adequado ou

inadequado; mas, acima de tudo, levantar indagações, problematizar normas pré-estabelecidas e promover reflexões, interseccionando com literaturas que contemplam os temas sob uma perspectiva de equidade, inclusão e diversidade.

2 GÊNERO: UMA CONSTRUÇÃO SOCIAL

O que é gênero? Qual finalidade deste termo que muitas vezes confunde várias pessoas, principalmente aquelas que não estão habituadas a usá-lo com certa frequência? Um termo designado para classificar pessoas de acordo com o sexo? Ou para representar sujeitos, não apenas pelo fator biológico, mas por uma série de fatores que os tornam seres únicos e assim não mais pertencentes a um condicionante específico? Louro (1997) conceitua o gênero como uma palavra cujo significado vai além do que é descrito no dicionário, podendo assim adquirir sentidos mais diversificados. Para a autora, a palavra tem história, e para que se entenda sua essência é preciso que primeiro se compreenda o contexto em que ela se encontra.

Portanto, pensar o gênero apenas como um conceito específico relacionado ao binarismo masculino/feminino implicaria em limitar o ser humano a apenas um modelo de organização social. Busca-se, então, no presente capítulo, contextualizar a palavra gênero pelo valor político que esta representa, que ganhou força desde o final do século XIX com os primeiros movimentos sociais feministas e de mulheres, tendo em vista a construção social de cada pessoa, não se limitando apenas às suas características biológicas.

Importante ressaltar que os primeiros movimentos sociais decorreram durante o período da revolução industrial, em que os projetos de cidadania foram pautados e referenciados a partir de uma construção masculina, branca e proprietária de bens, relegando às mulheres como aponta Jácome (2007, p. 189):

> [...] ao estado de natureza, ao passo em que consideravam os homens no âmbito da cultura e, portanto, partícipes do contrato social civilizatório. Sendo assim, ainda que as mulheres tivessem participado intensamente desses movimentos, se viram excluídas do contrato social.

Apesar de as mulheres sempre terem participado ativamente dos movimentos sociais durante a revolução industrial, os grupos feministas só ganharam visibilidade a partir do final do século XIX, com a denominada primeira onda do feminismo, em que mulheres organizadas reivindicavam direitos sociais e civis, como voto, educação e melhores condições de trabalho. No final da década de 1960, então com a segunda onda do feminismo, além dos movimentos feministas que já se encontravam em pleno processo de mudanças, outros movimentos também foram ganhando força, adquirindo caráter mais contestador e político, a exemplo, os movimentos estudantis, homossexuais, negros(as), hippies, entre outros. Todos eles tendo por objetivo comum e fundamental, neste período, romper com o pensamento hegemônico das famílias patriarcais burguesas e tradicionais. Segundo Jácome (2007, p. 190):

> [...] esses movimentos trariam para o centro da arena política novas agendas na luta por direitos civis que, ancoradas na defesa da liberdade e igualdade, contribuiriam para redimensionar a luta por cidadania, tornar visível novos sujeitos coletivos, causando enorme impacto no campo mais amplo das lutas sociais.

Neste contexto, obras como as de Simone de Beauvoir (1949), Betty Friedman (1963) e Kate Millet (1969) foram de grande importância para impulsionar os estudos acadêmicos sobre as mulheres. A conscientização e sensibilização para essa nova área de estudo foi introduzida ao mundo acadêmico por diversas estudantes, professoras e pesquisadoras feministas, conquistando espaços de pesquisas com o propósito principal de tornar a mulher mais visível (ou menos invisibilizada) perante a sociedade. Todo esse processo no qual as mulheres tiveram papel fundamental para ampliar as discussões acerca do conceito de gênero, trouxeram à tona questionamentos que foram além do propósito inicial, que atrelava gênero como algo relacionado unicamente ao sexo. Para Scott (1989, p.3):

> As pesquisadoras feministas assinalaram muito cedo que o estudo das mulheres acrescentaria não só novos temas como também iria impor uma reavaliação crítica das premissas e critérios do trabalho científico existente.

Dessa maneira, foi sendo materializada a categoria gênero, que

buscava problematizar não as diferenças, mas sim as desigualdades existentes entre homens e mulheres presentes na sociedade. Tal categoria foi fundamental para também realçar outras categorias de análise, cujas desigualdades eram ligadas a fatores como: diferenças sociais e de classe, culturais, étnico-raciais, religiosas, geracionais e questões do corpo (o fato de ter ou não uma deficiência), que também se incorporaram à discussão, criando intersecções.

Atualmente a palavra gênero, conceitua-se conforme a categoria analítica em que ela se emprega. Esta pode se apresentar como um referencial às desigualdades entre homens e mulheres, bem como um termo de neutralidade no campo de análise. Da mesma forma se apresenta como um diferencial político e designador de relações sociais, especialmente nas construções de sociedade, sobre os papeis de cada individuo. Para os estudos sobre sexo e sexualidade, o termo gênero conceitua-se de maneira prática e útil, como menciona Scott (1989, p. 7):

> [...] porque ele oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis atribuídos às mulheres e aos homens. Apesar do fato dos(as) pesquisadores(as) reconhecerem as relações entre o sexo e (o que os sociólogos da família chamaram) "os papéis sexuais", estes(as) não colocam entre os dois uma relação simples ou direta. O uso do "gênero" coloca a ênfase sobre todo um sistema de relações que pode incluir o sexo, mas que não é diretamente determinado pelo sexo nem determina diretamente a sexualidade.

A partir do momento em que o conceito de gênero passa a afirmar o caráter social dos indivíduos, faz com que cada vez mais as pessoas passem a considerar as diferentes sociedades e os diferentes contextos históricos de que estão se falando. Para Louro (1997), diante disso, afastam-se proposições existentes para se construir novas perspectivas sobre o significado de gênero, dando ao sentido da palavra uma conotação mais plural e diversa.

No campo das discussões de gênero, um dos aspectos centrais passou a ser o estudo do corpo e dos corpos. Tais estudos consideram o corpo não apenas como um dado anatômico, produto da biologia, mas também como um aspecto social e político. Michel Foucault (2009), ao estudar instituições

como hospícios, o sistema prisional e a escola, propõe que os corpos são domesticados, disciplinados. Para ele, tais instituições nos separam em grupos, criando classificações, cercas e hierarquizações. Vigiar e punir são ações que favorecem o controle dos corpos, e para o efetivo adestramento dos corpos. Assim, uma das formas básicas de operação desse dispositivo se dá por meio da classificação dos corpos.

É nesse cenário que a questão das deficiências ganha destaque. O corpo para as ciências sociais e humanas não é somente um dado biológico, resultado de um aglomerado de células e tecidos. É também produto de uma construção social, uma vez que o estabelecimento do que é ou não uma deficiência é também fruto de prescrições sociais. O mesmo vale para os padrões de beleza que são atribuídos aos corpos: são ditados pela sociedade. Enquanto para a civilização ocidental o corpo belo é o corpo magro, liso e branco (porém bronzeado), para algumas sociedades não ocidentais a beleza está na obesidade ou em outros tons de pele.

Em outras palavras, quem determina os padrões de beleza, assim como quem dita o que é considerado uma deficiência (ou não) é a própria sociedade. O que poderia ser considerada simplesmente uma 'variação', passa a ser considerada uma 'deficiência' e a ela é atribuída uma carga, um fardo, geralmente permeada por estigmas e preconceitos. Um filósofo que ilumina nesse sentido é Georges Canguilhem (2002). Tal autor problematiza em sua obra o que é considerado normal e o que é considerado patológico, criticando a visão de que o patológico seria apenas uma variação quantitativa do "normal". Para ele, cada indivíduo teria sua concepção do que é normal para si.

Verbrugge e Jette (1994) apontam a deficiência como um produto resultante da relação entre o sujeito (portador ou não de patologias) e as exigências da sociedade onde ele vive. Este meio pode oferecer-lhe condições de participação, promovendo mudanças e/ou adaptações, ou pode também desconsiderar suas diferenças e suas dificuldades de acesso.

Para Aranha (1995), a deficiência é uma condição social caracterizada pela limitação ou impedimento da participação da pessoa nas diferentes instâncias do debate de ideias e de tomada de decisões na sociedade. Alguns autores postulam que as relações estabelecidas entre sociedade e deficiência é que determinam a incapacitação, a desvalorização e a exclusão

das pessoas com deficiência.

As ações que a sociedade desenvolve com relação às pessoas com deficiência são fundamentalmente determinadas pelas concepções que assume sobre o ser humano, as interações sociais, suas diferenças e dos valores que permeiam tais concepções.

3 PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E SEXUALIDADE

> [...] enquanto uma pessoa sexuada viver, a sexualidade não pode ser extinta pela lei. (BUTLER, 2012, p.27)

A citação da filósofa Judith Butler chama atenção para a questão da sexualidade, que é inerente a todo e qualquer ser humano. Os discursos acerca da sexualidade das pessoas com deficiência encontram-se permeados por mitos e preconceitos, que vão desde a proteção excessiva dos pais, até as falas de senso comum de que a pessoa com deficiência seria assexuada ou quando a tem, que sua sexualidade se apresenta de maneira descontrolada. Inicialmente cabe ponderar que sexualidade não é sinônimo de ato sexual ou sexo, mas sim algo muito maior e mais complexo, que inclui também emoções e afetos.

Segundo Assumpção Jr. e Sprovieri (2005) os estudos a respeito da sexualidade das pessoas com deficiência são um tema de alta complexidade, pois segundo os autores algumas pessoas com deficiência apresentam déficits relativos aos mecanismos de repressão e autocrítica, devido ao fato de suas demonstrações de sexualidade serem vistas e interpretadas como distúrbios de conduta. Tal fato ocorre, pois a relação familiar se estagna em um plano imaginário em que a pessoa com deficiência é vista como uma eterna criança frágil e incapaz. Muitos/as professores/as também demonstram ideias equivocadas, inclusive julgando que tais pessoas sejam incapazes de namorar e casar ou de gerar e cuidar de filhos (MAIA, 2006).

Esse tipo de atitude implica à pessoa com deficiência uma formação de individuo infantilizada, dificultando a compreensão a respeito de seu próprio corpo e até mesmo como sujeito pertencente a uma sociedade. Maia e Camossa (2003) afirmam que é inegável que a pessoa com deficiência tenha e viva sua sexualidade, pois ela é inerente ao ser humano, independente de suas limitações, seja de cunho biológico, social ou

psicológico. Seu aprendizado constitui-se, de acordo com Heilborn (2006, p. 35), "[...] na familiarização de representações, valores, papéis de gênero, rituais de interação e de práticas, presentes na noção de cultura sexual".

A sexualidade ampla, independentemente de se ter ou não uma deficiência, existe e manifesta-se em todo o ser humano. O erotismo, o desejo, a construção de gênero, os sentimento de amor, as relações afetivas e sexuais, são expressões potencialmente existentes em toda pessoa, também naquelas que possuem deficiências (DANIELS, 1981; ANDERSON, 2000; MAIA 2001; BLACKBURN, 2002; KAUFMAN, SILVERBERG, ODETTE, 2003).

Um primeiro e importante passo ao refletirmos sobre a sexualidade das PcD é não considerarmos que todas elas são iguais. Primeiramente, pois há diferentes tipos de deficiência (visual, auditiva, físico-motora, intelectual e múltipla), sendo que cada tipo de deficiência interfere de modo diferente na expressão da sexualidade. Mesmo entre cada tipo de deficiência há diferentes subtipos e graduações. Por exemplo, dentre os/as deficientes físicos-motores há os/as que não se locomovem (acamados/as), há os/as que sofreram amputações (de um ou mais membros), os/as que utilizam cadeiras de rodas, os/as que utilizam órteses/muletas, os/as que apenas claudicam, entre muitas outras variações. E isto se reflete de modos distintos no estabelecimento de relações afetivo-sexuais.

Um segundo aspecto importante é analisarmos a sobreposição de situações de vulnerabilidade, por meio da intersecção das categorias de análise mencionadas no início do texto. Tomando como base a categoria gênero, observamos que uma mulher com deficiência tende a ser mais vulnerável que um homem com deficiência, pois corre riscos duplamente por ser mulher e por ter uma deficiência, haja visto o caso emblemático de Maria da Penha Maia Fernandes, cadeirante e vítima de violência doméstica de seu marido. Outras intersecções também interferem e podem ser agravantes, como o fato de ter uma deficiência e ser pobre, ter uma deficiência e ser negro/a, ser LGBT (lésbica, gay, bissexual ou travesti/ transexual), ser idoso/a, viver em áreas rurais ou na floresta, entre outros fatores de intersecção.

A questão da violência doméstica contra mulheres com deficiência é um tema que cada vez mais vem sendo visibilizado, sendo que os desafios

que essas mulheres irão encontrar para enfrentar o problema serão muito maiores que uma mulher sem deficiência, especialmente pensando na denúncia, acesso aos equipamentos, busca de apoio, decisão de sair de casa, etc. Um bom exemplo, criado no Estado de São Paulo pela Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com deficiência, no ano de 2012, foi o "Programa Estadual de Prevenção e Combate à Violência Contra a Pessoa com Deficiência", que surgiu a partir de constatações acerca de um significativo crescimento de notificações de casos de violência contra PcD. Os objetivos do programa visam aprimorar o sistema de notificação e coleta de dados dos casos existentes, aperfeiçoando e monitorando o recebimento de denúncias e informações; promover a capacitação dos profissionais e aperfeiçoamento da rede de serviços para o atendimento e encaminhamento dos casos através de cursos, encontros, e colocando à disposição materiais e outros recursos para que os agentes públicos possam identificar, atender e encaminhar os casos de violência; e a prevenção da violência contra pessoas com deficiência, estruturando redes de serviços para oferecer suporte a vítimas, familiares e agressores, prevenindo a reincidência e novos casos.

Com relação à violência, para Maia (2013), em casos de pessoas com deficiência intelectual é imprescindível reforçar o aprendizado entre a diferença de uma relação de afeto e amizade, de uma relação de abuso e violência, estimulando a construção de relacionamentos de amor e respeito mútuo. A autora ainda afirma ser importante reconhecer que essas pessoas são seres sexuados e merecem ser vistos como adultos sexualmente saudáveis, sendo importante trabalhar com a educação para sexualidade desde a infância, introduzindo informações básicas sobre sexualidade de modo gradual, porém repetitivo e ao longo do processo de desenvolvimento (respeitando as devidas fases), aproveitando-se de situações da vida real. Convém orientar quanto à privacidade (deles/as e das outras pessoas) enfatizando o que é apropriado (ou não) em locais públicos/privados. Os cuidados básicos com a saúde sexual e reprodutiva também merecem destaque, assim como alertar sobre as situações de abuso sexual. A autora também ressalta que o/a educador/a deve atentar ao diálogo com a família, sobre como esta lida com valores sexuais, morais e religiosos, evitando também que suas próprias convicções influenciem o processo. Algumas das questões a se fazer seriam: o que é sexualidade para essa família? Como a família vê essa PcD e a questão da sexualidade dessa PcD?

Couwenhoven (2007) dá algumas pistas sobre como trabalhar questões da sexualidade com pessoas com deficiência intelectual. Para a autora, é necessário trabalhar o aprendizado sobre o corpo, incluindo nominar as partes anatômicas, explicar o funcionamento, os cuidados com o corpo, as mudanças corporais ao longo da vida, o respeito à privacidade (tanto sua quanto do outro), a expressão de sentimentos e emoções, a vivência saudável de relacionamentos sexuais e amorosos (incluindo prevenção à gravidez não planejada, transmissão de doenças sexualmente transmissíveis) e sobre a prevenção à violência e abuso sexual.

A questão da sexualidade das pessoas com deficiência intelectual quando tratada com a devida seriedade e importância pode melhorar o desenvolvimento afetivo e interpessoal desses sujeitos, facilitando a capacidade de se relacionar, melhorando a autoestima e o processo de inclusão na sociedade. Por outro lado, aspectos que não contribuem nesse sentido incluem o isolamento social que muitos/as deles/as vivenciam, o que resulta em incapacidade de desenvolvimento de habilidades sociais. A sexualidade é apreendida, formada e reforçada também por fatores ambientais, portanto, tais interações são necessárias. Outro ponto nevrálgico é a crença de que todas as pessoas com deficiência são sexualmente vulneráveis e sofrerão abusos sexuais. Se por um lado, o problema não pode ser ignorado, por outro, também não pode servir de égide para isolar tais pessoas do convívio social. A sexualidade é uma função natural, influenciada pelo ambiente e pela sociedade, presente em todos os seres humanos, sendo que sua repressão pode perturbar o equilíbrio, aceitação e inclusão na sociedade.

Os estudos de gênero também iluminam nesse sentido. Um dos pontos fundamentais é a problematização da heteronormatividade presente na sociedade e que pode se transformar em sofrimento adicional para essas pessoas, caso não seja bem trabalhada. De acordo com esta norma, espera-se, por exemplo, que toda mulher seja heterossexual, que se case com um homem, que tenha filhos, que seja magra, e assim por diante. Porém esta pode não ser a realidade dessas mulheres e se tal regra não for problematizada, isso pode gerar frustrações que prejudicam o desenvolvimento das PcD.

Maia (2010, p. 22-23) destaca alguns pressupostos:

> 1) A sexualidade de deficientes não é atípica, diferente ou ausente; 2) O erotismo é algo inerente a todo ser humano inclusive àquele com deficiências; 3) Sexo e sexualidade são conceitos diferentes. Podemos não realizar o sexo, mas nunca deixamos de vivenciar a sexualidade; 4) As eventuais limitações na resposta sexual, no desejo, na excitação e no orgasmo não tem necessariamente a ver com a deficiência, pois muitos não deficientes também têm problemas nestas questões; 5) Deficientes e não deficientes são alvos das mesmas regras sociais que incentivam e cobram de todos que correspondam a um padrão "normal" e feliz de sexualidade. Isso pode resultar no desejo de corresponder aos padrões de masculinidade, feminilidade, de ter um corpo magro e esbelto, de namorar, casar e ter filhos. Nem sempre esses desejos refletem uma iniciativa própria do sujeito, mas sim, o desejo de sentir-se "mais próximo da sociedade normal" ou do que a família e as pessoas esperam. 6) Deficientes e não deficientes são sexuados e podemos viver uma vida afetiva e sexual gratificante. Por isso, precisam receber esclarecimentos e educação sobre saúde sexual e se prevenirem do contagio de doenças sexualmente transmissíveis e outras intercorrências da vida sexual ativa.

Como sugestões didáticas para o trabalho em sala de aula a respeito da sexualidade das PcD destacamos dois filmes: 1) "As sessões" (2012), baseado em fatos reais, que relata a trajetória de Mark O'Brien, um homem deficiente físico, com o corpo paralisado do pescoço para baixo e respirando com ajuda de um pulmão de aço, que busca aos 38 anos de idade o despertar de sua sexualidade contratando uma terapeuta sexual para auxilia-lo neste processo. O'Brien conta também com os conselhos e a amizade de padre Brendan que sempre escuta, respeita e compreende as angustias e anseios de Mark; 2) "Hoje eu quero voltar sozinho" (2014), baseado no curta-metragem "Eu não quero voltar sozinho" (2010), que conta a história de Leo, um adolescente cego que busca maior independência bem como encontrar seu lugar na sociedade. Para isso, precisa lidar com suas limitações e também com a superproteção de sua mãe. Leo planeja a todo custo fazer uma viagem de intercambio, porém com a chegada de Gabriel, novo estudante em sua escola, faz despertar no rapaz sentimentos

inesperados e desconhecidos, de maneira que Leo começa a descobrir outras maneiras de ver o mundo, trazendo assim outro sentido a sua vida.

Outras opções de material didático também se encontram nas obras do cartunista e ilustrador Ricardo Ferraz, que registra diversos momentos do cotidiano revelando o cenário preconceituoso e desinformado que permeiam as PcDs (Figura 1 e 2). Fundador da Associação Capixaba de Pessoas com Deficiência, suas obras podem ser encontradas em revistas e jornais no Brasil, América do Sul, África do Sul, Europa, Canadá, Estados Unidos e ONU.

Figura 1 - Cartum Ricardo Ferraz

Fonte: <http://www.cadetudo.com.br/ricardoferraz/cartuns.html>. Acesso em: 07/12/2014

Figura 2 - Cartum Ricardo Ferraz

Fonte: <http://www.cadetudo.com.br/ricardoferraz/cartuns.html >. Acesso em: 07/12/2014

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Certeza (2013) expõe que o medo do novo faz com que as pessoas procurem vincular a imagem do corpo ao que já é conhecido, buscando assim refúgios nos estereótipos que a sociedade ocasionalmente nos apresenta, resultando em um misto de alienação, desinformação e preconceito.

Portanto, antes de se pensar em qualquer estratégia ou ação é necessário romper com todo o estereótipo (paradigma) que se tenha a respeito da pessoa com deficiência, ter disposição para refletir a respeito de condutas e posturas adotadas em qualquer ambiente, seja ele escolar, domiciliar ou recreativo, e ser capaz de mudar e promover mudanças para que assim a inclusão das pessoas com deficiência ocorra de maneira plena.

Segundo Paula, Regen e Lopes (2005), cada um precisa construir seu caminho individualmente, entrelaçando emoções, pensamentos e ações que vão de acordo com suas próprias tendências e afinidades, para assim adquirir competências internas e externas para organizar a si próprio e ir de encontro ao outro, livre de preconceitos e mitificações.

O modo preconceituoso com que a sociedade trata a sexualidade de pessoas com deficiência tem a ver com a maneira pela qual se tratam das diferenças em relação aos padrões normativos. Somos bombardeados com padrões normativos de comportamento, sobre como deve ser o corpo, sobre como devemos agir, o que sentir, a quem amar etc. Diante desses padrões, não só afetivos, mas sexuais, construímos uma noção de sexualidade feliz que coloca em desvantagem aqueles que possuem deficiência, e que de modo errôneo são excluídos da sociedade, justificando-se a partir de crenças preconceituosas.

O senso comum delimita a vida sexual das pessoas com deficiência, especialmente deficiência física, intelectual e múltiplas deficiências, como se esta atividade não existisse, ou tratam-na como um tabu. Por desconhecimento, uma série de suposições são criadas, crenças e visões estereotipadas, além do preconceito e ações violentas.

Portanto, um elemento essencial é a solidariedade. A sociedade precisa compreender que, quando um de seus membros nasce com alguma

deficiência ou quando a adquire ao longo da vida, todos os demais devem assumir juntos o compromisso de construir um ambiente inclusivo, pois a deficiência não pode ser vista como problema individual da pessoa, nem como problema somente das pessoas da família. Ela deve ser tratada como um desafio comum a todos, uma vez que tais pessoas devem ser inseridas no contexto social, têm o direito de frequentar escolas, espaços de lazer, de trabalho, enfim, de levar uma vida "normal".

Com este capítulo esperamos ter colaborado para estimular reflexões, que consequentemente contribuam na melhor compreensão do tema "Igualdade, gênero e sexualidade das pessoas com deficiência". Afinal, esse é um desafio para a sociedade, bem como para pais e educadores, pensando na pessoa com deficiência como um ser merecedor de viver sua vida da melhor forma possível, de forma plena, inclusiva e em todos os aspectos, principalmente no que tange à vivência de sua própria sexualidade.

REFERÊNCIAS

ARANHA, M. S. F. **A inclusão social da criança especia**l. São Paulo: Roca, no prelo, 1995.

ANDERSON, O. H. **Doing what comes naturally**? – dispelling myths and fallacies about sexuality and people with developmental disabilities. Ilinois/USA: High Tide Press, 2000.

AS SESSÕES. Direção de Bem Lewin. EUA: Such Much Films; Rhino Films, 2012. 1 DVD (98 min) Color.

ASSUMPÇÃO JR., F. B.; SPROVIERI, M. H. S. **Deficiência mental**: sexualidade e família. Barueri, SP: Manole, 2005.

BEAUVOIR, S. **Le deuxième sexe**. Paris: Éditions Gailimard, 1949.

BLACKBURN, M. **Sexuality and disability**. Oxford/GB: Butterworth Heinemann, 2002.

BUTLER, J. Sobre Anarquismo: uma entrevista com Judith Butler. **Política & Trabalho**, Revista de Ciências Sociais, n. 36, p.19-27, abr. 2012.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico.** 5.ed. rev. aum. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CERTEZA, L. M. A sexualidade da pessoa com deficiência. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE ESTUDOS SOBRE A DEFICIÊNCIA – SEDPcD/Diversitas. Universidade de São Paulo (USP). **Anais**... São Paulo, jun. 2013.

COUWENHOVEN, T. **Teaching children with Down Syndrome about their bodies, boundaries and sexuality – a guide for parents and professionals**. Bethesda/USA: Woodbine House, 2007.

DANIELS, S. M. Critical issues in sexuality and disability. In: BULLARD, David G.; KNIGHT, Susane. (Orgs.). **Sexuality & physical disability**: personal perspectives. Missouri/ USA: Mosby Company, 1981, p.5-17.

FERRAZ, R. **Visão e Revisão**. Conceito e Preconceito. 3 ed. (Coletânea de cartuns/ thumbnails/ 1981 – 2001) Disponível em: <http://www.cadetudo.com.br/ricardoferraz/cartuns.html>. Acesso em: 07/12/2014.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. 36 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

FRIEDMAN, B. **The feminine mystique**. Londres: Penguin, 1963.

HEILBORN, M. L. Experiência da Sexualidade, Reprodução e Trajetórias Bibliográficas Juvenis. In: HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M. L.; BOZON, M.; KNAUTH, D. R. (Orgs.). **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetória sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Geramond e Fiocruz, 2006.

HOJE eu quero voltar sozinho. Direção de Daniel Ribeiro. Brasil: Lacuna Filmes: Dist. VITRINE FILMES, 2014. 1 DVD (95 min), color.

JÁCOME, M. L. Apontamentos sobre a ação dos movimentos de mulheres por direitos no Brasil. In: ROMAO, J. O.; ATHIAS, R.; Antunes, M. (Orgs.). **Olhar Crítico sobre Participação e Cidadania:** trajetórias de organização e luta pela redemocratização da governança no Brasil. São Paulo: Action Aid!;Editora Expressão Popular, 2007. v. 02. p. 187-222.

KAUFMAN, M.; SILVERBERG, C.; ODETTE, F. **The ultimate guide to sex and disability - for all of us who live with disabilities**, chronic pain e illness. 2. ed. Califórnia/USA: Cleis Press, 2003.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação**. Uma perspectiva pós – estruturalista. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

MAIA, A. C. B. Reflexões sobre a educação sexual da pessoa com deficiência. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.7, n.1, p.35-46, 2001.

_____. Educação sexual para pessoas com deficiência intelectual: procediimentos básicos e estratégias pedagógicas. In: MAIO, E. R.; CORREA, C. M. de A. (Orgs.). **Gênero, direitos e diversidade sexual:** trajetórias escolares. Maringá, PR: Eduem, 2013.

_____. Sexualidade e deficiência intelectual: questões teóricas e praticas. In: CAPELINNI, V.; RODRIGUES, O. M. P. **Práticas pedagógicas inclusivas**: da criatividade às valorizações das diferenças. Bauru: FC/MEC, 2010. p. 11-38. (Coleção Formação de professores na perspectiva da educação inclusiva, v.5).

_____. **Sexualidade e deficiências**. São Paulo: Editora Unesp, 2006.

MAIA, A. C. B.; CAMOSSA, D. A. Relatos de jovens deficientes mentais sobre a sexualidade através de diferentes estratégias. **Paidéia**, v.12, n. 24, p. 205-214, 2003.

MILLET, K. **Sexual polítics**. Londres: Hart-Davis, 1969.

PAULA, A. R.; REGEN, M.; LOPES, P. **Sexualidade e Deficiência**: Rompendo o Silêncio. São Paulo: Expressão; Arte Editora, 2005.

SÃO PAULO. Governo do Estado. Secretaria dos direitos da pessoa com deficiência. **Programa estadual de prevenção e combate à violência de pessoas com deficiência.** Disponível em: <http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/eixos. php#>. Acesso em: 08/12/2014.

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil para a analise histórica. Tradução de: Dabat, Christine Rufino; Ávila, Maria Betânia. Texto original: Joan Scott – Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. New York: Columbia University Press. 1989.

VERBRUGGE, l. M.; JETTE, A. M. The disablement process. **Society Science Medical**, v.38, n.1, p. 1-14, 1994.

SOBRE OS/AS AUTORES/AS:

Tieme Carvalho Nishiyama

Acadêmica de Gestão Pública da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Membro do Grupo de Pesquisas Território, Diversidade e Saúde (TeDiS). Bolsista de Iniciação Científica CNPq/UFPR do projeto "Violência doméstica contra pessoas com deficiência: estudo territorial do litoral do Paraná".

Daniele Schneider

Mestranda em Desenvolvimento Territorial Sustentável pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Graduada em Educação Física (2004) pela Faculdade Assis Gurgacz. Membro do Grupo de Pesquisas Território, Diversidade e Saúde (TeDiS). Bolsista e orientadora de TCC do Curso de Especialização em Gênero e Diversidade na Escola/UFPR.

Marcos Claudio Signorelli

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com estágio sanduíche na La Trobe University, Melbourne – Austrália. Mestre em Fisiologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Graduado em Fisioterapia pela Universidade Regional de Blumenau (FURB). Professor da UFPR nos de cursos de Graduação em Fisioterapia e Saúde Coletiva. Orientador dos Programas de Pós-Graduação (Mestrados) em Desenvolvimento Territorial Sustentável e Saúde Coletiva. Coordenador da Especialização em Gênero e Diversidade na Escola (GDE). Coordenador do Projeto PET/Ministério da Saúde - Redes de atenção às pessoas com deficiência. Líder do Grupo de Pesquisas Território, Diversidade e Saúde (TeDiS).

FORMAÇÃO DE PROFESSORES/AS: MÚLTIPLOS OLHARES DA FISIOTERAPIA PARA SAÚDE DA CRIANÇA NA EDUCAÇÃO INFANTIL

Vera Lúcia Israel
Bruna Yamaguchi

1 INTRODUÇÃO

Na prática pedagógica na escola de educação infantil aprende-se que a criança de 0 a 5 anos tem necessidades de múltiplas ações, saberes, apoio e olhares de diversos profissionais da educação e da saúde para que a estimulação neuropsicomotora nesta fase de desenvolvimento aconteça de forma adequada para o desenvolvimento integral desta criança.

No projeto de saúde da criança, descrito neste capítulo, a atuação da Fisioterapia na orientação ao professor/a de centros de educação infantil priorizado dois objetivos: promover a saúde motora da criança de 0 a 5 anos e identificar precocemente atrasos de desenvolvimento motor.

Com este olhar à avaliação da criança de 0 a 5 anos, a orientação sobre educação em saúde para professores/as de centros de educação infantil e a estimulação para familiares e suas crianças nos leva a minimizar riscos para a saúde no desenvolvimento global dessas crianças, bem como favorece a capacitação de professores/as e a ampliação de seus olhares nestes aspectos e dimensões, já que são os primeiros profissionais que atendem essas crianças durante os seus primeiros passos na vida.

Iniciamos, contextualizando o que vivemos hoje, em relação à saúde no Brasil. Há uma nova tendência no perfil epidemiológico, reflexo da transição epidemiológica mundial. Os cuidados em saúde não são mais centrados apenas no controle da doença já instalada. Atualmente, inclui-se nos cuidados de saúde a equipe multidisciplinar, a promoção da saúde, a prevenção de doenças, visando a consequente melhoria na qualidade de vida e nas funções cotidianas do ser humano. Assim, a organização do sistema de saúde vem se adequando e aprimorando ao longo do tempo.

O Sistema de Saúde no Brasil também estimula este novo paradigma de saúde, ampliando o campo de atuação de diferentes profissionais na atenção básica. Este novo modelo de vigilância em saúde preconiza a atenção no âmbito coletivo. Isto se dá, de maneira a ser destacada neste capítulo, na promoção e prevenção em saúde. Tais ações são atualmente adotadas internacionalmente por terem demonstrado serem efetivas, eficazes e de baixo custo quando comparadas a atenção hospitalar em saúde, por exemplo. Sabemos que a pedagogia hospitalar tem avançado muito no Brasil e isto traz benefícios ao desenvolvimento psicomotor e cognitivo aos pequenos alunos atendidos durante um período de afastamento por doença, porém é preciso avançar na promoção e prevenção com trabalhos interdisciplinares entre educação e saúde.

Para as ações de saúde é essencial a participação de todos na valorização da saúde individual e coletiva. Passa-se, então, da responsabilidade exclusivamente médica em curar, para um vislumbre de que cada indivíduo, e toda comunidade, deve adotar a sua parcela de responsabilidade pela sua saúde e bem-estar, de modo especial das crianças. Esta é a corresponsabilização da saúde, um esforço coordenado dos setores de saúde, comunidade, educação, e todos os setores públicos e privados. A Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente já preveem uma atenção especial nesta fase da vida que é a infância.

Para promover essa atuação protagonista em saúde é necessária ações de capacitação da comunidade. Somente tendo conhecimento pode-se fazer uma opção por uma condição de vida saudável. Ou seja, tendo consciência dos fatores determinantes dos processos de saúde e doença, e das opções para melhor qualidade de vida, cada pessoa, ou comunidade, pode modificar cursos de epidemias, evitar acidentes, prevenir doenças e comorbidades (BRASIL, 2002).

Os mediadores dessas ações em saúde não são somente os profissionais da equipe de saúde, mas também os profissionais da educação e de outras áreas. No entanto, as escolas, enquanto centros de educação infantil, são excelentes disseminadores desses conhecimentos. Elas são ambientes ricos em aprendizagem e na diversidade humana, devendo de fato serem ambientes inclusivos. Este espaço privilegiado pode auxiliar no acompanhamento da saúde e abrir espaço para a saúde na escola, favorecendo parcerias e capacitação em saúde a crianças e seus familiares,

bem como para a comunidade em seu entorno. As ações em saúde efetivas trazem a educação social, melhoram a qualidade de vida das crianças, da família e de toda comunidade. Por exemplo, quando se comemora o dia das mães, o dia da Pátria, o dia da árvore, o dia do livro, entre outros marcos e celebrações na escola, pode-se aproveitar para divulgar conceitos de cidadania, saúde e bem-estar e estimular a criança de 0 a 5 anos.

No projeto de saúde da criança no centro de educação infantil percebemos que a tríade indivíduo, ambiente e tarefa (ações, atividades) do desenvolvimento sistêmico ou contextual (HAYWOOD; GETCHELL, 2010) é de fato aplicada no ambiente da educação infantil. Uma abordagem criativa e inovadora da práxis fisioterapêutica associada ao fazer do/a professor/a /educador/a dentro da escola viabiliza novas descobertas e práticas na formação educacional integral da criança.

Quando a inclusão e a diversidade são temas atuais na formação do/a professor/a, a questão da inclusão social e educacional da criança e o respeito a seus direitos nesta fase da vida são aspectos que precisam de aprofundamento na prática pedagógica. Enfatiza-se, então, neste capítulo, a estimulação do desenvolvimento típico da criança, isto é, dentro dos parâmetros esperados de crescimento e desenvolvimento psicomotor, cognitivo, afetivo, e também a prevenção de deficiências desde a infância, contribuindo para os conhecimentos sobre a aprendizagem e a pessoa com deficiência na parceria entre as áreas de saúde e educação, trazendo à tona a atenção à saúde da criança.

Na estimulação neuropsicomotora há o favorecimento de estímulos de outras dimensões do desenvolvimento da criança, como a cognição, a afetividade, a criatividade, as relações interpessoais e de valores humanos e éticos, por meio de diferentes atividades e eventos na escola e na família. Assim, cabe à escola cumprir seu papel e estimular a família a fazer o mesmo, pois a interação direcionada e planejada entre escola-família leva à promoção da saúde da criança e à prevenção de deficiências, logo também poderá levar à inclusão educacional daqueles que já tenham algum tipo de limitação físico-motora e ou múltipla. No decorrer do texto estes temas sobre os tipos de deficiências serão descritos com maior detalhamento.

A Fisioterapia na infância pode contribuir na formação de professores e, consequentemente, estimular a família a cuidar e observar o

desenvolvimento psicomotor da criança de 0 a 5 anos dentro e fora da escola, permitindo uma ação de educação em saúde desta criança. Os objetivos de conhecer e compreender os reflexos e reações neurológicos e os conceitos psicomotores funcionais da criança nos primeiros anos de vida, bem como estratégias e ações para este cuidado na infância indicam que a interface entre saúde (fisioterapeuta) e educação (professor/a) precisa de um planejamento educacional.

2 PLANEJAMENTO EDUCACIONAL COM OLHARES MÚLTIPLOS - CRIANÇA/SAÚDE/EDUCAÇÃO

O ciclo da vida infantil de 0 a 5 anos tem peculiaridades e um rápido desenvolvimento da criança com aquisição de parâmetros motores que favorecem a exploração do ambiente enquanto conceitos funcionais de movimentação.

Deve haver uma estimulação das percepções de espaço, tempo, reconhecimento de esquema e imagem corporal, coordenação e equilíbrio motores, entre outros aspectos, que venham a favorecer a movimentação física e a visão ampla da criança e sua cognição e afetividade, bem como desenvolver as relações interpessoais (ISRAEL, BERTOLDI, 2010; MELO, 2011).

Assim, questiona-se: O que o professor pode planejar na sua prática cotidiana para atingir os objetivos propostos no começo deste capítulo?

Pardo (1997) traz uma indicação que o planejamento do ensino deve ter etapas para sua organização:

- Conhecer a clientela (crescimento e desenvolvimento da criança de 0 a 5 anos);
- Estabelecer objetivos (por exemplo, comportamentais – o que observar nas diferentes dimensões: habilidades motoras, psicomotoras, cognitivas, educacionais, afetivas, habilidades sociais, etc.);
- Elaborar as atividades a serem realizadas e a sequência das mesmas para cada faixa etária (combinar estratégias cognitivas e de estimulação neuropsicomotora, estimulação sensorial, etc.);
- Desenvolver critérios de avaliação de cada ação desenvolvida (de escalas já existentes ou desenvolver para a realidade da escola, por exemplo, atingiu objetivo educacional/motor, atingiu parcialmente ou

não atingiu o objetivo);

• Produzir relatórios de cada atividade realizada (descrever em detalhes para o acompanhamento da evolução da criança e para o planejamento continuado ao longo da semana, do mês, do ano, etc.).

Para planejar a educação em saúde é preciso incluir estudos de saberes integrados sobre: saúde da criança (como acontece a aprendizagem e a sua relação com os movimentos da criança, por exemplo); as interfaces dos pilares da educação com a saúde (aprender a aprender: conhecer, fazer, conviver, ser); a inclusão como meio de priorizar a diversidade humana desde a infância (promover e prevenir deficiências, repensar e planejar a inclusão de crianças com necessidades especiais); ética profissional (atuação e responsabilidade); cuidados com a criança (zelo e cidadania); entre outros aspectos trabalhados pelos/as professores/as nos conceitos de educação infantil prevista na legislação brasileira como a primeira etapa da educação básica. A valorização da infância como política pública aparece no Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (BRASIL, 1990) e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996), que prevê como uma de suas finalidades a promoção do desenvolvimento integral da criança, nos aspectos físico, psicológico, intelectual e social (ABREU, 2004).

3 OLHARES MÚLTIPLOS SOBRE A SAÚDE DA CRIANÇA DE 0 A 5 ANOS DE IDADE

O foco principal das experiências que partilhamos é o cuidado em acompanhar e estimular o desenvolvimento neuropsicomotor infantil no seu potencial individual. Ao aprofundar no assunto, buscamos auxiliar e aprimorar os conhecimentos de professores/as neste tema.

O desenvolvimento humano é definido por características, como as mudanças na capacidade funcional do indivíduo. Esta capacidade é cumulativa. Na infância, o desenvolvimento é bastante intenso. Devido a isso, também deve ser rico em incentivos.

Antes mesmo do nascimento, o bebê já passa por diversas mudanças decorrentes do desenvolvimento neuromotor. Ao nascer, as funções físicas que este recém-nascido apresenta são apenas reflexos. O reflexo neurológico é uma resposta sempre constante a um estímulo dado. Em geral, são respostas mais primitivas, voltadas, por exemplo, para

alimentação e proteção. Com o tempo a criança adquire o que chamamos de maturação do sistema nervoso, alguns desses reflexos são inibidos progressivamente por funções mais elaboradas do sistema nervoso, como as reações neurológicas e, depois, os movimentos voluntários para poder executar tarefas como rolar, engatinhar, andar, correr, saltar, entre outras ações funcionais.

O desenvolvimento na infância depende não somente da maturação do sistema nervoso. O modelo atual de desenvolvimento humano, denominado sistêmico ou contextual, descreve três dimensões a serem consideradas. A primeira é o próprio indivíduo e suas características, depois se considera o meio (ambiente) em que vive esta pessoa e, finalmente, descreve a relevância da tarefa a ser executada, como, por exemplo, o brincar com a criança na escola. Esta tríade é interdependente para o desenvolvimento infantil, e nas tarefas também são incluídas as relações da criança, seja em cuidados ou em estímulos, com os demais indivíduos conviventes, como escola e familiares (ARAUJO; ISRAEL; STIVAL, 2011).

Ações como sustentar a cabeça, sentar, ficar em pé, andar e outras são em geral marcantes para a vida da família de um bebê. Estudos de acompanhamento do desenvolvimento infantil há muito tempo observam estas atividades funcionais (movimentos), assim como os reflexos e reações neurológicos. Têm-se, hoje, uma faixa etária em que se espera que ocorram estes marcos motores no desenvolvimento infantil típico. Chama-se de faixa etária, pois há uma variação natural, de criança para criança, que permanece dentro do desenvolvimento esperado. O que chamamos de desenvolvimento típico é o esperado para crianças sem restrições ou necessidades especiais. Mesmo crianças com alguma restrição podem chegar a atingir marcos motores do desenvolvimento típico dentro do tempo esperado, ou mais tardiamente, como, por exemplo, os marcos motores de mudar de posição, de sentar, de levantar, de andar, etc.

O fundamental, seja na infância típica ou atípica (quando acontecem restrições ou deficiências), é a adequada estimulação desde o ambiente familiar até o escolar. Proporcionar um ambiente saudável e seguro é o primeiro passo. Além disso, dispor brinquedos e brincadeiras e interagir com a criança buscando a aquisição de funções neuropsicomotoras nas diferentes dimensões (físicas, cognitivas, afetivas, sociais) é papel da família, escola e outros ambientes sociais que a criança venha a frequentar.

Diversos estudiosos, ou grupos de estudos, basearam-se nos marcos motores e suas faixas etárias, e assim produziram escalas ou testes para verificar como está o desenvolvimento infantil. As escalas focam em diversas idades. Algumas são possíveis de serem utilizadas por pessoas capacitadas sem, necessariamente, ser profissional de saúde. Estes testes permitem o acompanhamento da evolução infantil e orientam os profissionais de saúde e educação no sentido de buscar a estimulação neuropsicomotora ideal para a referida criança. Uma escala bastante utilizada é a Avaliação do Nível de Desenvolvimento Físico, Mental e Social da Criança (WERNER, 1994), descrita no texto de Israel, Araujo e Ferreira (2014) que trata da estimulação neuropsicomotora na primeira infância com orientações para familiares e educadores.

Os itens que constam nas escalas de avaliação são atividades que tipicamente a criança realiza em determinada idade. Sempre lembrando que há variações entre as crianças que podem atingir esta atividade antes ou depois da idade determinada sem que haja prejuízo em seu desenvolvimento.

A quadro 1 exemplifica alguns dos reflexos neurológicos esperados durante o primeiro ano do bebê. Os reflexos são respostas padronizadas integradas principalmente na parte do sistema nervoso central denominado de medula espinhal. Devido aos estímulos não atingirem partes mais nobres do sistema nervoso, como o encéfalo, tem-se a mesma resposta quando realizado o estímulo desencadeador. Os reflexos são inibidos quando áreas do sistema nervoso central, denominadas de encefálicas, passam a se desenvolver rapidamente e receber e formar sinapses nervosas superiores, devido ao processo de mielinização e plasticidade nervosa.

Nesta fase, os reflexos citados fazem parte do desenvolvimento típico. Não se costuma usar os reflexos neurológicos como modo de estimular o desenvolvimento infantil. Na realidade, verificam-se os reflexos como parte da avaliação do bebê para controlar a evolução deste desenvolvimento, e a persistência ou ausência destes na faixa etária pode ser indicativa para maior atenção durante a estimulação deste bebê.

Quadro 1 - Reflexos Neurológicos da Infância

REFLEXO	ESTÍMULO	RESPOSTA	IDADE APROXIMADA
Colocação do membro inferior (perna)	Passar o dorso do pé do bebê sob a borda de uma superfície como uma mesa.	O bebê eleva o membro inferior, colocando em cima da mesa.	0 a 2 meses.
Galant	Estimular o bebê no tronco lateral, da última costela para o quadril.	Elevação lateral do quadril.	0 a 2 meses.
Marcha automática	Suspende o bebê pela axila e pende para frente.	A resposta é o bebê dar 2 a 3 passos.	0 a 2 meses.
Sustentação do peso	Colocar o bebê apoiado em pé.	O bebê consegue sustentar por um momento o seu peso. Depois cede.	0 a 2 meses.
Sucção	Colocar, por exemplo, uma chupeta ou mamadeira na boca do bebê.	O bebê suga.	0 a 2 meses.
4 pontos cardeais	Estímulo com haste flexível no rosto do bebê, nas bochechas, acima ou abaixo dos lábios.	O bebê leva a boca na direção do estímulo.	0 a 2 meses.
Liberação das vias aéreas	Colocar o bebê deitado de barriga para baixo.	O bebê estende o pescoço e roda lateralmente.	0 a 2 meses.
Tônico cervical assimétrico	Quando o bebê vira a cabeça para um lado.	O lado do rosto estende membro superior e inferior. O lado da nuca flexiona os membros.	0 a 3 meses.

Moro	Despertar a sensação de queda, como ao soltar e pegar o bebê, no colo ou com lençol.	O bebê estende membros superiores e inferiores, e em seguida flexiona.	0 a 4 meses.
Preensão tônica plantar	Estimular a palma da mão do bebê.	O bebê segura o que estiver na palma da mão.	0 a 5 meses.
Preensão tônica plantar	Estimular abaixo dos dedos no pé.	O bebê faz garra, como se quisesse segurar algo com o pé.	0 a 10 meses.

Fonte: RATLIFFE, 2002; HAYWOOD, GETCHELL, 2010 (Adaptado).

Já na evolução motora do bebê, ele passa a fazer a aquisição de reações neuromotoras (Quadro 2) que têm integração no mesencéfalo, uma parte da área cerebral. Nesta integração, temos uma área ligada ao automatismo e com maior riqueza motora quando comparado aos reflexos. Diferente dos reflexos, as reações podem ser intencionalmente interrompidas.

Quadro 2 - Reações Neuromotoras na Infância

REFLEXO	**ESTÍMULO**	**RESPOSTA ESPERADA**	**IDADE APROXIMADA**
Ótica de retificação	Som além da vista do bebê.	Procura o estímulo sonoro.	A partir dos 2 meses.
Labiríntica de retificação	Elevar o bebê sem sustentar a cabeça.	O bebê busca o alinhamento da cervical com o tronco.	A partir dos 2 meses.
Cervical de retificação	Virar a cabeça do bebê para um dos lados.	O bebê vira todo o corpo em bloco para o mesmo lado.	Até o 5 meses.
Corporal de retificação	Virar a cabeça do bebê para o lado.	Agora o bebê consegue dissociar pescoço e tronco.	A partir dos 5 meses.

Reação de anfíbio	Com o bebê de barriga para baixo.	O bebê consegue flexionar e estender os membros como se rastejasse no chão.	Próximo aos 6 meses.
Reação de Landau	Suspender o bebê pelo quadril, de barriga para baixo.	O bebê consegue estender o tronco para trás.	A partir dos 6 meses.
Proteção para frente	Sentado, desequilibra o tronco para frente.	Protege de queda apoiando os braços a frente do corpo.	A partir dos 6 meses.
Proteção para os lados	Sentado, desequilibra o tronco para um dos lados.	Protege de queda apoiando o braço para o lado do desequilíbrio.	A partir dos 8 meses.
Proteção para trás	Sentado, desequilibra o tronco para trás.	Protege de queda apoiando com o membro superior (braço) para trás.	A partir dos 10 meses.

Fonte: RATLIFFE, 2002; HAYWOOD, GETCHELL, 2010 (Adaptado).

Por fim, algumas habilidades motoras (marcos motores com movimentos voluntários) foram elencadas no quadro 3 como marcantes na vida das crianças. O esperado para cada faixa etária na infância, neste caso, é útil como estimulação neuropsicomotora para otimizar o desenvolvimento. Seguem exemplos de algumas habilidades e padrões adotados e as idades correspondentes.

Quadro 3 - Habilidades e Padrões Neuromotores na Infância

HABILIDADE/ PADRÃO	**AÇÃO**	**IDADE APROXIMADA**
Controle da cabeça	Sustenta ao ser puxado para sentar.	A partir de 3 meses.
Simetria	Mantém-se simétrico, na relação direita e esquerda.	A partir de 3 meses.
Kiking	Realizam flexão e extensão das pernas, alternadamente, como chutes, quando deitado.	A partir de 3 meses.

Puppy	Apóia nos cotovelos quando de barriga para baixo. Posteriormente realiza com apoio em mãos.	A partir de 3 meses sobre o cotovelo. 6 meses sobre as mãos.
Preensão voluntária	Pega e solta objetos voluntariamente.	A partir de 4 meses.
Ponte	Com a barriga para cima, eleva o quadril com apoio dos pés e costas numa superfície.	A partir de 5 meses.
Pé na boca	Costuma puxar o membro inferior em direção da boca.	A partir de 5 meses.
Controle de tronco	Senta-se sem apoio.	A partir de 5 meses.
Ficar em pé	Sem apoio, mantém-se em pé.	A partir de 8 meses.
Ficar em gatas	Em quatro apoios, joelhos e mãos.	A partir de 8 meses.
Semiajoelhado	Com um joelho na posição ajoelhado, coloca outro pé apoiado no chão.	A partir de 8 meses.
Ajoelhado	Mantém-se ajoelhado com apoio de quadril sobre as pernas.	A partir de 8 meses.
Engatinhar	Desloca-se em quatro apoios.	A partir de 9 meses.
Sentar em long-sitting	Senta-se sem apoio e com os membros inferiores estendidos para frente.	A partir de 9 meses.
Pinça digital	Pega pequenos objetos usando o polegar opositor e outro dedo, em geral, indicador.	A partir de 9 meses.
Dá Tchau	Coordena bem o movimento de acenar.	A partir de 10 meses.
Marcha lateral	Inicia com apoios, como sofá e cama, ladeando os móveis para apoio.	A partir de 11 meses.
Marcha independente	Primeiros passos sem apoios.	A partir de 13 meses.
Rabisca	Ainda sem formas definidas e com pega em preensão palmar.	A partir de 14 meses.
Bebe em copo	É capaz de beber sem virar a bebida.	A partir de 15 meses.

Caminha para trás	Dá passos para trás.	A partir de 15 meses.
Empilha 2 cubos	Inicialmente empilha com sucesso dois cubos. Passa a usar mais cubos.	A partir de 17 meses.
Usa colher ou garfo	Ainda que se suje, consegue manipular um talher, levando a comida à boca.	A partir de 17 meses.
Prono-supinar as mãos	Fazer movimento rápido com a palma da mão alternadamente para cima e para baixo.	A partir dos 18 meses.
Corre com mudança de direção.	É capaz de correr e mudar de direção com equilíbrio e coordenação.	A partir de 18 meses.
Joga bola sobre a cabeça	Consegue arremessar com ambas as mãos uma bola sobre a própria cabeça.	A partir de 20 meses.
Sobe degraus	Inicialmente necessita apoiar ambos os pés sobre mesmo degrau. Passa para passos alternados em cada degrau.	A partir de 20 meses.
Retira peças de roupas	É capaz de retirar algumas peças de roupa sozinho.	A partir de 21 meses.
Cita 6 partes do corpo	Aponta as partes do corpo solicitadas.	A partir de 22 meses.
Pula	Pula com ambos os membros inferiores, sem deslocamento.	A partir de 2 anos.
Veste roupas	É capaz de vestir algumas peças de roupas.	A partir de 2 anos e 3 meses.
Escova os dentes com auxílio	Coordena movimentos para realizar a ação.	A partir de 2 anos e 3 meses.
Lava e seca as mãos	É capaz de esfregar as mãos para higienizar.	A partir de 2 anos e 3 meses.
Fica em um pé	Permanece em apoio de um pé entre 1 e 3 segundos. Passa a permanecer mais tempo.	A partir de 2 anos e 9 meses.
Salto amplo	Salta com distância entre o início e fim do ato.	A partir de 3 anos.
Anda na ponta dos pés	É capaz de andar apenas encostando o antepé no chão.	A partir de 4 anos e 9 meses.

Anda nos calcanhares	É capaz de andar apenas encostando o retropé no chão.	A partir de 4 anos e 9 meses.
Desenha pessoa em 6 partes	Diferencia cabeça, tronco e os quatro membros.	A partir de 5 anos.

Fonte: RATLIFFE, 2002; DRACHLER, MARSHALL, CARVALHO-LEITE, 2007; HAYWOOD, GETCHELL, 2010 (Adaptado).

Buscamos a capacitação dos professores para identificar o desenvolvimento infantil típico e precocemente o risco de um atraso de algum aspecto psicomotor na criança de 0 a 5 anos de idade. Ao conhecer estes marcos motores haverá a observação dos mesmos e podem ser encontradas discrepâncias. Estas divergências do desenvolvimento típico esperado devem ser acompanhadas atentamente pelo/a professor/a em parceria com os profissionais da escola e a direção do centro de educação infantil. Caso haja necessidade a equipe da secretaria de educação entrará em contato com a secretaria de saúde e família da criança para encaminhamentos adequados. No entanto, isto deve ser criteriosamente investigado para não criar restrições e riscos sobre a criança. Uma suspeita de atraso no desenvolvimento infantil deve ser acompanhada por reavaliações na escola e contato com a família e equipe de saúde parceira para maiores investigações.

O olhar atento do/a professor/a pode identificar fatores que possam levar a essa diferença de comportamento individual nos achados de alguma criança. Relembrando que o desenvolvimento infantil, como já foi citado, de maneira simplificada, é dependente de vários fatores.

O primeiro fator é a integridade física da própria criança, quando esta não apresenta nenhum problema de saúde que a impeça de adquirir os marcos motores na faixa etária dentro de um tempo ideal. Em alguns casos especiais, pode haver a presença, por exemplo, de uma doença crônica, como a asma, que pode levar a um atraso no desenvolvimento, mas que ao longo do tempo, com a recuperação, a criança não apresenta maiores prejuízos na saúde em geral. Neste exemplo dado, o atraso pode não ocorrer e a criança apresentar desenvolvimento sempre dentro do esperado.

Outro fator determinante é o ambiente em que a criança está inserida.

Ambientes saudáveis, na família e na escola, de cuidado e atenção auxiliam na estimulação durante a infância. Estes ambientes são contextos do terceiro fator decisivo do desenvolvimento: a estimulação multissensorial que as crianças são submetidas. Proporcionar experiências adequadas e saudáveis facilitam o desenvolvimento neuromotor da criança de 0 a 5 anos de idade. Os familiares e professores devem estimular a criança, suficientemente, para que seu desenvolvimento ocorra dentro do padrão esperado. Nem falta nem excesso de estimulação, e sempre elaborar um planejamento objetivo, exequível e flexível por meio de atividades e tarefas que envolvam o lúdico.

Decisões de quando e como inserir os filhos ou não em escolas permeiam a realidade das famílias e são escolhas de ambientes nos quais elas se desenvolverão por meio de estimulação para a aprendizagem motora, cognitiva e afetiva que as crianças podem ter. Por sua vez, as escolas devem primar pelo melhor conhecimento das necessidades na infância, sendo um ambiente seguro e saudável, com estímulos diversos para otimizar a qualidade de vida desta criança e, assim, da família.

Um fato a ser destacado no conhecimento da infância é a prematuridade. Pode ocorrer que as crianças que nasceram prematuramente possam ter uma idade diferenciada dos bebês nascidos no prazo esperado. Isto é, que crianças prematuras demorem a atingir o desenvolvimento motor, sensorial, cognitivo e afetivo se comparado às demais crianças, devendo ser acompanhadas pela equipe de saúde como prevenção nos dois primeiros anos de vida. Alguns pesquisadores adotam, inclusive, nos primeiros anos de vida, a correção da idade do prematuro (VOLPI et al., 2010). Assim como no prematuro, casos que levam a criança a ter um longo tempo de internamento hospitalar e repouso podem levar há algum déficit no crescimento e desenvolvimento típico, e deve ser avaliado.

No desenvolvimento típico, espera-se que a criança alcance o acervo motor de reflexos e reações neurológicas e movimentos voluntários entre 0 e 5 anos, partindo da premissa de que não há prejuízo nenhum nestes três fatores: indivíduo, ambiente e tarefa.

A análise primária do/a professor/a pode se basear nestes itens: O ambiente familiar, comunitário e escolar é saudável? Há estímulos contínuos na vida da criança? Há suspeita de problemas nestes aspectos?

Há desconfiança de doença?

A família deve ser parceira nessas questões. Caso ocorram suspeitas de risco para o desenvolvimento típico motor, o encaminhamento para a equipe de saúde pode ser cogitado conjuntamente com a família.

Além de identificar possíveis atrasos no desenvolvimento infantil, os/as professores/as são protagonistas em planejar e proporcionar tarefas estimulantes para o desenvolvimento saudável.

Na dúvida de como auxiliar as crianças na aquisição do desenvolvimento, fica a dica de observar as atividades esperadas para cada idade. Caso a criança não realize o esperado, verificar as atividades anteriores a sua idade, desenvolvendo brincadeiras que promovam o treino até a função esperada para idade. Para o desenvolvimento típico, brincadeiras com as atividades esperadas para idade também devem ser realizadas, pois elas preparam para aquisição de novos desempenhos.

Lembrar sempre que brincar é a ferramenta que a criança já utiliza na aquisição de descobertas. Nas práticas de saúde que visam à humanização e à atenção integral, utiliza-se com a criança o lúdico. O lúdico estimula a execução de tarefas por ser atividade familiar do seu cotidiano. A dica é inovar na sua prática na educação infantil. Sair do tradicional modelo/paradigma de que a criança deve ficar sentada em cadeiras durante todo período da escola. Os/As professores/as devem ser criativos, terem iniciativas e serem protagonistas no estímulo ao desenvolvimento infantil dentro desta fase da educação infantil.

4 OLHARES MÚLTIPLOS SOBRE OS PILARES DA EDUCAÇÃO E INTERFACES COM A SAÚDE DA CRIANÇA

Na formação de professores/as e entre profissionais da saúde, a aprendizagem é o meio comum de mudança de comportamentos na busca de conhecer melhor a criança com que trabalhamos. Na fase de 0 a 5 anos de idade o desenvolvimento de aspectos físicos, motores, sensoriais, cognitivos, afetivos e sociais é marcante e pode ajudar na formação do futuro cidadão. Assim, olhar para os pilares educacionais poderá contribuir com o planejamento do/a professor/a quando relacionar a saúde da criança com sua prática na escola.

a) **"Aprender a conhecer"** - essa aprendizagem se refere à aquisição de conhecimentos por parte das pessoas para desenvolver raciocínio, capacidade de compreensão, pensamento e memória. Para motivação destas pessoas, a aprendizagem por meio de movimentos e as atividades neuropsicomotoras na infância têm papel crucial no despertar de novos olhares de professores/a, inclusive sobre crianças com desenvolvimento típico ou não (com necessidades especiais e/ou deficiências), estimulando sua vontade de aprender e saber mais em prol de sua clientela na escola.

b) **"Aprender a fazer"** - saber fazer ou dominar competências e habilidades que levem a uma aplicação prática de seus conhecimentos teóricos. O indivíduo deverá aprender a se comunicar, interpretar e selecionar as informações essenciais e quais podem ajudar a viver e redescobrir o tempo e o mundo, levando a uma saúde plena.

c) **"Aprender a viver com os outros (conviver)"** - essa aprendizagem atua no campo das atitudes e dos valores e envolve uma percepção global e ações contra o preconceito e as rivalidades diárias que se apresentam nos relacionamentos e no desafio de viver. Preservar a saúde do outro e/ou de um grupo deve ser aspecto considerado neste domínio, colaborando com a qualidade de vida e adequado crescimento e desenvolvimento da criança.

d) **"Aprender a ser"** – há uma interação entre todos os quatro pilares, e, dessa forma, a educação deve propor como uma de suas finalidades essenciais o desenvolvimento do indivíduo, espírito e corpo, sensibilidade, sentido estético, valores humanos e éticos, responsabilidade pessoal e espiritualidade, que contemplam a saúde integral da pessoa em qualquer ciclo de vida, inclusive na infância.

Assim, o aprender a aprender é uma constante em nossas vidas desde que nascemos até morrermos. Ser pró-ativo e ampliar os valores da civilidade e do respeito ao próximo, como profissional da educação e da saúde e envolvendo a sociedade, pode ser uma forma de atuação na educação infantil fazendo a diferença em seu meio.

5 OLHARES SOBRE A INCLUSÃO E DIVERSIDADE NA INFÂNCIA E A ÉTICA PROFISSIONAL

Considerando que a educação infantil tem a responsabilidade de estimular o desenvolvimento integral da criança, é preciso pontuar que

a inclusão e diversidade de alunos e familiares devem ser observados quando o/a professor/a está elaborando seu planejamento educacional. Neste contexto, os valores morais e éticos são princípios que visam guiar e orientar as relações humanas. O/A professor/a, mesmo não tendo um código de ética profissional específico, pode seguir os princípios universais da ética, adaptando-os à especificidade de sua profissão. A atuação ética, no plano pessoal e na vida profissional, busca estar atento aos novos rumos da sociedade e levar a avanços da condição humana para o bem comum. A contribuição do professor/a de educação infantil nesta dimensão é crucial para o futuro da juventude brasileira.

Na saúde também os profissionais têm um código de ética de cada profissão que visa atender integralmente o cuidado de pessoas, grupos e coletividade, percebendo "o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere" (MACHADO et al., 2007, p. 336).

As ações de educação em saúde na educação infantil buscam desenvolver a autonomia da criança para que ela avance e conquiste a sua progressiva emancipação, da sua família e do seu entorno.

6 MÚLTIPLOS OLHARES SOBRE CUIDADOS COM A CRIANÇA E COM O/A PROFESSOR/A: PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE PARA CRIANÇA DE 0 A 5 ANOS

Aqui vamos compartilhar algumas vivências práticas realizadas no decorrer do projeto "Saúde da Criança na Educação Infantil" e levantar alguns temas relevantes a serem trabalhados quando se trata de educação em saúde na infância.

Tivemos a satisfação de realizar ações em saúde em diversas escolas espalhadas pelo litoral do Paraná. Essa vivência teve origem na pesquisa científica que avaliava e acompanhava o desenvolvimento infantil de 0 a 5 anos de idade, por meio de escalas publicadas na literatura. Posterior às avaliações, buscávamos realizar a intervenção com os/as professores/as, a fim de complementar os conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança.

Costumávamos intitular essas atividades de troca de experiências, por

se tratar de ação ou estratégia de educação em saúde na escola visando à promoção e prevenção da saúde da criança.

Quanto aos diversos temas que podem vir da demanda do local, nos aprofundamos no acompanhamento da saúde e desenvolvimento infantil na dimensão motora e psicomotora. Seguíamos um passo a passo nas ações em saúde com os/as professores/as, na formulação da atividade proposta. Então, toda intervenção era composta de **sensibilização, dinâmica** e **produto da intervenção.**

A **sensibilização** é uma maneira de prender a atenção, motivar e sensibilizar para a mensagem a ser passada. O que chamamos de sensibilização é uma introdução ao assunto, de forma que já desperte interesse e vontade de adotar a mensagem da ação em saúde. Para tudo isso, a criatividade é sempre uma demanda. A sensibilização pode ser a problematização do tema por teatro, filme, poema, vivências, mas sempre com participação ativa dos/as professores/as.

Um exemplo de sensibilização por vivência, muito utilizado para temas de deficiência, é convidar os participantes da intervenção para usar cadeira de rodas ou vendar os olhos e circular pelo espaço da escola, da rua. Isso para que o participante possa entender melhor as dificuldades de acesso e adaptação dos espaços para quem tem restrição motora ou visual, respectivamente. Ao se identificar com as dificuldades, pensamos que os participantes estarão mais receptivos ao tema deficiência, por exemplo, podendo, assim, introduzir a mensagem da ação em saúde.

As **dinâmicas** são estratégias recomendadas por saírem da rotina dos professores. Estas podem ser em forma de jogos, de perguntas e respostas, atividades corporais, ou outras formas criativas de expor o assunto. Atividades mais dinâmicas, em nossas práticas, permitem uma atenção e motivação maior dos participantes, evitando que se dispersem. Uma dinâmica utilizada para entender melhor cada fase da vida do bebê e realizada com os/as professores/as nas escolas, foi a vivência das funções motoras. Nessa atividade, a fisioterapeuta falava a idade motora e descrevia a posição que a criança seria capaz de adotar o que era esperado para idade. Os/As professores/as executavam as funções motoras, buscando fazer o mais parecido com pequenos. Vão aparecendo, assim, as limitações e necessidades de estimulação que as crianças precisam para a evolução

no seu desenvolvimento infantil.

Os **produtos** da intervenção foram incorporados como um diferencial em nossas vivências práticas na metodologia pedagógica de aprendizagem por projetos (SIGNORELLI et al., 2010). Após cada atividade ou ciclo de tarefas que compunham a intervenção, havia a produção de um produto direcionado para o objetivo da tarefa ou atividade. Este produto tem alguns objetivos, como deixar uma lembrança, uma forma de agradecimento pela participação e, mais do que isso, um lembrete dos assuntos tratados na troca de experiências que tivemos para os participantes da atividade.

Alguns exemplos de produtos da intervenção que fizemos para ações de saúde com tema de desenvolvimento neuropsicomotor infantil foram:

- confecção de livro de histórias, em papel A4 e papel cartão, com desenhos para colorir. Objetivo: estimular o interesse à leitura, à imaginação, à linguagem e à área de motricidade fina ao pintar;
- dados em papel cartão em que nas faces eram descritas brincadeiras, e, assim, podiam jogar o dado para escolher a brincadeira. Pode pedir ajuda das crianças maiores para pintar e colar as faces. Objetivo: integrar os participantes por meio do lúdico;
- álbum para a família colocar fotos. Nas páginas continham as idades e as atividades esperadas para cada idade. Objetivo: favorecer o acompanhamento do desenvolvimento motor;
- calendário com dicas de brincadeiras e jogos que estimulam o desenvolvimento, voltado para cada idade. Objetivo: produzir um material prático sobre a criança de 0 a 5 anos de idade para uso cotidiano dentro da escola e para a família também.

Preferencialmente, esses produtos são confeccionados de forma artesanal, pela própria equipe que elaborou a intervenção. Geralmente com materiais reutilizados, como latinhas, cartolinas, canudinhos, entre outros materiais que existam dentro da rotina da educação infantil, favorecendo, assim, a reprodução pelo/a professor/a no seu cotidiano.

Em nossos acompanhamentos do desenvolvimento infantil no litoral do estado do Paraná, em escolas públicas, encontramos alguns dados, que chamam a atenção, em crianças de 0 a 5 anos. Utilizamos a Escala de Triagem de Denver II, adaptada para o português do Brasil (DRACHLER; MARSHALL; CARVALHO-LEITE, 2007), que avalia quatro domínios: 1) pessoal

social, que trata de relações interpessoais e autocuidado; 2) linguagem; 3) motor fino e 4) motor grosso, que avaliam movimentos precisos de pinça manual e movimentos amplos do corpo, respectivamente. Os maiores riscos de desvios do padrão típico encontrados na referida pesquisa (ISRAEL; YAMAGUCHI; ARAUJO, 2012) foram relacionados aos domínios de primeiros cuidados pessoais e linguagem.

Com os dados das avaliações infantis, buscamos realizar com a escola de educação infantil maneiras de intervenção nessas áreas. Levamos temas e sugestões para otimizar os estímulos ofertados pelos/as professores/as, como, por exemplo, os cuidados pessoais que devem ser desenvolvidos na infância.

Assim, foram iniciados os cuidados com a higiene, com auxílio de responsável. A escola implementou uma música para a hora de lavar as mãos antes de comer, para as crianças de 3 a 5 anos, e convidaram a equipe de pesquisa de Fisioterapia para assistir o momento da música de lavar a mão. A parceria deu certo com a criatividade da escola e a avaliação do desenvolvimento infantil por parte dos pesquisadores.

Após a conversa e intervenção sobre o tema, ainda houve adequação na atividade de alimentar-se; escovar os dentes, vestir e retirar peças de roupas. O autocuidado é gradativo e assistido, mas foi fundamental a estimulação desde pequeno, sempre relacionando a idade com a função esperada, sem impedir ou acelerar o desenvolvimento.

A segunda área de comportamento observada com discrepância do esperado foi o domínio da linguagem. Pequenas dicas, como ler histórias e estimular a contação de histórias por parte das crianças, auxiliam nesse incentivo. Pequenas atitudes como, por exemplo, no momento que as crianças pronunciam uma palavra de forma errônea, corrigir apenas pronunciando a palavra de forma correta, são formas de estímulos que podem ser aproveitados na prática diária.

Foram confeccionados livros de contos para o momento de leitura de histórias, como produto. Além deste, o livrinho higienizável de figuras, de material macio e plastificado, para os menores de 2 anos. E para os pequenos, a partir de 2 anos, livrinhos com imagens para colorir e estimular a contação de história, seja pelas imagens, usando a imaginação, ou mesmo

por meio da leitura dos maiores. O teatro, a imitação, as cantigas e os fantoches também auxiliam na linguagem.

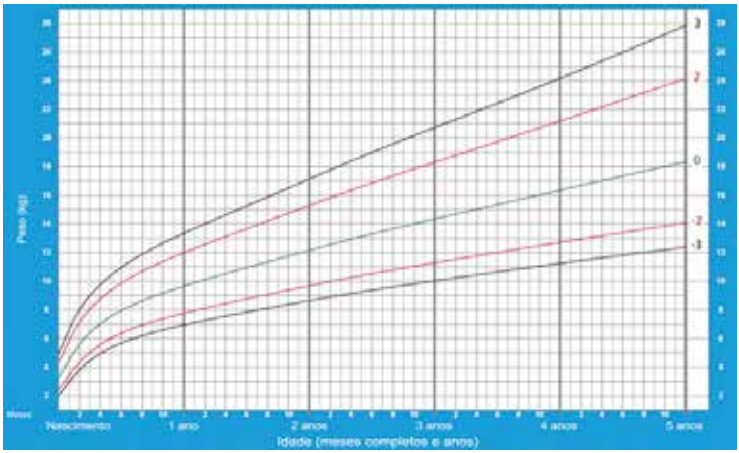
Outro componente essencial observado, a respeito do desenvolvimento infantil, é o dado nutricional. Da mesma forma que as atividades funcionais e os marcos motores, os dados nutricionais seguem uma faixa esperada para idade, e, neste caso, gênero (masculino e feminino). Este item nos faz pensar novamente na transição epidemiológica que vivemos. Juntamente com a redução das doenças infecto-contagiosas, com ampliação do saneamento básico e acesso à alimentação, houve redução da fome e redução de achados como desnutrição infantil (FERNANDES; PENHA; BRAGA, 2012). Em contrapartida, mesmo em classes econômicas mais baixas, verifica-se um aumento de casos de sobrepeso e obesidade. Além de ser fator de risco para doenças crônico-degenerativas, a obesidade relaciona-se com redução das capacidades físicas.

Aliada a exercícios físicos, uma alimentação balanceada deve ser oferecida para as crianças. Realizar atividades de educação sobre os alimentos da conhecida pirâmide alimentar, desde cedo, gera a corresponsabilização pela saúde. Focado para as crianças, de maneira lúdica, os bons hábitos podem ser transmitidos pelos familiares, mas caso ocorra dificuldade a escola deve reforçar os bons hábitos. Ao realizar intervenção com familiares e cuidadores, estes passam a serem também novos divulgadores desta ação.

As escolas podem acompanhar periodicamente este aspecto do desenvolvimento na infância. No gráfico 1, publicado no Brasil pelo Ministério da Saúde, com base nas publicações de 2006 da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2006), temos a curva relativa à idade e peso para meninos - no eixo x do gráfico fica a idade, que cruza com o peso, encontrado no eixo y. As linhas mostram a média (linha 0) e os desvios padrões (para mais peso, linhas 2 e 3; para menos peso, linhas -2 e -3). O mais próximo da linha 0, até os limites entre o 0 e as linhas 2 e -2, é o peso dentro do esperado. A partir do que chamamos de dois desvios padrões, ou seja, acima da linha 2 e abaixo da -2, a criança encontra-se abaixo (baixo peso) ou acima do peso padrão. Quanto mais afastado da linha 0, maior o desvio de peso, isto é, mais distante do esperado a criança encontra-se. Acima da linha 2, o peso é elevado em relação à média. Lembrando que quanto mais acima maior o desvio, e maior o sobrepeso. Já quando o

ponto de interseção do peso e idade está abaixo da linha -2 há um peso menor que a média. Da mesma forma, quanto mais se afasta da linha 0 para baixo, menor o peso da criança.

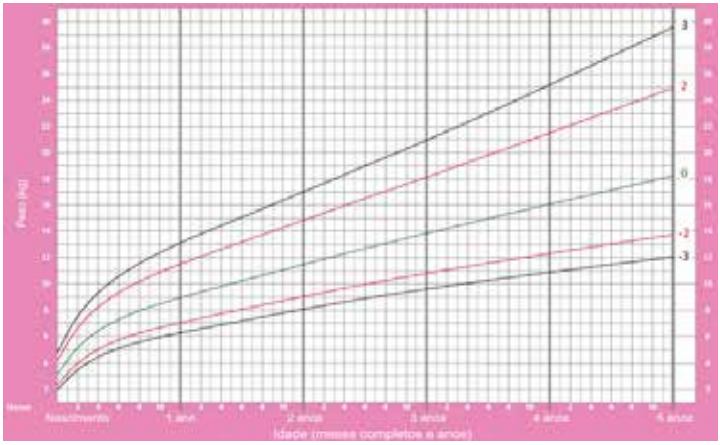
Gráfico 1 - Curva peso x idade para meninos



Fonte: BRASIL (2006).

As curvas de peso esperado para idade são designadas segundo o gênero. Para o gênero feminino, de 0 a 5 anos, observamos o gráfico 2 com a curva esperada.

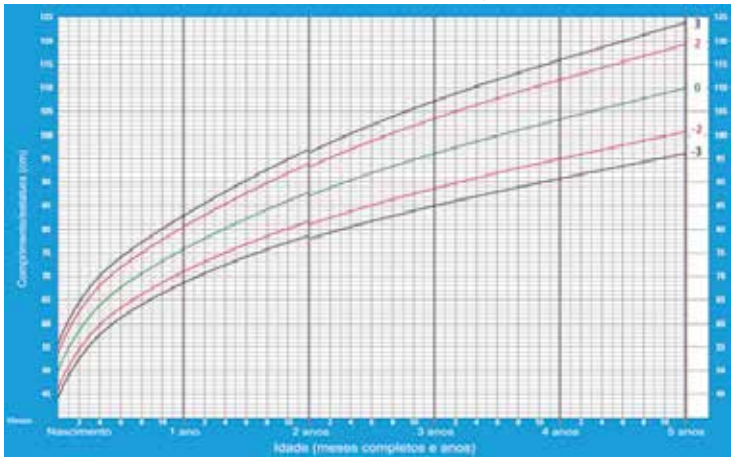
Gráfico 2 - Curva peso x idade para meninas



Fonte: BRASIL (2006).

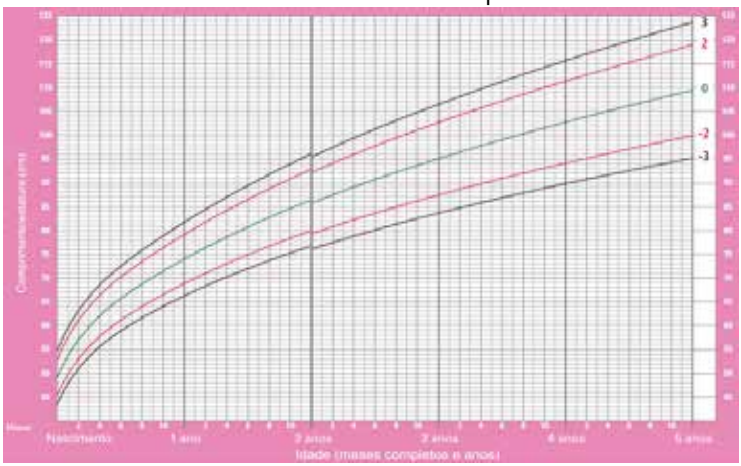
De forma semelhante, podemos consultar a curva de altura em relação à idade. Como nas curvas de peso, as curvas de altura também seguem o padrão esperado para idade próximo da linha 0. Ao se afastar para cima, o desvio é a altura maior. Para baixo, estatura menor do que o esperado. No gráfico 3 encontra-se a curva para os meninos e no gráfico 4 a curva de estatura para as meninas.

Gráfico 3 - Curva estatura x idade para meninos



Fonte: BRASIL (2006).

Gráfico 4 - Curva estatura x idade para meninas



Fonte: BRASIL (2006).

Uma fuga maciça da curva típica nutricional pode requerer auxílio de profissionais nutricionistas, mas a percepção de cada professor/a e ou família é imprescindível para o sucesso das ações de educação em saúde, beneficiando o acompanhamento do desenvolvimento da criança.

Aliado da dieta equilibrada na vida saudável, os exercícios físicos na infância vêm, principalmente, por meio de brincadeiras. O brincar é uma ferramenta tão rica que abrange uma série de competências. As brincadeiras contam com estímulos físicos, treinam e assim desenvolvem potencialidades de força, coordenação, equilíbrio, noção espacial e corporal, resistência, entre outras. Os conceitos funcionais da psicomotricidade, como noções de lateralidade, noção corporal e espaço-temporal levam a criança de 0 a 5 anos de idade a aprender novas informações e associações, desenvolvendo, também, suas competências cognitivas, éticas, de regras de convivência coletiva, além de competências sociais, psicológicas e afetivas. A prática de jogos e esportes já pode ser inserida no cotidiano da criança de forma adequada e orientada.

O aspecto emocional e os vínculos da criança também devem ser lembrados como parte do desenvolvimento na infância. A escola, juntamente com a família, devem sim reforçar laços de afetividade, de respeito e de confiança. Neste aspecto, reforçar os laços de cuidado entre familiares e professores/as cria o contínuo da atenção com a criança. Um deve contar com o outro, ser parceiro no zelo da saúde e desenvolvimento infantil.

Como exemplo desta condição, descrevemos uma dinâmica realizada com os/as professores/as sobre vínculo afetivo, com o tema "teia" da escola. Nesta intervenção, as cuidadoras, os/as professores/as, educadores/as e direção da escola foram convidados a se colocarem em um círculo, com um novelo circular de lã ou fio. O promotor da atividade segura a ponta do fio e inicia falando seu nome, seu papel na escola e como considera seu papel/função na vida das crianças, seus/suas alunos/as. Esta pessoa que inicia joga o novelo para outra colega, ficando com um fio, assim desenrolando o novelo conforme é jogado. A próxima a pegar o novelo também se apresenta, segura parte do fio, joga o novelo e assim, sucessivamente, até todas segurarem parte do fio, formando uma teia. O promotor da atividade faz uma fala da reflexão de que essa teia é responsável por uma pequena e fundamental parte da vida das crianças. A última participante a pegar o

novelo, joga para quem a enviou o novelo, fazendo o retorno da mesma forma, para que o novelo seja montado novamente. Nessa ação, quem envia o novelo pode falar uma característica que admira no/na colega que recebe o novelo. Pode relatar, se preferir, uma lembrança positiva que tem do/a colega, ou qualquer outro aspecto positivo que gostaria de comentar sobre o/a profissional. Segue a atividade até a última receber o novelo e todos falarem. O que se espera da ação é semear o espírito de equipe e de solidariedade na função de educar e cuidar.

Outro aspecto da vida da criança para seu adequado desenvolvimento trata do ciclo da vacinação. Diversas campanhas públicas divulgam a indispensável função e uso da vacinação infantil. Todos já sabem da relevância social deste tema. Assim, podemos fazer orientações ampliadas motivacionais, na escola, para que não ocorra o esquecimento da família de levar as crianças para vacinação. O contato diário da escola com o volume de crianças, em geral, em turmas segundo a faixa etária, pode facilitar com que a escola se corresponsabilize à auxiliar na lembrança das famílias nas épocas de cada vacina.

Neste sentido, foi produzido um produto de intervenção em formato de painel (pôster) com o ciclo de vacinas infantis, estratificado por idade, para deixar no hall de entrada da escola, à vista dos passantes e comunidade. Este produto foi uma parceria, em que a escola sugeriu o tema de vacina e a equipe de pesquisa elaborou uma intervenção. O painel em lona foi deixado como produto à escola.

As vacinas básicas são gratuitas, e divulgadas na mídia e em outras formas de campanha. No quadro 3 está o calendário de vacinas da infância, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014).

Quadro 4 - Calendário de Vacinação da Infância

IDADE DA VACINAÇÃO	VACINA	DOSE
Ao nascer	Hepatite B BCG	1ª dose Dose única
1 mês	Hepatite B	2ª dose
2 meses	Pentavalente VIP Rotavírus humano Pneumocócica	1ª dose
3 meses	Meningocócica C	1ª dose
4 meses	Pentavalente VIP Rotavírus humano Pneumocócica	2ª dose
5 meses	Meningocócica C	2ª dose
6 meses	Hepatite B VOP Pentavalente Pneumocócica	3ª dose
9 meses	Febre amarela	Dose inicial
12 meses	Tríplice viral Pneumocócica Hepatite A	1ª dose Reforço 1ª dose
15 meses	Tetra viral Pentavalente VOP Meningocócica C	1 dose Reforço Reforço Reforço
4 anos	Pentavalente VOP	2º reforço Reforço

Fonte: BRASIL (2014).

Na prevenção de problemas de saúde na infância após as doenças infectocontagiosas e as doenças crônico-degenerativas, uma terceira vertente são os acidentes. Os acidentes estão dentro da epidemiologia de causas externas e podem lesionar e até serem fatais, sendo comuns na infância (SOUZA; BARROSO, 1999). Os acidentes em geral acontecem

quando associados à desatenção do responsável com a falta de conhecimento sobre o perigo por parte das crianças. Desde os comuns pequenos tombos em mesmo nível até grandes tragédias, os acidentes podem ter risco reduzido quando há prevenção e cuidado na rotina escolar e familiar.

Nesta temática, ações em saúde incluem, como exemplos, a adequação de mobiliário e cuidado no acesso de crianças pequenas, evitando áreas de desnível, janelas desprotegidas, contato com chamas de fogo, eletrodomésticos, recipientes com água, móveis que podem cair ou ser escalados, chão molhado, tomadas, entre outros.

Como vivência, pode-se elaborar uma apresentação ou mesmo usar placas indicativas de perigos sobre produtos de limpeza, devendo mantê-los fora do alcance de crianças, baldes com água e forno quente. Posteriormente, como ações e tarefas, pode visitar os ambientes que as crianças permanecem e identificar, numa planilha, os riscos e eliminá-los ou minimizá-los. Após isso, o local recebe uma placa de local adequado para crianças. Lembrar que isto não exclui a necessidade de supervisão de responsável.

Os conhecidos andadores de bebês, ou voadores como alguns chamam, são desaconselhados dentro do desenvolvimento neuropsicomotor, por não respeitarem o tempo necessário do desenvolvimento de ossos e músculos da criança típica. Pode levar a criança a ter uma postura e movimentos inadequados com o uso deste equipamento. Ainda, dá uma independência para as crianças, mas eles não estão aptos fisicamente a possuir tão precocemente. Além disso, uma possível queda do brinquedo pode ser mais grave que quedas de bebês sem o aparelho, aprendendo a caminhar. No caso de transporte em veículos, já existem regras de segurança amplamente divulgadas na sociedade com uso de equipamentos adequados e obrigatórios para cada faixa etária.

Nos brinquedos em geral, hoje já existem selos de qualidade e adequação de institutos reconhecidos que dão maior confiança na escolha e divulgam a faixa etária aconselhada.

Outra ideia que foi colocada em prática nas ações no litoral do Paraná, foram oficinas de brinquedos. As sugestões vão desde construir bonecos

e bichinhos de fantoches de feltro até realizar apresentações em formato de teatro dos fantoches com caixa de papelão. Confeccionamos, em conjunto com a escola, o boliche de garrafas pet e bola de meia, também o jogo feito de tapete com círculos de cores diferentes, no qual os participantes devem colocar mão ou pé, direito ou esquerdo, em determinada cor sorteada. Este brinquedo foi confeccionado com lona e plástico autoadesivo colorido. Brincadeiras antigas foram relembradas, como pular corda. O custo é reduzido ao confeccionar estes brinquedos, pois a maior parte dos materiais é de rejeito reciclável.

Outra forma de trabalhar pode ser pedir ajuda das crianças para confeccionar seus próprios brinquedos. Para as crianças, é significante o uso da criatividade, como brincadeiras de "faz de conta", visto que, em geral, brincadeiras dependem mais da imaginação. Além disso, elas podem conter regras, as quais, após estabelecidas, as crianças devem seguir, isso possibilitará o desenvolvimento de competências de conviver e de respeitar o outro.

As intervenções de educação em saúde podem e devem ser realizadas com as crianças de 0 a 5 anos. Por exemplo, desde cedo devemos estimular o autocuidado e a higiene, como lavar as mãos e escovar os dentes. Até mesmo a atividade de calçar seu próprio sapato é um estímulo a um desenvolvimento motor saudável e independência. Atividades como vivências sobre educação ambiental como, por exemplo, a reciclagem de lixo, tem relevância social e inicia na escola o bom hábito de reciclagem; sendo excelentes exercícios para crianças ainda pré-escolares, pois envolvem tarefas de promoção de saúde.

Pensando neste sentido, utilizamos o tema de trânsito com ação conjunta com professores e crianças. Os acidentes de trânsito sempre são preocupação, na infância ainda mais. Mesmo entre crianças que já compreendem regras para atravessar as ruas, pode haver distração por um momento. Entretanto, desde muito cedo se deve passar estas noções de cuidados e regras de trânsito. Como pedestres, as crianças devem compreender a segurança de travessias, de faixas de pedestres, demais sinalizações, progressivamente com a capacidade de compreensão de cada idade.

A encenação, com as crianças, dentro de um pátio, montando ruas,

sinalização, vestindo-se de carros, bicicletas, motos e pedestres, é bastante educativa como intervenção. Ações que envolvem atividades corporais, cognitivas e que passam conteúdos de promoção e prevenção em saúde são bastante ricas para o desenvolvimento infantil.

Os profissionais que trabalham nas escolas, sejam eles/as professores/as, cuidadores/as ou direção, foram lembrados em intervenções da Fisioterapia de aspectos da saúde na escola. Cuidar de quem cuida também foi um tema abrangido – como observar as ações do dia a dia da escola, os móveis adaptados para as crianças, o pegar no colo, auxiliar a organizar os brinquedos e muitas atividades no nível do piso (colchonetes ou tapetes de borracha).

Houve também a preocupação com a saúde dos profissionais da escola, seus movimentos corporais, a prática de exercício físico e sua postura, além de movimentos que podem gerar sobrecarga e estresse muscular e articular. Ao introduzir o tema, inicialmente os/as professores/as e cuidadores/as foram perguntados/as se sentiam dores frequentemente; houve relato de grande quantidade de participantes com queixas de dores físicas.

Para sensibilização, usamos o termo "cuidar de quem cuida" conjuntamente com a prática de técnicas de massagem aplicada nas professoras. As falas discutiam como é bom se cuidar e ser cuidado para saúde e qualidade de vida. Houve orientações práticas de atividades simples, como "dobrar os joelhos" para agachar ao pegar as crianças no colo. Posturas mais adequadas ao se sentar no chão. Dicas de como auxiliar a postura da coluna ao contrair abdome durante as atividades profissionais. Associaram-se, também, práticas de técnicas de relaxamento e alongamento corporal para serem feitas diariamente, inclusive em casa. Foram elaborados cartazes colocados na escola, em locais estratégicos, que levassem os/as professores/as a lembrar do cuidar-se.

7 CONCLUSÕES

Há outras diversas atividades de promoção e prevenção em saúde que podem ser elencadas como relevantes na educação em saúde para comunidade escolar e relativa ao desenvolvimento na infância. Além das condições e capacidades do ambiente e da equipe de trabalho de cada escola, sempre existem as parcerias, pessoas com o conhecimento

necessário e dispostas a auxiliar na educação em saúde.

A experiência nestes centros de educação infantil foi além da simples avaliação das crianças. Acompanhar o desenvolvimento da criança fez parte da prática da Fisioterapia e da vida de professore/as. Juntos construímos alguns aprimoramentos no ambiente dentro da escola, no cuidado e estimulação neuropsicomotora na infância, e participamos da tarefa de formação de professores/as e de familiares.

Estes múltiplos olhares na educação infantil irão trazer bem-estar, qualidade de vida e alegrias na partilha de conhecimentos entre a Fisioterapia em sua atuação na escola.

8 LEITURAS RECOMENDADAS

A seguir algumas sugestões de textos para serem lidos.

PORTAL DA SAÚDE - SUS. **Programa Saúde na Escola (PSE).** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pse.php?conteudo=orientacoes_pse>. Acesso em: 25 fev. 2015.

ISRAEL, Vera Lúcia; ARAUJO, Luize Bueno; FERREIRA, Manoela de Paula. Estimulação Neuropsicomotora na Primeira Infância: orientações para familiares e educadores. In: ISRAEL, Vera Lúcia; PARDO, Maria Benedita Lima. **Desenvolvimento Infantil**: orientações a pais e profissionais. Porto Alegre, RS: Redes Editora, 2014.

ISRAEL,Vera Lúcia.; BERTOLDI, Andréa Lúcia Sério. **Deficiência físico-motora**: interface entre educação especial e repertório funcional. Curitiba, PR: Editora IBPEX, 2010.

REFERÊNCIAS

ABREU, Mariza. **Educação Infantil no Brasil**: legislação, matrículas, financiamento e desafios. Brasília, DF: Câmara dos Deputados/Consultoria Legislativa, 2004. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/documentos-e-pesquisa/publicacoes/estnottec/pdf/2004_10128.pdf> . Acesso em: 25 jan. 2015.

ARAUJO, Luize Bueno; ISRAEL, Vera Lúcia; STIVAL, Magda M. R. Enfoque fisioterapêutico na saúde da criança matinhense. In: DENARDIN, Valdir Frigo;

ABRAHAO, C. M. S.; QUADROS, Diomar (Orgs.). **Litoral do Paraná**: Reflexões e Interações. 1. ed. Matinhos: UFPR Litoral, 2011. v. 1.

BRASIL. **Calendário Nacional de Vacinação**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Curvas de crescimento baseado na Organização Mundial da Saúde**. Brasília/DF: Ministério da Saúde/Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, 2006.

BRASIL. **Políticas de Saúde**, Projeto Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde, 2002.

BRASIL. L**ei n.º 8.069 de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial, 1990.

BRASIL. **Lei n.º 9.394 de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF: Diário Oficial, 1996.

DRACHLER, M. L.; MARSHALL, T.; CARVALHO-LEITE, J. C. A contínuos-scale measure of child development for population-based epidemiological serveys: a preliminary study using Item Response Theory for the Denver Test. **Paediatr Perinat Epidemiol**, n. 21, p. 138-53, 2007.

FERNANDES, Marcela de Melo; PENHA, Daniel Silva Gontijo; BRAGA, Francisco de Assis. Obesidade infantil em crianças da rede pública de ensino: prevalência e consequências para flexibilidade, força explosiva e velocidade. **Rev. educ. fis. UEM**, v. 23, n. 4, p. 629-634, 2012.

HAYWOOD, Kathleen; GETCHELL, Nancy. **Desenvolvimento motor ao longo da vida**. 5. ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010.

ISRAEL, Vera Lúcia; BERTOLDI, Andréa Lúcia Serio. **Deficiência físico-motora**: interface entre educação especial e repertório funcional. Curitiba, PR: Editora IBPEX, 2010.

ISRAEL, Vera Lúcia; ARAUJO, Luize Bueno; FERREIRA, Manoela de Paula. Estimulação Neuropsicomotora na Primeira Infância: orientações para familiares e educadores. In: ISRAEL, Vera Lúcia; PARDO, Maria Benedita Lima. **Desenvolvimento Infantil**: orientações a pais e profissionais. Porto Alegre, RS: Redes Editora, 2014.

ISRAEL, Vera Lúcia; YAMAGUCHI, Bruna; ARAUJO, Luize Bueno. Avaliação do Desenvolvimento Infantil em Centros de Educação Infantil do Litoral do Paraná. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE FISIOTERAPIA NEUROFUNCIONAL. 2., **Anais**... Rio de Janeiro, 2012.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al.. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MELO, Tainá Ribas. Escalas de avaliação do desenvolvimento de habilidades motoras: AIMS, PEDI, GMFM e GMFCS. In: CASTILHO-WEINERT, Luciana Vieira; FORTI-BELLANI, Cláudia Diehl. **Fisioterapia em neuropediatria**. Curitiba, PR: Editora Omnipax, 2011.

PARDO, Maria Benedita Lima. **Princípios da educação**: planejamento de ensino. Ribeirão Preto, SP: Culto a Ciência,1997.

RATLIFFE, Katherine T. **Fisioterapia clínica pediátrica**: guia para a equipe de Fisioterapeutas. São Paulo: Editora Santos, 2002.

SIGNORELLI, Marcos Cláudio et al. Um projeto político-pedagógico de graduação em Fisioterapia pautado em três eixos curriculares. **Fisioter. Mov**., Curitiba, v. 23, n. 2, p. 331-340, abr./jun. 2010.

SOUZA, Luiza Jane Eyre Xavier; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n.2, p. 107-12, jun. 1999.

VOLPI, Sandra Cristina Pizzocaro et al. Aquisição de habilidades motoras até a marcha independente em prematuros de muito baixo peso. **J. Pediatr.,** v.86, n.2, mar./apr. 2010.

WERNER, David. **Guia de Deficiências e Reabilitação Simplificado**. Brasília, DF: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), Brasil, 1994.

SOBRE AS AUTORAS

Vera Lúcia Israel

Mestre e Doutora em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Professora de Educação Física pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Fisioterapeuta pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Professora Doutora do Curso de Fisioterapia e do Programa de Pós Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Fez Estágio Pós-Doutoral no Programa de Desenvolvimento e Meio Ambiente da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Bruna Yamaguchi

Mestranda no Programa de Pós Graduação em Educação Física da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Fisioterapeuta pela Universidade Federal do Paraná.

Nota: Sobre Direitos Autorais, as autoras deste capítulo autorizam a reprodução da obra, inclusive em meios digitais, desde que sejam indicadas às autoras deste capítulo para uso de recursos públicos a que se destina este livro sobre Inclusão e Diversidade elaborado pela equipe da UFPR. Curitiba, 27/01/2015.

PARTE II

PROJETOS INTERDISCIPLINARES E RELATOS DE EXPERIÊNCIAS NA CONSTRUÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA E UMA EXPERIÊNCIA JUNTO A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Audrin Said Vojciechowski
Bruna Leticia dos Santos
Mariana Rodrigues Gaspar Correa
Thalita Cogrossi do Nascimento
Ligia Faria
Silmara Souza Lima
Marcos Claudio Signorelli

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo visa abordar um pouco da trajetória relacionada ao desenvolvimento do projeto PET Saúde[1] – Redes de Atenção à Pessoa com Deficiência, dentro da área da saúde, no município de Paranaguá-PR. Tal trajetória foi pautada nos pressupostos da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Neste texto são detalhados seus objetivos, os procedimentos metodológicos utilizados para a realização do mapeamento dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) direcionados às Pessoas com Deficiência (PcD), os resultados encontrados e as estratégias de ação desenvolvidas à partir de uma análise das necessidades/possibilidades após a conclusão do mapeamento. Esperamos que esta experiência possa trazer elementos que subsidiem reflexão sobre a temática e também enseje ações e projetos em outros locais.

2 O PROJETO PET SAÚDE/ REDES X O LITORAL DO PARANÁ

O projeto *PET Saúde - Redes de Atenção às PcD no Litoral do Paraná* é uma abordagem de equipes inter e multidisciplinares, que contempla os municípios de Paranaguá, Guaratuba e Pontal do Paraná. Seu principal objetivo é implementar grupos de trabalho nestes municípios, a fim de

1 PET Saúde é a abreviatura de "Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde", uma estratégia de reorientação da formação acadêmica, financiada pelo Ministério da Saúde, para aproximar a formação de estudantes da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Para maiores informações, consultar o site: http://www.prosaude.org

consolidar e aprimorar a rede de cuidado às pessoas com deficiência. Para isto, as equipes desenvolveram estratégias para mapear toda a rede, envolvendo, principalmente, os setores de saúde, assistência social, educação e gestão de serviços, seguindo objetivos específicos (Tabela 1) em cada um dos municípios.

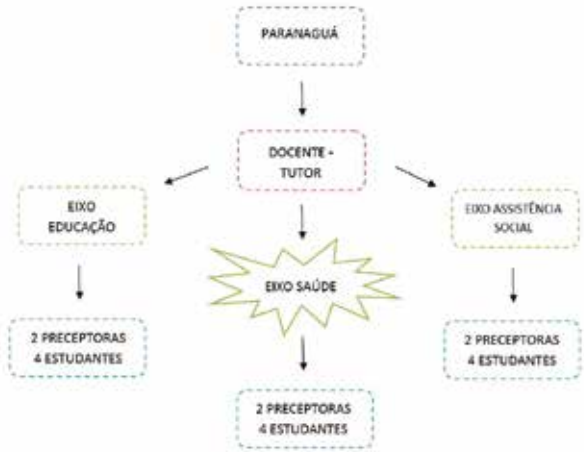
Tabela 1: Objetivos específicos do mapeamento da rede de atenção às PcD no litoral do Paraná

1	Avaliar perfil das PcD atendidas nos setores públicos e privados.
2	Verificar a implantação e efetividade de políticas públicas adotadas por cada município.
3	Avaliar as condições de acessibilidade nos locais de atendimento.
4	Verificar o conhecimento dos profissionais de diferentes áreas sobre a Política Nacional de Atenção à Saúde da PcD (PNASPcD) e especificidades no atendimento de PcD.
5	Verificar as principais demandas da atual rede de cuidado à pessoa com deficiência nestes municípios.
6	Analisar e refletir sobre estratégias necessárias para ampliar e/ou qualificar a atual rede de cuidado à PcD.
7	Contribuir para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e implementação de suas políticas públicas, particularmente a Política Nacional de Humanização, a Política Nacional de Educação Permanente, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares e a Política Nacional de Saúde das Pessoas com Deficiência.

3 ATUAÇÃO DAS EQUIPES PET SAÚDE - REDES NO MUNICÍPIO DE PARANAGUÁ-PR

O município de Paranaguá-PR contou com três equipes (também denominadas "eixos"), atuando junto aos setores da Saúde, da Educação e da Assistência social, que foram supervisionadas por um docente-tutor. Cada equipe foi composta por duas preceptoras, que são profissionais da rede municipal, vinculados ao projeto (entre elas psicólogas, fisioterapeutas, nutricionista, terapeuta ocupacional) e quatro estudantes da UFPR (dos cursos de Fisioterapia, Saúde Coletiva e Serviço Social). A divisão das equipes é apresentada na figura 1.

Figura 1 - Representação da divisão das equipes de trabalho no município de Paranaguá



Fonte: Os autores, 2015.

O grupo formado por estas três equipes desenvolveu suas ações a partir de estratégias ativas de ensino-aprendizagem e da prática e reflexão pautadas no pensamento complexo[2]. Os planos de trabalho contemplaram momentos de ensino, pesquisa e extensão, envolvendo tanto o espaço universitário quanto os espaços de atuação no próprio município (unidades de saúde, escolas, secretarias, conselhos municipais, hospitais, equipamentos de assistência, entre outros). A dedicação semanal da equipe é de 8 horas semanais, sendo que o projeto vem sendo desenvolvido no biênio 2013-2015.

4 EIXO SAÚDE

4.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

De maneira mais específica, o eixo saúde desenvolveu estratégias de trabalho baseando-se na Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNASPcD). Essa política foi criada mediante a portaria

2 O pensamento complexo combina a simplicidade com a complexidade, visando a contextualização dos modos de pensar e, assim, as reflexões sejam livres de julgamentos pessoais levando a construção de uma crítica saudável da realidade (MORIN, 2000; SILVA, CIAMPONE, 2003)

GM/MS n.º 1.060, de 5 de junho de 2002 (BRASIL, 2012a), e dispõe sobre o apoio às pessoas com deficiência e a sua integração social no que se refere à saúde, através de seis diretrizes:

I Diretriz: Promoção da Qualidade de Vida

O conceito de Qualidade de Vida (QV) foi definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1995, com fundamento em três itens: a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas. Assim, a QV é definida como "*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*" (WHOQOL GROUP citado por THE WHOQOL GROUP, 1998, p. 1570; SAVIANI-ZEOTI, PETEAN, 2008). Dessa forma, sintetiza-se o conceito de qualidade de vida em: satisfação pessoal relacionada aos sentimentos e emoções, relações pessoais, condições de saúde, relações no trabalho e atividades de lazer (PEREIRA et al., 2006).

Através desta diretriz, a PNSPcD traz a importância e a necessidade da participação de toda a sociedade e de todas as esferas do governo (municipal, estadual e federal) em contribuir para a garantia dos direitos das PcD. Carvalho-Freitas (2009) exemplifica o papel da sociedade, que é um dever de todos (não somente de entes governamentais), trazendo a tona a questão da inserção profissional e qualidade de vida relacionada ao trabalho das PcD. Para o autor, a inserção profissional dessas pessoas é mister, concluindo que empresas ou instituições estarão mais avançadas quando seus espaços de trabalho estiverem totalmente adaptados às PcD e quando há espaço para crescimento profissional, garantindo a igualdade de oportunidades, e satisfação com a remuneração.

Esta diretriz intensifica e assegura aos trabalhadores com deficiências o que é previsto em lei: a igualdade de oportunidades; a criação de ambientes favoráveis (sendo de lazer, trabalho, educação, etc.); promoção de habilidades individuais com a finalidade de desenvolver o potencial das PcD; acessibilidade; entre outras (BRASIL, 2002).

Na área da saúde, também é previsto às PcD uma representação nos Conselhos de Saúde local, bem como a implementação de um conselho específico a este público, que é o Conselho dos Direitos das PcD, devendo

ser implantado em todos municípios. Os órgãos de saúde, em conjunto com outras esferas, devem assegurar os direitos desses cidadãos de modo que esta assistência seja de acordo com os princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS): equitativa, igualitária e universal (BRASIL, 2002; BERNARDES et al., 2009).

Sabe-se das dificuldades enfrentadas pelas PcD para conseguirem ter acesso aos atendimentos de saúde em diferentes locais, como será relatada a situação no município de Paranaguá, mais adiante. Então é preciso que haja uma interação dos profissionais de saúde com as pessoas com deficiência, com a finalidade de diminuir ou, até mesmo, acabar com essas barreiras. O setor responsável pela saúde necessita adotar medidas que assegurem a interação entre os segmentos.

II Diretriz: Assistência Integral à Saúde

O termo "Assistência Integral à Saúde" representa a interação e integração de todos os serviços de saúde, desde atenção primária em Unidades Básicas de Saúde (UBS), até atendimentos hospitalares de alta complexidade, passando por atendimentos ambulatoriais e ofertas de equipamentos para melhora da qualidade de vida.

Os atendimentos ofertados pelo SUS são divididos em baixa, média e alta complexidade, visando à integralidade em saúde. Os atendimentos de baixa complexidade predominam no campo da atenção básica, também denominada atenção primária à saúde. Consistem em ações de saúde, podendo ser em âmbito individual ou em grupos, que ofertam serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, busca por diagnósticos, intervenção precoce e a manutenção da saúde (ANTUNES, ENGRY, 2011; BRASIL, 2007).

Os atendimentos de média complexidade envolvem serviços para atender os principais agravos de saúde da população que necessitem de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos para contribuir no diagnóstico e tratamento. São exemplos de procedimentos de média complexidade: atendimentos clínico-ambulatoriais, procedimentos traumato-ortopédico, exames de diagnóstico laboratoriais ou por imagem, fisioterapia, terapias especializadas, etc. (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007; SPEDO, PINTO, TANAKA, 2010).

Por fim, os procedimentos de alta complexidade envolvem a utilização de recursos de alta tecnologia e alto custo, geralmente em ambientes hospitalares, com a finalidade de garantir à população serviços qualificados, sempre integrando-os aos outros níveis de atenção à saúde. São alguns exemplos de áreas que formam a alta complexidade: assistência ao paciente oncológico, procedimentos de neurocirurgia, reabilitação protética e funcional, assistência em unidades de terapia intensiva, etc. (BRASIL, 2007).

Portanto, essa diretriz de assistência integral garante às PcD o atendimento em todos os níveis de atenção à saúde, sendo intercorrências ligadas a sua deficiência ou não. O primeiro contato com a PcD no âmbito da saúde geralmente é feito pelos agentes comunitários de saúde (ACS), os quais visitam mensalmente a residência e anotam informações sobre o cotidiano da família (BRASIL, 2002).

As PcD estão mais vulneráveis às comorbidades relacionadas a sua deficiência, acarretando em maior uso dos serviços de saúde, para que tenham a manutenção integral de sua saúde física e mental. Desta forma, cabe as três esferas do governo (federal, estadual e municipal) garantir os serviços de qualidade, em todos os níveis de complexidades, bem como a presença de profissionais especialistas e capacitados a atender satisfatoriamente as PcD (BRASIL, 2002).

O processo de reabilitação da PcD deve ser completo e cabe às esferas municipal, estadual e/ou federal oferecer ao indivíduo recursos de tecnologia assistiva (TA), como órteses ou próteses, ferramentas fundamentais no processo de reabilitação (BRASIL, 2002). A TA é utilizada para auxiliar na realização de atividades de vida diária, fazendo com que PcD torne-se mais funcional e independente. Então, cabe aos profissionais de saúde estarem aptos a orientar as PcD que necessitem destes recursos sobre o procedimento para inserção na lista de espera, a adaptação ao dispositivo auxiliar e a manutenção do equipamento (ROCHA; CASTIGLIONI, 2005).

III Diretriz: Prevenção de Deficiências

Dentre as atribuições específicas da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída pelo Ministério da Saúde, sob a portaria n.º 793, de 24 de abril de 2012, Capítulo I, Art. 4º, destacam-se: II. Desenvolver

ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta; VI. Desenvolver ações de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; VII. Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais (BRASIL, 2003).

A terceira diretriz da PNASPcD compreende a **prevenção de deficiências**. Em seus aspectos mais amplos, esta diretriz envolve o caráter evitável ou atenuante de aproximadamente 70% das ocorrências que culminam na instalação permanente de uma incapacidade. Para que as ações preventivas ocorram de maneira efetiva, considera-se imprescindível a participação intersetorial e multidisciplinar dentro das áreas da saúde, educação, segurança, trânsito, assistência social, direitos humanos, esporte, cultura, comunicação e mídia, entre outras, visando amplificar e fortalecer tais ações. As medidas preventivas também devem contemplar o acesso à informação e a educação em saúde, direcionadas à população, aos profissionais de saúde e aos gestores de serviços (BRASIL, 2008). A seguir, serão descritos alguns exemplos de medidas preventivas que envolvem a atuação de diversos setores sociais, com ênfase na área da saúde.

A vacinação destaca-se como uma das mais importantes medidas de prevenção e erradicação de diversas doenças. Um bom exemplo é a Poliomielite (paralisia infantil), uma doença viral em processo de erradicação, que atinge crianças entre 0 e 4 anos de idade, não vacinadas. Ela pode causar a morte por comprometimento de músculos respiratórios ou deixar sequelas, dentre elas a perda total ou parcial da capacidade de contração muscular (BRASIL, 2008; CAMPOS, NASCIMENTO, 2003; NASCIMENTO, MARANHÃO, 2004).

Diversas patologias podem ser evitadas ou minimizadas através do acompanhamento pré-natal de gestantes. A Encefalopatia Crônica Não Progressiva (ECNP), popularmente conhecida como Paralisia Cerebral (PC), é ocasionada por uma lesão no Sistema Nervoso Central (SNC) que ainda se encontra em desenvolvimento, podendo ocorrer nos períodos pré, peri e pós-natal. Suas manifestações clínicas, geralmente, ocasionam a deficiência múltipla. Dentre os principais fatores de risco para a lesão estão as infecções, intoxicações, radiação, traumatismos e fatores maternos. A incidência da

PC pode ser reduzida com medidas preventivas e acompanhamento pré-natal (CASTILHO-WEINERT, FORTI-BELLANI, 2011).

Da mesma forma, alguns comprometimentos e deficiências auditivas podem ser evitados com medidas profiláticas, como a vacinação adequada de recém-nascidos e lactentes contra a meningite bacteriana e rubéola materna (SILVA; QUEIROS; LIMA, 2006).

A Retinopatia da Prematuridade (ROP) representa uma das maiores causas de cegueira infantil nos países desenvolvidos, isto pelo maior índice de sobrevivência de recém-nascidos prematuros (RNP) com baixo peso e baixa idade gestacional expostos a uso indiscriminado de oxigênio. Novamente, a importância de um pré-natal adequado e capacitação profissional no manejo de recém-nascidos prematuros com ROP podem prevenir a perda total da visão (FORTES FILHO, 2006; SHUMANN et al, 2010; HENRIQUES et al., 2011).

A avaliação e detecção precoce de atrasos e alterações no desenvolvimento neuropsicomotor de crianças é fundamental, visto que estes fatores têm estreita relação com as questões de morbidade infantil. Todos aqueles envolvidos no cotidiano da criança (pais, cuidadores, educadores, profissionais da saúde, entre outros) devem ser capazes de reconhecer mudanças de comportamento ou dificuldades que ela possa apresentar durante seu desenvolvimento. Assim, outra medida de prevenção contempla o aspecto da educação em saúde e conhecimento do desenvolvimento neuropsicomotor típico, de acordo com a faixa etária da criança, para o reconhecimento de atrasos ou desenvolvimento atípico (MANCINI et al., 2004). Esta foi uma das estratégias adotadas pelo projeto PET Saúde no município de Paranaguá, visando qualificar profissionais para avaliação e detecção precoce de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor.

Os programas de triagem e acompanhamento de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Melitus (DM) são medidas preventivas que visam evitar os agravos ocasionados por estas patologias em adultos e idosos, como, por exemplo, os eventos cardiovasculares e as amputações. Nesse sentido, busca-se a divulgação de informações sobre hábitos de vida saudáveis, medidas profiláticas e uso correto de medicamentos (BRASIL, 2008).

O acesso a exames específicos, como testes genéticos, teste do pezinho, teste do ouvido e aconselhamento genético também devem ser adotados. Paralelamente às ações específicas da saúde, busca-se a articulação de implementação de estratégias para a redução de morbidades vinculadas a acidentes de trabalho e no trânsito, violência doméstica e urbana, e estilo de vida (BRASIL, 2008; BRASIL, 2003).

IV Diretriz: Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação

A ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação referem-se à inclusão de informação e ao registro de dados relativos às PcD, estabelecimento de protocolos técnicos unificados para o registro das ações realizadas e implantação de instrumentos complementares para a coleta das informações (BRASIL, 2012c).

É necessário buscar o aperfeiçoamento dos sistemas de informação do SUS e desenvolvimento de estudos epidemiológicos, clínicos e de serviços. A produção e a distribuição de materiais educativos em formato acessível às PcD, como informações em Braille, Libras, em CDs, nos programas com conversão em voz e nos caracteres ampliados, também são atribuídas nesta diretriz (BRASIL, 2012c).

O monitoramento permanente e as análises de prevalência deve ser prioridade do SUS, dentro das esferas municipais, estaduais e federais. Tais informações visarão à tomada de decisões, criação de novas medidas de prevenção e organização dos serviços de reabilitação. Busca-se, principalmente, a iniciativa dos gestores do SUS para começar a fomentar estudos epidemiológicos e clínicos, produzindo informações sobre a ocorrência de deficiências e suas incapacidades.

Quanto aos censos demográficos, por intermédio e em conjunto com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), deve haver buscas que priorizem a identificação da real quantidade dos casos de deficiências que existem. Estes números são necessários para as tomadas de decisões por parte dos gestores do SUS e permitem a coleta de dados para as Pesquisas Nacionais por Amostragem Domiciliar. Além disto, a análise de dados dos sistemas de informação é um instrumento importante ao pagamento de serviços ambulatoriais, hospitalares, de diagnóstico complementar, e ao fornecimento de órteses e próteses. Esses dados também permitem a

realização de análises qualitativas e quantitativas a respeito do diagnóstico da deficiência e do tratamento que é oferecido atualmente, facilitando a identificação desses pacientes, sua localização e principais demandas, caracterizando, portanto, o perfil deste público; e os valores reais dos custos e recursos públicos direcionados a esta população, considerando as diversidades regionais (BRASIL, 2012c).

Quanto à infraestrutura dos serviços prestados e aos profissionais de saúde, devem ser promovidos, todo ano, levantamentos das unidades de saúde e dos profissionais envolvidos na assistência/atendimento às PcD. Todas as informações devem ser utilizadas para a análise dos serviços ambulatoriais e de diagnóstico complementar para identificar superposições que estejam dificultando o acesso ao SUS. Esses levantamentos podem fornecer análises, por exemplo, da distribuição geográfica dos serviços especializados às PcD, da cobertura que o SUS viabiliza, da quantidade e da qualidade dos profissionais de saúde especializados atuantes na área nos âmbitos federal, estadual e municipal. Essas informações podem ser disponibilizadas pelas diversas fontes de dados e será essencial para o adequado funcionamento das questões relativas a essas pessoas (BRASIL, 2012c).

Contudo, é necessário identificar e cadastrar materiais e experiências existentes sobre direitos de atenção à saúde das PcD, disponibilizar o resultado do levantamento de materiais em banco de dados para que todos tenham acesso, criar uma rede de comunicação que facilite a troca de experiências e de materiais sobre os direitos das PcD, quanto ao acesso e à localização dos serviços existentes no SUS e suas especialidades (BRASIL, 2009).

É de extrema importância planejar e concluir mecanismos de informação/comunicação para as pessoas com deficiência auditiva. Inclusive com o uso de Libras, a linguagem brasileira dos sinais, e a presença de intérprete nos serviços de saúde, fazendo com que a informações atinjam todas as localidades, bem como garantir a acessibilidade digital nos sites, portais e serviços eletrônicos da área da Saúde. Para fortalecer os mecanismos de informação, também é fundamental criar bibliotecas, inclusive virtuais, com materiais sobre direitos e deveres em saúde, educação e assistência das PcD; fomentar a inserção do tema em canais estatais de comunicação; viabilizar uma página no site do Ministério da Saúde sobre esse tema para facilitar a

informação; inserir imagens de PcD em todas as divulgações institucionais da área de saúde do Governo; realizar elaboração de materiais informativos impressos voltados para a saúde, educação e assistência das PcD; produzir a veiculação de campanhas educativas em saúde voltadas às PcD e seus familiares (BRASIL, 2009).

Outro aspecto significativo é a realização de treinamentos de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), para que esses possam atuar como multiplicadores sobre todos os direitos e deveres das PcD em todas as áreas, inclusive as de difícil acesso, sendo estratégia necessária para ampliar a rede (BRASIL, 2009). Este ponto foi abordado intensamente na realização do projeto PET Saúde e será descrito adiante.

Antes de acontecer a implantação do SIAB (Sistema de Informação Atenção Básica), não havia informações acessíveis sobre o número de pessoas com deficiência existentes e qual era sua localização territorial, dificultando o planejamento de ações de saúde para esse público (ROCHA; PAULA; KRETZER, 2004). O SIAB é, portanto, um software que foi desenvolvido pelo DATASUS (Departamento de Informática do SUS) no ano de 1998, com o objetivo central de, principalmente, armazenar e processar as informações relacionadas à Atenção Básica, usando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como estratégia central. Portanto, é a partir das informações coletadas pelo software, que o Ministério toma decisões de gestão. Entretanto, o SIAB não deve ser utilizado somente para isto, pois contém os dados mínimos para o diagnóstico de saúde da comunidade, das intervenções realizadas pela equipe e os resultados sociossanitários alcançados. Dessa forma, todos os profissionais das equipes devem conhecer e utilizar os dados estruturados para traçar objetivos e estratégias, definir as metas e identificar intervenções que são necessárias à população de suas áreas de cobertura, além de avaliar os resultados do trabalho desenvolvido por toda a equipe de saúde da família (DATASUS, 2014).

As fichas que estruturam o trabalho das equipes de saúde da família e produzem os dados que compõem o SIAB são utilizadas para realizar o cadastramento, o acompanhamento domiciliar e para o registro de atividades, procedimentos e notificações dos pacientes. São elas: Ficha para cadastramento das famílias (Ficha A); Ficha para acompanhamento (Ficha B); Ficha de gestantes (Ficha B-GES); Ficha de hipertensos (Ficha B-HA); Ficha de diabéticos (Ficha B-DIA); Ficha de pessoas com tuberculose

(Ficha B-TB); Ficha de pessoas com hanseníase (Ficha B-HAN); Ficha para acompanhamento da criança – Ficha C (Cartão da Criança); Ficha para registro de atividades, procedimentos e notificações (Ficha D) (DATASUS, 2014).

Antes de registrar as informações contidas nas fichas no sistema, elas são consolidadas em blocos centrais, principalmente no cadastramento das famílias (Fichas A), mais utilizada no sistema (DATASUS, 2014). Esse registro nos municípios pode ser um instrumento importante tanto na identificação e planejamento das atividades quanto na reabilitação na atenção primária (ROCHA; PAULA; KRETZER, 2004). Porém, ainda há dificuldades no uso do SIAB para o planejamento de assistência à saúde da pessoa com deficiência, sendo os principais problemas, a ausência de mecanismos que possam avaliar e controlar a qualidade dos dados, a incompatibilidade com outros sistemas utilizados e, ainda, a ausência de retorno dos dados produzidos à comunidade (SILVA; LAPREGA, 2005). Além disso, os diferentes métodos de coleta podem ser responsáveis pelas diferenças entre a prevalência de pessoas com deficiência cadastradas pelo SIAB e aquelas encontradas em outros estudos ou censos, sendo necessário uso de protocolos de coletas e análises de dados idem para todos os censos (BRASIL, 1998).

V. Capacitação de Recursos Humanos

Esta diretriz é prioritária para o desenvolvimento de ações decorrentes da política. A formação de recursos humanos deve ser superior à escassez dos profissionais com domínio do processo reabilitador e que atuem de acordo com a interdisciplinaridade. De acordo com a política, os profissionais com formação técnica ou universitária devem ser constantemente qualificados e atualizados (BRASIL, 2010).

A capacitação de recursos humanos deve ser promovida por órgãos envolvidos, tanto no âmbito federal, quanto no estadual e municipal, os quais devem buscar auxílio em instituições públicas não estatais, além de ações integradas com o Ministério da Educação e instituições de ensino superior para que a reabilitação da pessoa com deficiência seja agregada ao currículo de graduação dos cursos de saúde (BRASIL, 2010).

O treinamento para o atendente pessoal, com o objetivo de incentivar a independência e autonomia das pessoas com deficiência, é outra forma

de capacitação prevista na diretriz da política de atenção à pessoa com deficiência. As organizações de C&T/S (Ciência e Tecnologia) atreladas ao SUS (Sistema Único de Saúde) devem ser fortalecidas nas ações voltadas para pesquisas e tecnologias prioritárias, até mesmo a avaliação de sistemas e serviços de saúde, custo-efetividade das políticas públicas e tecnologias, bem como formação e capacitação de recursos humanos.

Também existe, além da formação de recursos humanos, a necessidade de se desenvolver estratégias para avaliar cursos e desempenho dos responsáveis pelo atendimento deste público. Para tanto, o Ministério da Saúde contratualizou, em parcerias com Universidades Federais e Centros de Excelência, a capacitação de 1000 profissionais da área da reabilitação em nível superior para qualificação da prescrição de órteses, próteses e outros dispositivos auxiliares; além de capacitação de 330 ortesistas e protesistas em nível de ensino médio (BRASIL, 2012c).

A capacitação continuada desses profissionais de saúde, propondo sempre uma formação humanizada, e a técnica inclusiva para que se cumpra a legislação em relação à pessoa com deficiência, deve priorizar o acesso a todos os serviços oferecidos pelo SUS e entidades conveniadas, incluindo estratégias do programa de saúde da família – PSF.

Por mais que a inclusão esteja sendo cada vez mais ressaltada atualmente, os serviços de saúde ainda não estão devidamente preparados para atender essa população. Após o estudo e mapeamento sobre aspectos do atendimento às PcD, na rede de atenção básica de saúde no município de Paranaguá-PR, por meio de entrevistas semiestruturadas em todas UBS e ESF do município, observou-se que os profissionais não estão apropriadamente capacitados para atender esta demanda. São diversos os profissionais que estão em contato com as pessoas com deficiência na atenção básica, entre eles médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, agentes comunitários e recepcionistas. Todavia, a maioria deles não conhece as diretrizes da política nacional de atenção à pessoa com deficiência e alguns nunca ouviram falar da existência de leis, diretrizes e políticas que apoiam este público. Diante do exposto, um dos eixos de atuação intensiva do projeto PET vem sendo a divulgação da PNASPcD. Acreditamos que esse desafio não seja apenas do município em tela, mas sim uma questão comum em todo Brasil.

Diversas estratégias de educação profissional específica podem ser implantadas para atender esta clientela. A comunidade científica defende o desenvolvimento de oficinas e tecnologias para promoção da saúde relacionada à prevenção de deficiências, de doenças sexualmente transmissíveis, drogas psicoativas, prevenção de acidentes, entre outras (PAGLIUCA, COSTA, 2005; CEZARIO, MARIANO, PAGLIUCA, 2008).

VI Diretriz: Organização e Funcionamento dos Serviços

A atenção à saúde das pessoas com deficiência deverá reafirmar a importância do desenvolvimento de ações segundo a diretriz do SUS nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal), levando em conta que terá ligação com outras políticas públicas. Comporta em pelo menos três níveis de complexidade, a atenção básica, a atenção ambulatorial e a atenção ambulatorial e hospitalar especializadas. Na atenção básica, os serviços deverão desenvolver ações de prevenção primária e secundária (controle da gestante de alto-risco, atenção à desnutrição, fatores de riscos como controle da hipertensão arterial e combate ao tabagismo, e o atendimento às intercorrências gerais de saúde dessas pessoas), ações básicas de reabilitação (orientações para a mobilidade de portador de deficiência visual, prevenção de deformidades com adequação postural e fonoaudiologia para estimulação da fala para pacientes com dificuldade de comunicação). Devem ser fomentados programas de reabilitação com o objetivo de resolver os problemas funcionais e a inclusão das PcD (BRASIL, 2012c).

No nível de atenção secundária, os serviços devem estar qualificados para atender às necessidades específicas oriundas de suas incapacidades. Serão prestados os tratamentos em reabilitação mediante atuação de profissional especializado, sendo os serviços prestados de: fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, avaliação e acompanhamento do uso de órteses e próteses. A organização das ações deve ter um planejamento local e regional, definida em bases epidemiológicas, tendo caráter complementar à atenção básica e ao atendimento terciário, com um sistema de referência e contrarreferência, sendo assim o principal objetivo ter um alcance maior de cobertura e resoluções dos casos detectados. As ações a nível secundário serão executadas pela equipe multiprofissional e será fundamental, o fornecimento de órteses, próteses, equipamentos auxiliares, bolsas de ostomia e demais itens de tecnologia assistiva

necessária (BRASIL, 2012c).

O nível terciário (ambulatorial e hospitalar) deverá estar qualificado para prestar atendimento aos casos de reabilitação, cuja incapacidade e deformidade já estiverem instaladas. Além de fornecer tecnologia assistiva, característico do nível secundário, devem ser desenvolvidas atividades nos campos da pesquisa e da capacitação de recursos humanos, e dispor na sua estrutura de serviços de apoio, como aqueles inerentes, por exemplo, às áreas de neurologia, fonoaudiologia, ortopedia e traumatologia, entre outras (BRASIL, 2012c).

5 MAPEAMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DE PARANAGUÁ

Para realizar o mapeamento, inicialmente, as preceptoras entraram em contato com as coordenações da Unidade Básica de Saúde (UBS) e Estratégia da Saúde da Família (ESF), em seguida contataram os profissionais responsáveis por cada Unidade de Saúde para agendar as visitas das estudantes às UBS, com intuito de realizar o mapeamento da rede de atenção às PcD.

As atividades de mapeamento incluíram:

1. Entrevista semiestruturada com os gestores e profissionais de saúde: Este roteiro de entrevista possui questões referentes à visão e conhecimento dos entrevistados sobre as Pessoas com Deficiência (PcD) frente ao seu cotidiano de trabalho, bem como as principais demandas destas pessoas. No total, foram realizadas entrevistas com 21 profissionais da atenção básica do município de Paranaguá, incluindo as coordenadoras das Unidade Básicas de Saúde (UBS) e unidades com o programa Estratégia de Saúde da Família (ESF); os gestores dos centros municipais de diagnósticos (CMD) e especialidades (CME); e os profissionais responsáveis por cada uma das unidades de saúde visitadas. As entrevistas ocorreram no período de novembro de 2013 a fevereiro de 2014.

2. Avaliação físico-estrutural dos locais a partir do Boletim Cadastral de Equipamentos Sócio-assistenciais na Área da Saúde-assistência: Este instrumento contempla dados referentes à identificação do local, os programas/projetos/serviços ofertados, a infraestrutura, os recursos humanos e o acesso da PcD (rampas, corrimão, portas acessíveis,

ruas pavimentadas ao entorno, distância do ponto de ônibus). Foram avaliados 20 locais de atendimento, incluindo 17 unidades de saúde (UBS e ESF), 2 centros municipais de diagnóstico e especialidades (CMD e CME) e o local onde se localizava a coordenação de todas as unidades de saúde (UBS e ESF).

Em uma segunda etapa, a avaliação dos resultados obtidos seguiu a metodologia da análise temática quali-quantitativa de categorias emergentes. Esta metodologia propõe que se evidencie e se discuta os principais temas (denominadas categorias) levantados durante a realização das entrevistas semi-estruturadas. Mais do que isto, esta abordagem permite considerar todo o contexto envolvido e as percepções do entrevistador, tornando os resultados mais ricos e precisos.

5.1 RESULTADOS, DISCUSSÕES E AÇÕES

As pessoas com deficiência formam um grupo extremamente heterogêneo, visto que é composto por indivíduos com vários tipos de deficiência física, sensorial e intelectual. Desta forma, os projetos na área da saúde devem considerar todas as áreas e abrange-las em suas ações, para que assim atendam às necessidades de todos (BERNARDES et al., 2009).

A APS é o componente responsável por realizar ações que visam a promoção e proteção da saúde, atuando na prevenção de doenças, no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação e a manutenção da saúde da PcD, de forma integral e articulada com outros setores, como o da educação, assistência social e gestão pública (BRASIL, 2007).

A acessibilidade significa permitir a participação de uma PcD em atividades de lazer, educação, serviços, trabalho e saúde. Desta forma, faz-se necessária a adequação da infraestrutura nos espaços urbanos, habitações e também nos veículos públicos. A presença da acessibilidade em diferentes áreas de atuação tem como objetivo amparar e incluir as PcD na vida social. Frente a inexistência de planejamento, faz-se necessária a realização de adaptações nos edifícios já construídos, visando, então, o acesso livre para as PcD (LOMBARDI; SAHR, 2013).

Durante as visitas realizadas nas unidades de APS, observou-se que toda a rede de APS de Paranaguá necessita de um maior suporte físico-

estrutural e, principalmente, de capacitação dos prestadores de serviços, garantindo melhora no atendimento, identificando as necessidades específicas apresentadas pelas PcD e realizando os encaminhamentos adequados para atenção especializada. Outro dado importante refere-se à necessidade de ampliação do acesso à informação e realização de medidas preventivas que contemplem os grupos de risco, como é o caso de gestantes, hipertensos, diabéticos, crianças e idosos. Todos estes apontamentos vão de encontro com as diretrizes descritas na Política Nacional da Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPcD), sendo estas: 1. Promoção da qualidade de vida das PcD; 2. Assistência Integral à Saúde das PcD; 3. Prevenção de deficiências; 4. Ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; 5. Organização e funcionamento dos serviços de atendar à PcD; 6. Capacitação de recursos humanos, já detalhadas neste capítulo.

As necessidades das PcD têm início desde o momento em que saem de casa, conforme relata uma das enfermeiras entrevistadas:

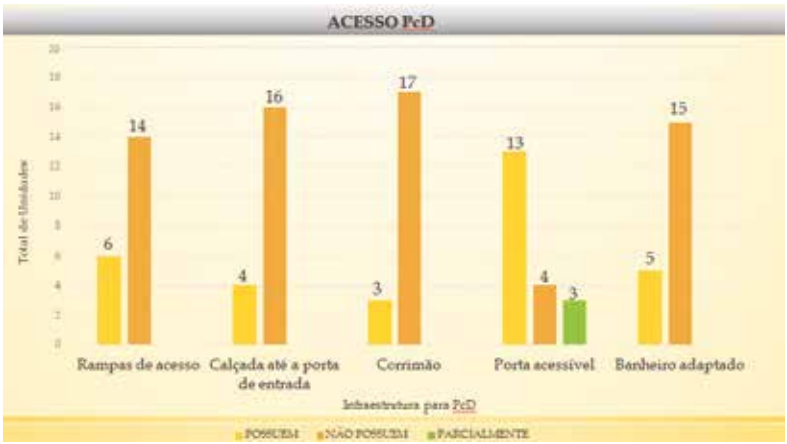
> Aqui [na UBS], o acesso por eles [PcD] é difícil. Como eles vão sair de dentro de casa com essas ruas aí? Então, a locomoção é a principal [necessidade]. Não é dar ônibus, dar transporte, é dar condições para eles saírem de casa.

Através da fala da entrevistada, percebe-se que os direitos de ir e vir dessas pessoas, assegurados por lei, não são exercidos. Sendo assim, ressalta-se a importância da acessibilidade, pois a mobilidade das PcD depende exclusivamente dela (LOMBARDI; SAHR, 2013). A dificuldade das PcD em chegar aos serviços públicos de saúde ocorre principalmente no trajeto casa-unidade de saúde. Visando diminuir esse problema, julga-se necessária a remoção de barreiras arquitetônicas e ambientais, sendo um grande avanço para a integração das PcD nas atividades do cotidiano. Estas adaptações são asseguradas pela legislação, pois o direito de acesso, circulação e utilização de espaços públicos é um direito de todos (VASCONCELOS; PAGLIUCA, 2006).

Além das dificuldades enfrentadas para chegar ao local de atendimento, as PcD ainda enfrentam outros desafios no interior dos serviços de saúde. Ao chegar à maioria dos locais, não encontram rampas, corrimão de apoio, portas com largura que permitam a livre passagem de cadeiras de

rodas, ambientes amplos para circulação de cadeirantes, pisos táteis para deficientes visuais, intérpretes de LIBRAS para que o deficiente auditivo possa se comunicar, dentre outras barreiras. A figura 2 evidencia a falta de estrutura adequada para as PcD nos locais de atendimento da atenção primária em Paranaguá:

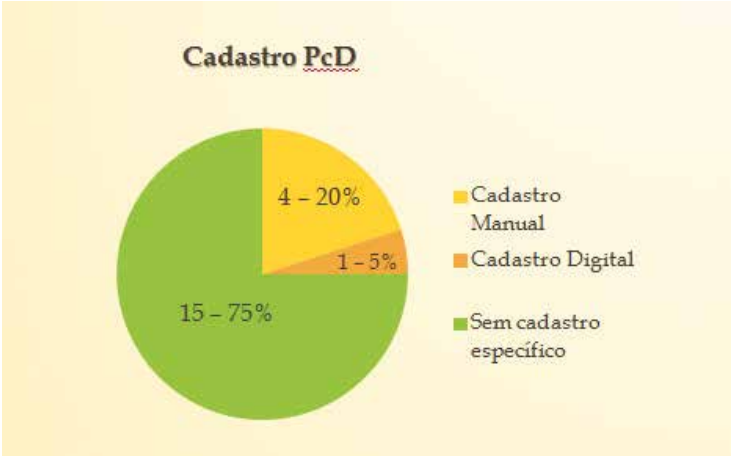
Figura 2 - Acessibilidade e barreiras arquitetônica nos serviços de APS de Paranaguá



Fonte: Os autores, 2015.

A avaliação dos resultados também apontou para a necessidade de um cadastro específico para as PcD. Esse cadastro seria uma ferramenta de extrema importância para um atendimento mais eficaz e encaminhamento especializado adequado para este público. A seguir, a figura 3 evidencia a falta de cadastro específico na rede de atenção básica, sendo que apenas um dos serviços de saúde do município possui o cadastro realizado de modo digital:

Figura 3 - Cadastro de pessoas com deficiência nos serviços de APS de Paranaguá



Fonte: Os autores, 2015.

Este mapeamento também identificou um importante ator no cenário e na rotina das unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF): o Agente Comunitário de Saúde (ACS). Sabe-se da extrema importância desta figura no cotidiano das pessoas que são acompanhadas por eles. O ACS é colocado na posição de mediador entre a população da sua região e os profissionais da saúde, visando à consolidação do modelo assistencial (NUNES et al., 2002). O ACS conhece a realidade local com muito mais profundidade, a linguagem, os costumes, as necessidades, e é capaz de identificar oportunidades, visto que também faz parte da comunidade em questão. Desta forma, ele é capaz de trazer para a unidade de saúde o ponto de vista dos usuários, abrindo novos caminhos para os mais diversos tipos de intervenções (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007).

Neste contexto, uma das ações mais significativas do Projeto PET, a partir da etapa de mapeamento, visou à capacitação dos ACS, por meio de oficinas que abordaram os temas: caracterização do projeto PET/Saúde; abordagem sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPcD), com ênfase nas suas diretrizes; a identificação dos diferentes tipos de deficiência e as necessidades específicas de cada uma delas; e, por fim, sobre a detecção precoce e a prevenção de deficiências durante a gestação e no primeiro ano de vida (ver capítulo 1.2), incluindo a atenção aos grupos de risco, como diabéticos, hipertensos, gestantes e lactentes.

Figura 4 - Início da palestra sobre a prevenção de atrasos motores

Fonte: Os autores, 2015.

Figura 5 - Participante da Oficina realizando a dinâmica proposta pela palestrante

Fonte: Os autores, 2015.

A prevenção de deficiências no âmbito da atenção primária deve ser abordada com maior atenção por todos os profissionais e pela comunidade em geral. Trata-se do caminho mais simples e eficaz para que se evite a instalação de deficiências. Portanto, logo que seja diagnosticada uma lesão que possa causar incapacidades, as ações de saúde devem ser voltadas para o cuidado e acompanhamento precoce, evitando a instalação potencializada e permanente de possíveis sequelas (BERNARDES et al., 2009).

Dentre as repercussões positivas deste trabalho, destaca-se a relevância do projeto "PET Saúde: Rede de atenção à PcD" na construção de novos perfis profissionais e na busca e perspectiva da integralização da atenção à saúde prestada aos usuários, sejam eles deficientes ou não. Há uma contribuição imensa para o fortalecimento dentro das UBS e ESF, tentando estimular a pesquisa voltada para as áreas estratégicas de atuação da Política Nacional de Saúde a Pessoa com Deficiência para a aquisição de novas práticas de atendimento, acessibilidade e estrutura, para o desenvolvimento de formação e de educação permanente dos profissionais das equipes de saúde, a fim de orientar a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de saúde. Porém, as formas de reproduzir o novo ainda enfrentam problemas de resistência, sendo, necessários, a participação ativa de profissionais e acadêmicos envolvidos nos reforços para a existência de um espaço aberto de discussões que visam à melhoria da qualidade da formação e da estrutura e acessibilidade às PcD.

Outro ponto que merece destaque está relacionado às ações inter e multidisciplinares desenvolvidas ao longo do projeto PET Saúde. Moretti-Pires (2009) afirma que a formação universitária em saúde ainda está centrada em uma visão fragmentada no campo da disciplinaridade, o que dificulta a formação de profissionais que saibam articular-se com outras áreas de saúde e que conheçam a realidade das comunidades contempladas com a ESF. O PET Saúde faz mobilizações de mudanças e propicia a constituição de futuros profissionais mais críticos, desempenhando um papel inovador na realidade do SUS e dos acadêmicos da área de saúde, sendo inserido no contexto da atenção básica a partir das ações propostas, promovendo a integração entre ensino-serviço-comunidade e a interdisciplinaridade no SUS.

6 CONCLUSÕES E MARCOS DA VIVÊNCIA

A Política Nacional da Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPcD) preconiza a promoção da qualidade de vida; a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde; a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos, e a organização e funcionamento dos serviços. A partir destas diretrizes, a equipe do projeto PET Saúde, especificamente, o eixo Saúde, além de mapear a rede de saúde no município de atuação, ofereceu oficinas e rodas de conversa para a capacitação/ atualização dos agentes comunitários de saúde e outros profissionais da APS, buscando informações sobre a realidade das PcD atendidas pela rede; participou ativamente de debates e convenções relacionadas aos direitos da PcD; desenvolveu ações de divulgação da PNASPcD e prevenção de deficiências. Neste contexto, assumiu um importante papel, tanto como disseminador de conhecimento e veículo de informação, como agente articulador, comunicador e fiscalizador dos setores responsáveis pela criação e implantação de medidas integrantes da rede de atenção.

Acredita-se que o número de PcD seja significativamente maior do que aquele apurado na etapa de mapeamento conduzida ao longo do projeto. Isto se justifica pela falta de cadastro específico na atenção básica, o que dificulta a identificação, acompanhamento e elaboração de estratégias e ações direcionadas a estas pessoas. O PET Saúde - Redes de Atenção a Pessoas com Deficiência também direcionou ações junto às Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Assistência Social, buscando a ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação relacionados às PcD nos municípios do Litoral do Paraná.

Dentre as necessidades atribuídas aos locais da APS destaca-se o quesito "acessibilidade". Grande parte das unidades visitadas não possuem estrutura física adequada para o atendimento das PcD, como banheiros adaptados, portas acessíveis, assentos prioritários sinalizados, rampas de acesso, espaço para manobras com cadeira de rodas, sinalização para deficientes visuais, dentre outros.

Faz-se necessária a qualificação dos profissionais para identificar, atender, informar e encaminhar os usuários portadores de deficiências e seus familiares. Neste aspecto, a PNSPcD apresenta como uma de suas diretrizes a "Capacitação de Recursos Humanos", que prevê profissionais

permanentemente atualizados, capacitados e qualificados, tanto na rede básica (incluindo as equipes de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde) quanto nos serviços de reabilitação (física, auditiva, visual e intelectual), potencializando os cuidados às pessoas com deficiência usuárias do SUS. Esta diretriz também se estende à capacitação de profissionais da educação e gestores de serviços que atendam esse grupo da população.

O cadastro específico das PcD é uma importante ferramenta para a identificação, controle e acompanhamento deste público nos serviços públicos de saúde, educação, assistência social, entre outros, e que pode, inclusive, direcionar ações específicas nestes locais.

Portanto, é necessária a reestruturação dos setores já existentes, visando um melhor atendimento e atenção integral às PcD. Também se sugere a implantação de local de referência especializada para a Rede de Atenção à Saúde da PcD no município de Paranaguá, contemplando a atenção ambulatorial com serviços de reabilitação (física, intelectual, visual, auditiva), diagnóstico, tratamento e acesso a tecnologias assistivas.

A participação no PET Saúde é de extrema importância para os estudantes, que são inseridos na prática, tendo uma visão ampla de como as PcD se mantém no dia a dia e nas consultas e exames de saúde. No PET Saúde eles são estimulados a aprender e a contribuir para formar perfis profissionais voltados para o SUS, potencializados na integração da ampliação do acesso aos serviços e à informação sobre saúde. Para que houvesse contribuição no planejamento das atividades das equipes de ESF e UBS, foi desenvolvida uma pesquisa de acordo com as necessidades do território estudado.

Para profissionais há, no PET Saúde, uma relevante contribuição que os impulsiona a buscar novos conhecimentos e especializações, o estímulo à preceptoria no serviço, a qualificação profissional e, ainda, a reorganização do trabalho, que funcionam como novas formar de realizar o trabalho em saúde, com o estímulo à pesquisa, novas metodologias e a potencialização da integração do processo ensino-aprendizagem entre docentes tutores, preceptores, alunos e usuários.

Destacamos com este projeto, o reconhecimento de uma nova relação

entre os profissionais de saúde e acadêmicos de cursos da área da saúde, em prol das atividades promovidas para a comunidade. A fundamental importância está nos fatores de envolvimento, valorização e de respeito pela história de vida dos usuários e suas famílias, não estando concentrada apenas na figura tradicional do profissional médico, nem apenas na doença/patologia, mas sim na integralidade de um individuo com uma determinada deficiência, seja ela física, auditiva, visual, mental ou múltipla. Contudo, as ESFs do município de Paranaguá mostraram-se parceiros empenhados para o seguimento do projeto, tendo em vista que as equipes estão inseridas na realidade onde essas famílias vivem, possibilitando, assim, um processo de aprendizagem mútua entre todos participantes.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, M. J. M.; ENGRY, E. Y. O programa saúde da família e a reconstrução da atenção básica no SUS: a contribuição da enfermagem brasileira. **Rev Bras Enferm**., v. 54, n. 1, p. 98-107, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: Conass, 2007. (Coleção Progestores, 9).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). **Rede de cuidados à pessoa com deficiência.** Conass, no âmbito do SUS. Nota técnica, n. 03, 2012. Brasília: 20 mar. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil**: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família, 2001-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência. **Manual de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Sistema Único de saúde – SUS.** Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de assistência à saúde. **Manual de legislação em saúde da pessoa portadora de deficiência. Brasília**: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **SIAB**: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Brasília (DF); 1998.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de assistência à saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Avanços das Políticas Públicas para as Pessoas com Deficiência** - Uma análise a partir das Conferências Nacionais. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.** Brasília, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, 2010.

BERNARDES, L. C. G. et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 31-38, 2009.

CAMPOS, A. L. V.; NASCIMENTO, D.R. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização The history of polio In: **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 10, supl. 2, p. 573-600, 2003.

CARVALHO-FREITAS, M. N. Inserção e Gestão do trabalho de pessoas com deficiência: um estudo de caso. **RAC**, v. 13, p. 121-138, Curitiba, jun. 2009.

CASTILHO-WEINERT, L. V.; FORTI-BELLANI, C. D. **Fisioterapia em Neuropediatria**. Curitiba: Editora Omnipax, 2011.

CEZARIO, K. G.; MARIANO, M. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Comparando o comportamento sexual de cegos e cegas diante das DSTs. **Rev Eletrônica Enferm.,** v. 10, n. 3, p. 686-94, 2008.

DATASUS. Siab. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 de nov. 2014.

DUARTE, L. R; SILVA, D. S. J. R; CARDOSO, S. H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**., v. 11, n. 23, p. 439-47, set./dez. 2007.

FORTES FILHO, J. B. Retinopatia da prematuridade. **Revista brasileira de oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 4, p. 246-258, jul./ago. 2006.

HENRIQUES, G. et al. Retinopatia da Prematuridade. **Consensos Nacionais em Neonatologia**, p. 101, 2011.

LOMBARDI, A. P.; SAHR, C. L. L. Inclusão socioespacial de pessoas com deficiência: espaços de morar do Programa "Minha Casa Minha Vida" na cidade de Ponta Grossa – PR. **Ateliê Geográfico**, Goiânia, v. 7, n. 2, p. 233-256, ago. 2013.

MANCINI, M. C. et al. Efeito Moderador do risco social na relação entre o risco biológico e desempenho funcional infantil. **Rev. Bras. Saúde Mater**. Infant., Recife, v.4, n.1, 2004.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface**, Botucatu, n.13, v.30, p. 153-66, 2009.

MORIN, E. **A cabeça bem feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

NASCIMENTO, D. R.; MARANHÃO, E. P. Uma gota, duas doses: criança sadia, sem paralisia. In: NASCIMENTO, D. R.; CARVALHO, D. M. (Orgs.). **Uma história brasileira das doenças**. Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 229-241.

NUNES, M. O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p.1639-1646, 2002.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde. Classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens (Handicaps). Um manual de classificação das consequências das doenças (1980). 2 ed. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação, 1995.

PAGLIUCA, L. M. F.; COSTA, E. M. Tecnologia educativa para o auto-exame das mamas em mulheres cegas. **Rev RENE**., v. 6, n. 1, p. 77-75, 2005.

PEREIRA, R. J. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. **Rev Psiquiatr**., v. 28, n. 1, 2006.

ROCHA, E. F.; CASTIGLIONI, M. C. Reflexões sobre recursos tecnológicos: ajudas técnicas, tecnologia assistiva, tecnologia de assistência e tecnologia de apoio. **Rev. Ter. Ocup. Univ**., São Paulo, v. 16, n. 3, p. 97-104, set./dez. 2005.

ROCHA, E. F.; PAULA, A. R.; KRETZER, M. R. O estudo de prevalência de deficiências e incapacidades como instrumento de planejamento das atividades de atenção à saúde e reabilitação no Programa de Saúde da Família. **Rev Ter Ocup**., v. 15, n. 1, p. 1-10, 2004.

SAVIANI-ZEOTI, F.; PETEAN, E. B. L. A qualidade de vida de pessoas com deficiência mental leve. **Psic.: Teor. e Pesq**., v. 24, n. 3, p. 305-311, jul./set. 2008.

SILVA, A. L.; CIAMPONE, M. H. T. Um olhar paradigmático sobre a Assistência de Enfermagem – um caminhar para o cuidado complexo. **Rev Esc Enferm**., v. 37, n. 4, 2003.

SILVA, L. P. A.; QUEIROS, F.; LIMA, I. Fatores etiológicos da deficiência auditiva em crianças e adolescentes de um centro de referência APADA em Salvador-BA. **Rev Bras Otorrinolaringol,** v. 72, n. 1, p. 33-6, 2006.

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, 2005.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S. TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. **Social Science and Medicine**, v. 46, n. 12, 1569-1585, 1998.

VASCONCELOS, L. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviço básicos de saúde. **Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 494-500, dez. 2006.

SOBRE OS/AS AUTORES/AS:

Audrin Said Vojciechowski

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Bolsista do Projeto PET Saúde - Redes de Atenção às PcD/UFPR.

Bruna Leticia dos Santos

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Bolsista do Projeto PET Saúde - Redes de Atenção às PcD/UFPR.

Mariana Rodrigues Gaspar Correa

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Bolsista do Projeto PET Saúde - Redes de Atenção às PcD/UFPR.

Thalita Cogrossi do Nascimento

Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Bolsista do Projeto PET Saúde - Redes de Atenção às PcD/UFPR.

Ligia Faria

Cursa especialização em Formação Integrada Multiprofissional em Educação Permanente em Saúde pela UFRGS. Graduada em Nutrição pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Paranaguá. Preceptora do Projeto PET Saúde - Redes de Atenção às PcD/UFPR.

Silmara Souza Lima

Especialista em Gestão Pública em Saúde pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especialista em Ecoturismo pelo FECEA, Universidade da Flórida e Ibama. É Graduada em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Psicóloga da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Paranaguá. Psicóloga clínica em clinica multiprofissional. Tutora do Curso de Especialização em Gênero e Diversidade na Escola/ UFPR. Preceptora do Projeto PET Saúde - Redes de Atenção às PcD/UFPR.

Marcos Claudio Signorelli

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com estágio sanduíche na La Trobe University, Melbourne - Austrália. Mestre em Fisiologia, pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Graduado em Fisioterapia pela Universidade Regional de Blumenau (Furb). Professor da UFPR para os Cursos de Graduação em Fisioterapia e Saúde Coletiva. Orientador dos Programas de Pós-Graduação (Mestrados) em Desenvolvimento Territorial Sustentável e Saúde Coletiva. Coordenador da Especialização em Gênero e Diversidade na Escola (GDE). Coordenador do Projeto PET/Ministério da Saúde - Redes de atenção às pessoas com deficiência/UFPR. Líder do Grupo de Pesquisas Território, Diversidade e Saúde (TeDiS).

PET SAÚDE E SUA ARTICULAÇÃO COM A EDUCAÇÃO: DIREITOS, ACESSIBILIDADE E INCLUSÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Bruno dos Santos Silva
Carolina de Moraes Oliveira Leandro
Micaela Góis Boechat Boaventura
Melissa Sayuri Hoshino
Tainá Ribas Mélo
Marcos Claudio Signorelli

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, em seu Capítulo III, Seção I, artigo 205 afirma que "a educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho". Elegendo também o artigo 206, inciso I, como um dos princípios para o ensino, "a igualdade de condições para o acesso e permanência na escola". Porém, sabe-se que na prática a realidade é outra, sendo que, através das atividades de mapeamento do Projeto PET Saúde, foi possível diagnosticar que existe uma carência de informações específicas sobre Pessoas com Deficiência (PcD), déficit de infraestrutura dos dispositivos, de diretrizes de atenção e insuficiência de articulação entre os serviços nas Instituições de Ensino (IE) mapeadas.

A proposta do Programa de Educação Pelo Trabalho – PET Saúde e o Aprimoramento da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência é viabilizar a interação no mundo do trabalho em saúde entre estudantes e docentes universitários, a comunidade e profissionais atuantes no SUS, a fim de conhecer e propor ações conforme a demanda dos municípios de abrangência.

Assim, neste capítulo será focalizada a atuação específica do projeto PET Saúde no município de Paranaguá-PR, refletindo a partir dessa experiência que acontece desde 2013, fruto de uma parceria da

Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Setor Litoral com o Ministério da Saúde e Secretarias Municipais (Educação, Assistência Social e Saúde). No texto serão explorados alguns conceitos a respeito de PcD, inclusão e acessibilidade, bem como será descrito um pouco desta experiência, com ênfase na etapa de mapeamento realizada pelo Eixo da Educação no município de Paranaguá-PR. Espera-se que os relatos explorados neste texto possam servir de subsídios para o desenvolvimento de experiências semelhantes em outros cenários escolares.

2 DEFICIÊNCIA

Numa abordagem mais atual e considerando aspectos biopsicossociais, além das questões do meio, a Organização Mundial da Saúde (OMS), por meio da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), define a palavra deficiência como: "Problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, como um desvio significativo ou uma perda". Corroborando, Luppi (2010) a define como toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado típico[1] para o ser humano, sendo uma limitação em pelo menos duas das seguintes habilidades: comunicação, autocuidado, adaptação social, saúde, segurança, uso de recursos. O diferencial da CIF é que considera a dificuldade da limitação da tarefa da PcD não só baseada na alteração anatômica e/ou fisiológica, mas também pela restrição (barreira) ou facilitação que o ambiente pode oferecer ao desempenho nas suas atividades (FARIAS; BUCHALLA, 2005; OMS, 2012).

Muitos termos foram utilizados ao longo dos anos para definir as pessoas com deficiência: especiais, excepcionais, portadores de deficiências, pessoas com necessidades educacionais especiais, entre outros. O Ministério da Educação (MEC) entendia por NEEs (Necessidades Educacionais Especiais), hoje denominadas PcD, as altas habilidades/superdotação; autismo; deficiência física, auditiva, visual, mental ou múltiplas; síndrome de Down e condutas típicas (MESQUITA et al., 2009). A mudança de nomenclatura ao longo dos anos ocorreu no sentido dos direitos das pessoas com deficiência, e teve como base o modelo social de direitos humanos, reconhecendo a pessoa com deficiência como pessoa humana em primeiro

1 No texto utilizaremos o termo típico, usado por Forti-Bellani e Castilho-Weinert (2011), como referência a indivíduos sem alterações fisiológicas e anatômicas e que cursam com desenvolvimento esperado e atípico, na presença de desordens e alterações.

lugar, independente de sua limitação funcional (CONADE, 2009). Por isso o termo pessoa com deficiência é considerado o mais adequado, sendo aprovado pela Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidades das Pessoas com Deficiência, na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2006, e ratificada no Brasil em julho de 2008 (FUNDAÇÃO DORINA NOWHILL PARA CEGOS).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo 2010, mais de 45 milhões de brasileiros (23,9% da população) declararam ter algum tipo de deficiência: visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. Destes, cerca de 56% são do sexo feminino (BRASIL, 2012). Cabe salientar que os critérios do censo são razoavelmente subjetivos para estimar esse quantitativo, uma vez que muitas pessoas com alguma dificuldade permanente de visão, como, por exemplo, pessoas que utilizam óculos/lentes também foram categorizadas como pessoas com deficiência. Isso nos remete ao fato de considerar a diversidade de deficiências como um fenômeno complexo, inclusive em relação à gradação da deficiência, ou, em outras palavras, considerar o grupo de pessoas com deficiência como um grupo não homogêneo, e que diferentes níveis de deficiências impactam de modo distinto na vida de cada sujeito.

A prevalência da deficiência variou de acordo com a natureza de cada tipo de deficiência. A deficiência visual (baixa visão ou visão subnormal e cegueira) apresentou a maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira. Dessas, 3,46% apresentam deficiência visual severa e 1,6% são totalmente cegas. Em segundo lugar está a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população; seguida da deficiência auditiva, em 5,1%; e da deficiência mental ou intelectual, em 1,4%. Quanto ao percentual de PcD em relação aos grupos de idades, cerca de 7% têm entre 0-14 anos, 25% têm entre 15-64 anos e 68% têm 65 anos ou mais. Quanto às raças/etnias, os maiores percentuais foram encontrados nos grupos preto e amarelo, em ambos os sexos, seguindo a tendência de maior incidência na população feminina. Entre os estados brasileiros, a maior incidência de deficiências ocorreu nos estados do Rio Grande do Norte e da Paraíba, e de menor incidência foram nos estados de Roraima e Santa Catarina (BRASIL, 2012).

O Estado do Paraná conta com uma população de 10.444.526 (dez milhões, quatrocentos e quarenta e quatro mil e quinhentos e vinte e seis) habitantes, segundo o censo 2010 do IBGE, e desta pesquisa 18% dos

paranaenses sofrem algum tipo de deficiência. (BRASIL, 2012).

Um pouco diferente do que apontam os estudos do IBGE (2010), tem-se o estudo de Barbosa, Rosini e Pereira (2007) realizado com 445 pais de crianças em processo de inclusão em 02 (duas) escolas municipais de 1ª a 4ª séries de São Paulo. Pôde-se constatar em relação às deficiências relatadas pelos pais das crianças PcD que predomina a deficiência intelectual (38,46%) seguida pela deficiência física (17,16%), mas também há casos de deficiência auditiva (12,43%), deficiência visual (10,65%), deficiência múltipla (8,28%), condutas típicas (2,37%) e altas habilidades (1,18%). Dos pais entrevistados, apenas 9,47% não especificaram a deficiência da criança. Essa diferença do estudo desses autores para o que apontam as médias nacionais pode ser decorrente da forma de classificação ou, até mesmo, como sugerem Arruma e Almeida (2014), por muitas das deficiências não serem (re)conhecidas pelas escolas.

Com relação à escolarização das PcD, o censo nacional do IBGE (2010) relata que 95,2% das crianças com deficiência entre 6 a 14 anos frequentam escola, 1,9 pontos percentuais abaixo do total da população nessa faixa etária (97,1%). Entre a idade igual ou superior a 15 anos, a taxa de alfabetização é um pouco menor e corresponde a 81,7%, uma diferença de 8,9 pontos percentuais em relação ao total da população geral na mesma faixa etária (90,6%). Entretanto, segundo dados da Cartilha da Inclusão Escolar (ARRUDA; ALMEIDA, 2014), existe a estimativa de que dos seis milhões de crianças e adolescentes com deficiência, somente 712 mil estão matriculadas em escolas de ensino regulares e escolas especiais, 80% são do sistema público. No Brasil, apenas 31,5% das escolas regulares apresentam apoio pedagógico especializado e, dos 2,3 milhões de professores brasileiros, apenas 55 mil se dedicam à Educação Especial (2,4%), onde 77,8% com formação específica na área e 47% lotados em escolas regulares (53% em escolas especiais).

No município de Paranaguá-PR, local de execução do projeto PET aqui descrito, que conta com uma população estimada em 140.469 (cento e quarenta mil e sessenta e nove) habitantes, segundo o IBGE 2010, 18% sofre com alguma deficiência, dentre as exemplificadas até aqui. A compilação de dados quantitativos integra parte da etapa de mapeamento do projeto PET realizada junto à área de educação do município. A equipe destaca que um dos primeiros e importantes passos no sentido de consolidação de uma

rede de atenção às PcD consiste no mapeamento, ou seja, na quantificação/dimensionamento do grupo e das ações já existentes, sua distribuição espacial (sujeitos e serviços) e principais subgrupos e particularidades (como por exemplo, os subtipos de deficiência), bem como interpelar a interação dessa área com outras áreas (saúde, assistência social, entre outras). Nesse capítulo, além de questões teóricas relativas ao tema, será dada ênfase na compilação dos dados da etapa de mapeamento.

3 TIPOS DE DEFICIÊNCIAS

3.1 INTELECTUAL

Para Luppi (2010) a deficiência intelectual não é considerada uma doença ou um transtorno psiquiátrico, mas sim um ou mais fatores que causam prejuízo das funções cognitivas que acompanham o desenvolvimento diferente do cérebro. Já o Referencial Curricular Nacional para Educação Infantil (BRASIL, 2000) caracteriza a deficiência mental como um funcionamento intelectual geral significativamente abaixo da média, oriundo do período de desenvolvimento, concomitante com limitações associadas a duas ou mais áreas da conduta adaptativa ou da capacidade do indivíduo em responder adequadamente às demandas da sociedade, nos aspectos como: cuidados pessoais, comunicação, habilidades sociais, desempenho escolar, independência na locomoção, desempenho na família e comunidade, lazer e trabalho.

Destacamos que o termo mais apropriado atualmente é **pessoa com deficiência intelectual**, suprimindo outros termos já considerados estigmatizados, tais como deficiente mental ou pessoa com retardo mental. A Opas (Organização Pan-Americana da Saúde) e OMS realizaram um evento no Canadá, em 2004 (do qual o Brasil participou), aprovando o documento *Declaração de Montreal sobre Deficiência Intelectual,* sendo que o termo já vem sendo oficialmente utilizado pela ONU desde 1995. Também se deve tomar o cuidado para não confundir a deficiência intelectual com transtorno mental (antigamente denominado doença mental), já que a maioria das pessoas com deficiência intelectual não possuem transtorno mental.

3.2 FÍSICA

De acordo com o Decreto nº 3.298/1999 alterado pelo Decreto nº 5.296/2004, deficiência física é a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia[2], paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2004). Já o Ministério da Educação afirma que:

> A deficiência física se refere ao comprometimento do aparelho locomotor que compreende o sistema Osteoarticular, o Sistema Muscular e o Sistema Nervoso. As doenças ou lesões que afetam quaisquer desses sistemas, isoladamente ou em conjunto, podem produzir grandes limitações físicas de grau e gravidades variáveis, segundo os segmentos corporais afetados e o tipo de lesão ocorrida. (BRASIL, 2006a)

3.3 AUDITIVA

A deficiência auditiva é um tipo de privação sensorial cujo sintoma comum é uma reação anormal diante do estímulo sonoro (GAGLIARDI; BARELLA, 1986 apud DESSEN; BRITO, 1997). A surdez é, portanto, caracterizada pela perda, maior ou menor, da percepção normal dos sons, havendo vários tipos de deficiência auditiva, em geral classificados de acordo com o grau de perda da audição. Esta perda é avaliada pela intensidade do som, medida em decibéis (dB), em cada um dos ouvidos

2 **Plegia**: É considerada a total falta de força para a realização da movimentação ativa (WEINERT, BELLANI, 2011). **Paresia**: É a perda parcial da movimentação ativa (WEINERT, BELLANI, 2011). **Monoparesia/Monoplegia**: Diminuição ou ausência de movimento num membro (SPECIALI, 1996). **Diparesia/Diplegia**: Comprometimento dos membros inferiores (REBEL et al., 2010). **Paraparesia/Paraplegia**: Diminuição ou ausência de movimento em membros inferiores (SPECIALI, 1996). **Hemiparesia/Hemiplegia**: Diminuição ou ausência de movimentos do membro superior e membro inferior de um lado do corpo (SPECIALI, 1996). **Triplegia**: Comprometimentos dos membros inferiores e um dos membros superiores (REBEL et al., 2010). **Quadriparesia ou Tetraparesia/Quadriplegia ou Tetraplegia**: Diminuição ou ausência de movimentos dos quatro membros (SPECIALI, 1996). **Dupla-hemiplegia**: Comprometimento dos quatro membros, porém com maior espasticidade em membros superiores (REBEL et al., 2010).

(MARCHESI, 1986 apud DESSEN; BRITO, 1997). O Decreto nº 3.298/1999 alterado pelo Decreto nº 5.296/2004, define deficiência auditiva como a perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz. (BRASIL, 2004).

3.4 VISUAL

Conceitua-se deficiência visual como a presença de cegueira ou visão subnormal (MONTILHA *et al.*, 2006). Segundo o Decreto n.º 3.298/1999 e o Decreto nº 5.296/2004, a deficiência visual é:

> ... cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60^{o}; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. (BRASIL, 2004).

3.5 MÚLTIPLA

É a associação de duas ou mais deficiências, segundo o Decreto n.º 3.298/1999 (BRASIL, 1999). Segundo a Secretaria de Educação Especial (Seesp/MEC), através do documento *Dificuldades acentuadas de aprendizagem: deficiências múltiplas* (2006), o termo deficiência múltipla tem sido utilizado, com frequência, para caracterizar o conjunto de duas ou mais deficiências associadas, de ordem física, sensorial, intelectual, emocional ou de comportamento social. No entanto, não é o somatório dessas alterações que caracterizam a múltipla deficiência, mas sim o nível de desenvolvimento, as possibilidades funcionais, de comunicação, interação social e de aprendizagem que determinam as necessidades educacionais dessas pessoas. (BRASIL, 2006b).

4 INCLUSÃO

Nas últimas décadas, o processo de inclusão no Brasil foi incentivado através de políticas e leis que garantam a inclusão de PcD na rede regular

de ensino. Elaborada com apoio na Conferência Mundial de Educação Especial, ocorrida em 1994, a política de inclusão das PcD nas escolas regulares brasileiras, data de mais de dez anos e se encontra embasada na Declaração de Salamanca (MESQUITA *et al*. 2009). Porém, foi a partir de 1996, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que se observou essa transformação do sistema educacional brasileiro. Foi uma mudança significativa no processo educacional trazendo também inúmeras expectativas, dificuldades e desafios. Dentre os desafios citados nos trabalhos com relação ao processo de inclusão estão as dúvidas referentes ao diagnóstico, manejo das PcD e de capacitação profissional (MESQUITA *et al.,* 2008). Cacciari, Lima e Bernardi (2005)[3] citados por Mesquita *et al.* (2008) relatam ainda que além das dificuldades mencionadas anteriormente, são adicionadas dificuldades subjetivas, relacionadas ao "lidar" com as diferenças. Para esses autores essas diferenças representam a quebra de um "padrão" e "norma" idealizados. Mais recentemente, em 2014, foi sancionada a Lei n.º 13.005, a qual implementa o Plano Nacional de Educação (PNE) com diretrizes e metas bem estabelecidas, dentre elas aquelas que contemplam o direito universal à educação preferencialmente na rede regular de ensino (SAVIANI, 2014).

Em relação à inclusão no ambiente educacional, Damasceno (2013) a considera como um processo de inclusão de PcD ou de pessoas com distúrbios de aprendizagem na rede comum de ensino em todos os seus graus (da pré-escola ao nível superior), ou seja, através dela se privilegiam os projetos de escola que apresentam as seguintes características: direcionamento para a comunidade; processo educativo entendido como um processo social em que todas as PcD ou crianças com distúrbios de aprendizagem possam ter o direito à escolarização, assim como as crianças com desenvolvimento típico, no qual, o alvo a ser alcançado seja a integração da criança com deficiência à comunidade. Pode-se considerar inclusão no ambiente educacional uma escola de qualidade para todos, incondicionalmente e não adjetivada, aberta à diversidade humana (GODOI *et al*., 2007).

Mesquita *et al*. (2009, p.34) relatam que, no processo de inclusão, torna-se necessário o conhecimento das redes formais e informais de ensino relacionadas às PcD, pois todos os tipos de redes influenciam diretamente

3 CACCIARI, F. R.; LIMA, F. T.; BERNARDI, M. R. Ressignificando a prática: um caminho para a inclusão. **Constr. Psicopedag**., v. 13, n. 10, p. 35-42, 2005.

no sucesso da inclusão. Isso porque para esses autores "as ações ganham reforços na valorização dos elos informais e das relações proporcionadas pelas redes sociais que visam incentivar a participação de todos e reduzir as pressões excludentes".

A proposta de construção de um sistema educacional inclusivo na realidade brasileira encontra-se amparada legalmente e em princípios teóricos fundamentados em ideais democráticos de igualdade, equidade e diversidade. (OLIVEIRA; LEITE, 2007). Rocha e Miranda (2009) defendem que a consecução do processo de inclusão não se efetue apenas por decretos ou leis, ou seja, o processo de inclusão requer transpor as barreiras que impedem ou restringem o acesso e a permanência de pessoas com deficiência nas instituições de ensino (da pré-escola até o ensino superior). Segundo Oliveira (2004)[4], citada por Arruda e Almeida (2014), do ponto de vista educacional, o processo de inclusão deve ser capaz de atender a todos/as, indistintamente, incorporando as diferenças no contexto da escola, o que exige a transformação de seu cotidiano e, certamente, o surgimento de "novas formas de organização escolar, audaciosas e comprometidas com uma nova forma de pensar e fazer educação" (p. 6).

No município de Paranaguá, os indicadores educacionais apontam o seguinte panorama: em 2007, 23,6% das crianças PcD frequentavam escolas comuns, 16,5% classes especiais e 59,8% escolas exclusivas. Em 2013 já se observa uma mudança desse cenário, com 45,4% das crianças PcD em escolas comuns, 4,7% em classes especiais e 49,9% ainda em escolas exclusivas (Observatório do Plano Nacional de Educação - PNE, 2014).

O próprio observatório relata, porém, que muitas metas e índices para PcD não são conhecidos porque as pesquisas e o Censo do IBGE não levantam informações completas que permitam diagnosticar a real situação, tanto de Paranaguá como dos demais municípios do país. A existência e investigação de indicadores auxiliares sobre a temática ajudariam a traçar um panorama geral da situação. Assim, dentre as metas do PNE, destaca-se a necessidade do conhecimento mais detalhado e fidedigno sobre o perfil das PcD (SAVIANI, 2014).

4 OLIVEIRA, A. A. S. **Inclusão**: intenção e realidade. Marília, SP: Fundepe Publicações, 2004.

5 ACESSIBILIDADE

Ao pensar em inclusão torna-se necessário discutir acessibilidade, ou seja, o acesso e a disponibilidade de espaços físicos adequados para receber as PcD, o que reforça que acessibilidade é um aspecto de inclusão (MAZZARINO, RISSI, 2011). Faz parte do senso comum associar a acessibilidade com dispositivos arquitetônicos, tais como rampas, elevadores, portas, corrimãos, etc. Porém acessibilidade é um conceito muito mais amplo, fundamental e imprescindível a todo e qualquer processo de inclusão social, e se apresenta em múltiplas dimensões, incluindo de natureza atitudinal, comunicacional, tecnológica, física, informacional, linguística e pedagógica, dentre outras. É particularmente uma questão de atitudes: depende da necessária e gradual mudança de atitudes da sociedade perante às PcD.

Pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), em sua Norma Brasileira (NBR) n.º 9.050/2004, a acessibilidade é a condição para o uso com segurança e autonomia total ou assistida dos espaços, mobiliários, equipamentos e espaços urbanos, edificações, serviços de transporte, dispositivos e sistemas de comunicação e informação pela PcD. A Lei n.º 10.098, de 19 de dezembro de 2000, estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das PcD com medidas de supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transportes e de comunicação (TAGLIARI; TRÊS; OLIVEIRA, 2006). O PNE de 2014 vem para ratificar a necessidade de que questões sobre inclusão sejam pensadas e efetivadas (SAVIANI, 2014). Assim, um estudante que possui alguma limitação em suas atividades, decorrente de deficiência, pode ter seu desempenho afetado pelas barreiras ambientais, podendo apresentar dificuldades em desenvolver as habilidades necessárias para o seu aprendizado e convívio dentro do ambiente escolar, o que torna esse ambiente desfavorável ao seu desenvolvimento (PLOTEGHERA; EMMELB; CRUZ, 2013).

A incapacidade não existe somente pela existência da deficiência, seja ela de qualquer tipo, mas sim pela relação desfavorável entre o ambiente e a PcD (BOSCHI *et al.,* 2011). Sousa e Tavares (2001) relatam que durante o processo de inclusão da PcD encontram-se muita dificuldade e barreiras no acesso e nas práticas pedagógica dos/as professores/as.

As escolas precisam estar preparadas para receber todos os tipos de estudantes, e o Decreto Federal n.º 5.296, de 2 de dezembro de 2004, e a Lei n.º 13.005, de 25 de junho de 2014 (estratégia 4,6 da meta 4), definem prazos para a garantia de acessibilidade, garantindo que em casos de descumprimento dessas normas, penas sejam estabelecidas (PRADO, DURAN, 2006; SAVIANI, 2014).

Quando se pensa em barreiras, deve-se extrapolar o conceito de acesso físico (barreiras físicas/arquitetônicas), pois também existem as barreiras sistêmicas (dificuldade de acesso a recursos, sistemas, serviços de instituições) e ainda barreiras atitudinais que levantam questões para reflexão sobre o entendimento do "ser humano" e o enfrentamento de preconceitos e discriminações em relação às PcD (TAGLIARI; TRÊS; OLIVEIRA, 2006).

As instituições de ensino devem garantir que nenhum estudante seja discriminado, tendo a responsabilidade de garantir uma reestrutura curricular, elaboração de projetos específicos, elencar propostas de programas diversificados, com o intuito de promover a acessibilidade, em todos os âmbitos de acesso à escola, inclusive em atividades extracurriculares para as PcD (BOSCHI *et al.*, 2011).

Lima, Lima e Guedes (2009) descrevem a importância da divulgação e conscientização sobre o serviço de áudio descrição, para alunos ou pessoas com deficiência visual, e denunciam que milhares de brasileiros necessitam deste serviço, pois essa parcela da população acaba ficando alienada do resto dos acontecimentos televisíveis, de lazer, da educação e cultura, e lugares dos quais não são acessíveis devido a barreiras atitudinais e comunicacionais advindas da falta de equipamentos áudio descritivas. Soares (2012) realizou um estudo sobre a concepção do trabalho do intérprete de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) no ambiente escolar, através de pesquisa realizada com professores, gestores e alunos. Os resultados demonstraram a percepção de mudança na dinâmica da escola, pois além de ser favorável para acessibilidade dos alunos deficientes auditivos, facilitou não somente a realização das atividades curriculares, mas também o convívio do surdo com os alunos e professores ouvintes.

Para o cumprimento dessas demandas a Resolução n.º 27, de 02 de junho de 2011, no qual dispõe sobre a destinação de recursos financeiros

às escolas públicas municipais, estaduais e do Distrito Federal do ensino básico, que de antemão foram contempladas com salas de recursos multifuncionais no ano de 2009 e que se integrariam ao "Programa Escola Acessível" em 2011, dá respaldo para os alunos da educação especial, que estejam matriculados em classes comuns do ensino regular, terem o direito a acessibilidade em áreas comuns da escola, cadeiras de rodas, mobiliário e bebedouros acessíveis e tecnologia assistiva[5] para seu pleno desenvolvimento educacional.

6 A EXPERIÊNCIA DO PROJETO PET JUNTO À EDUCAÇÃO: RESULTADOS DO MAPEAMENTO

O projeto PET Redes de Atenção à Saúde da PcD estabeleceu como um dos eixos prioritários no fortalecimento da rede a atuação junto à Educação Básica. Ou seja, não há como considerar a saúde de PcD em seu aspecto integral sem que haja um diálogo intersetorial com o setor Educação, uma vez que grande parte das crianças, jovens e adultos com deficiência também frequentam a rede de ensino. Para isso, foi estabelecida uma estratégia de atuação junto a este eixo: uma etapa de mapeamento e diagnóstico inicial, seguida de análise da conjuntura, planejamento e execução de ações visando o fomento da rede de atenção às PcD. Neste texto será dada ênfase aos resultados da etapa de mapeamento e diagnóstico no cenário da Educação.

O mapeamento foi realizado em 40% das 77 instituições de ensino entre Escolas Estaduais, Municipais e CMEIs (Centros Municipais de Educação Infantil) do município de Paranaguá, ao longo do ano de 2014. O mapeamento consistiu na tabulação de indicadores secundários, obtidos a partir de dados fornecidos pelo Núcleo Regional de Educação (NRE) de Paranaguá, visitas *in loco* para avaliação estrutural e dos equipamentos, bem como entrevistas com gestores e docentes das instituições visitadas. Para análise e conhecimento relacionado à percepção de gestores e professores sobre a Política Nacional para a PcD, foi conduzido uma pesquisa quali-quantitativa, seguindo um roteiro de entrevista semiestruturada. Para avaliação dos locais (estrutura e equipamentos) foi aplicado um instrumento denominado pela equipe de *Boletim Cadastral de Equipamentos Sócio-assistenciais*, que foi aplicado simultaneamente neste eixo da Educação,

5 Segundo a Resolução n.º 27/2011, entende-se por tecnologia assistiva qualquer produto, recurso, metodologia, estratégia, prática e serviço que promova funcionalidade e participação da PcD nas atividades, melhorando sua autonomia, independência e inclusão educacional.

assim como nos equipamentos da Saúde (pelo eixo Saúde) e da Assistência Social (pelo eixo Assistência Social).

O NRE aponta que existem 1.767 pessoas (entre crianças e adolescentes) com algum tipo de deficiência, matriculadas nas IEs (tanto públicas quanto privadas), sendo que destes, a maioria, podem consequentemente utilizar o Sistema Único de Saúde. Para a pirâmide referente à "População por sexo, segundo os grupos por idade" (IBGE, 2010), no município de Paranaguá residem aproximadamente 17 mil crianças e adolescentes, comparando-se ao número de deficientes informado pela NRE, o resultado é de que 10% da população de crianças e adolescentes parnanguaras apresentam algum tipo de deficiência e estão inseridos na rede de ensino local.

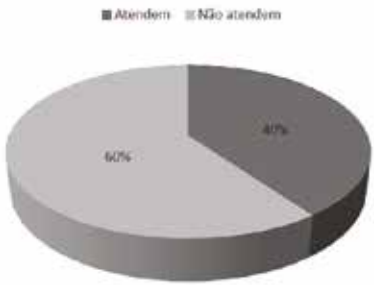
Os resultados obtidos são apresentados através de gráficos. Inicialmente, descrevendo as instituições que atendem as PcD (Figura 1), especificando o número de PcD nas instituições de ensino: Municipais (Figura 2), Estaduais (Figura 3) e Particulares (Figura 4). Observa-se que o município estudado aponta na direção da inclusão, como almejam as políticas públicas em defesa da inclusão, porém o desafio é grande. Observa-se que atualmente 40% das instituições de ensino recebem PcD. Alguns desafios ainda precisam ser superados, como a quebra das barreiras, tanto físicas quanto atitudinais, através de mais recursos para um atendimento mais qualificado, como, por exemplo: adaptações dos espaços físicos, mais capacitações aos profissionais e conhecimento das políticas públicas de inclusão.

Apesar de no município os indicadores educacionais apontarem uma melhora progressiva com relação à inclusão nos últimos anos, o desafio ainda é substancial. A 4ª meta do PNE é universalizar o acesso à educação básica e ao atendimento educacional especializado para as PcD de 4 a 17 anos, preferencialmente na rede regular de ensino, com a garantia de sistema educacional inclusivo, de salas de recursos multifuncionais, classes, escolas ou serviços especializados, públicos ou conveniados.

Os êxitos encontrados são fatores motivantes, pois se sabe que, a nível nacional, 712 mil matrículas de crianças e adolescentes PcD representam apenas 1,25% das 56 milhões de matrículas anuais em escolas públicas e privadas. Sabe-se, porém, que um percentual muito maior deve ser considerado, já que muitas crianças com deficiência não têm diagnóstico

e permanecem na escola regular sem atendimento em regime de inclusão (sem "laudo"), e de certa forma excluídas do sistema educacional. Assim, o destino de boa parcela dessas PcD acaba sendo a evasão escolar (ARRUDA; ALMEIDA, 2014). Tanto que o parágrafo único do artigo 4º, da Lei n.º 13.005/2014, que sanciona o Plano Nacional de Educação, prevê como estratégia a busca por melhores dados estatísticos para o conhecimento do perfil populacional das PcD dentro da faixa etária dos 4 aos 17 anos de idade.

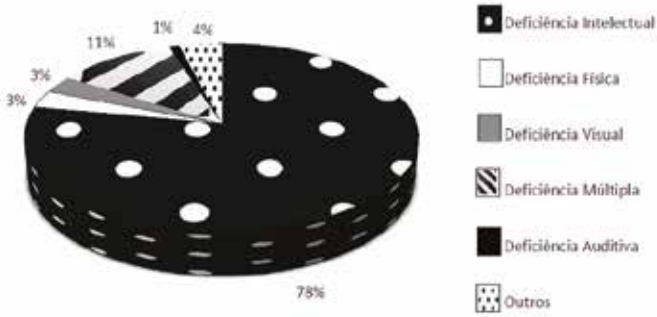
Figura 1 - Instituições de ensino que atendem PcD no município de Paranaguá (2014)



Fonte: Núcleo Regional de Educação (2014)

Em relação à figura 2, pode-se visualizar a quantidade de alunos com algum tipo de deficiência nas instituições de ensino municipais de Paranaguá (n = 458). Nota-se que 78% possuem deficiência intelectual, cujo número chama a atenção. Nas escolas municipais, o número total de estudantes é de aproximadamente 15 mil alunos matriculados, dados fornecidos pelo NRE em 2014, destes, 458 alunos possuem algum tipo de deficiência, perfazendo um total de 3% de alunos PcD matriculados no ensino fundamental. De acordo com Correia (2004), sabe-se que muitas PcD chegam ao 2º ciclo do ensino básico com idades cronológicas muito superiores às crianças com desenvolvimento típico e com problemas significativos na leitura, escrita e na matemática.

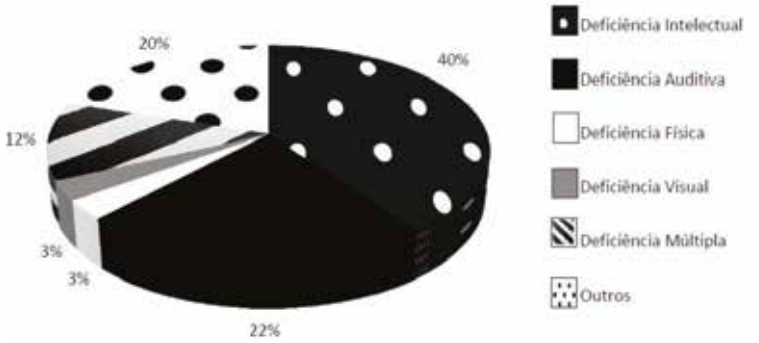
Figura 2 - Quantidade de PcD nas instituições de ensino municipais (n= 458)



Fonte: Núcleo Regional de Educação (2014)

Já a figura 3, referente à quantidade de PcD nas instituições de ensino estaduais, nota-se também que a quantidade de estudantes considerados deficientes intelectuais é grande. O total de alunos matriculados nas instituições de educação estaduais é semelhante às da rede do município, contendo em torno de 20 mil alunos matriculados (NRE, 2014), dos quais 460 têm algum tipo de deficiência, o que equivale a 2,3% dos estudantes. Pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), em 2010, o número total de alunos matriculados no ensino básico, comparado à porcentagem de alunos da educação inclusiva, correspondia a 1,4%, o que assim como os 3% e os 2,3% de alunos matriculados nas instituições de ensino públicas de Paranaguá (municipal e estadual, respectivamente) parece ainda muito baixa quando comparada ao total da população estimada com deficiências (14,5%, conforme dados do IBGE, 2000), mesmo se considerar que esse total se refira ao total da população e não somente aos que estão em idade escolar. Assim, seria ainda difícil estimar a quantidade de PcD que não frequentam escolas (CROCHÍK, 2012).

Figura 3 - Quantidade de PcD nas instituições de ensino estaduais (n= 460)



Fonte: Núcleo Regional de Educação (2014)

Embora não tenha sido objetivo do projeto mapear as escolas particulares, o controle de inclusão das mesmas é realizado pelo NRE. Na figura 4 seguem os principais dados sobre as instituições da rede privada, informação relevante para o conhecimento do panorama geral. Nas escolas privadas a deficiência intelectual também é a mais citada, mas chama a atenção o número de crianças com surdez, em relação às públicas, porque é a única escola referência[6] de ensino linguístico e comunicacional para os deficientes auditivos neste município.

Figura 4 - Quantidade de PcD nas instituições de ensino particulares (n= 530)

Fonte: Núcleo Regional de Educação (2014)

6 De fato, a escola é filantrópica, porém o NRE a classifica como "privada" por não receber recurso financeiro de origem pública.

Nas figuras 2, 3 e 4 pôde-se observar grande quantidade (78, 40 e 48%, respectivamente) de PcD intelectual, destacando-se das demais deficiências. Esse dado vai ao encontro do que Barbosa, Rosini e Pereira (2007) encontraram em seus estudos para os quais a deficiência intelectual era a mais prevalente dentre todas deficiências. Para Coll et al. (1995[7] *apud* TEDDE, 2012, p. 20):

> [...] deficiência não é uma categoria com perfis clínicos estáveis, sendo estabelecida em função da resposta educacional. O sistema educacional pode, portanto, intervir para favorecer o desenvolvimento e a aprendizagem dos alunos com algumas características deficitárias.

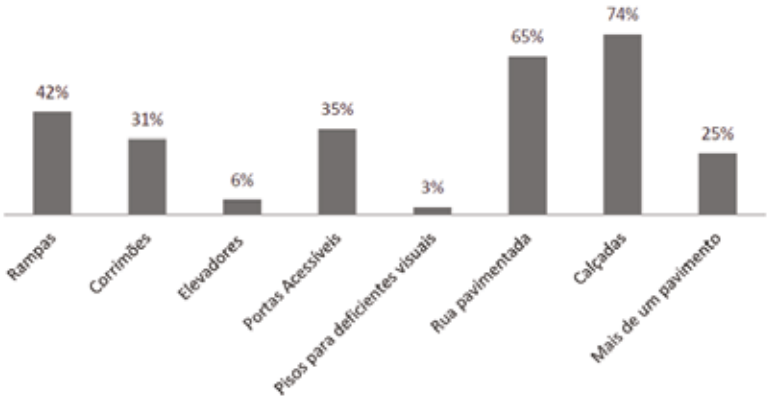
Pode-se pensar que haja um déficit na educação e na apreensão dos conteúdos. As crianças que apresentam dificuldades, reconhecidas pelos professores, são encaminhadas e avaliadas no Centro de Avaliação Diagnóstica Educacional de Paranaguá (Cadep), criado em 2009 pela Secretaria Municipal de Educação Infantil de Paranaguá, com o objetivo de avaliar crianças com dificuldade na aprendizagem já nos primeiros anos de estudo para que seja adotada a melhor metodologia para cada caso. Também existe um parceiro da Prefeitura Municipal de Paranaguá com relação à assistência às crianças PcD, a Apae, que supre uma boa parcela desses estudantes atípicos, ofertando serviços de: Neuropediatra, Psiquiatra, Psicólogas, Pedagogas, Assistentes Sociais, Fisioterapeuta e Fonoaudióloga. Essa equipe da Apae atua de maneira a auxiliar a detecção precoce de alunos com dificuldades na aprendizagem, como uma tentativa de abordagem preventiva, como relata Correia (2004), e também oferece atendimento especializado e estimulações sensório-motoras. Aqui, porém, cabe ressaltar que a manutenção dessa equipe multidisciplinar não é fácil e muitas vezes faltam profissionais especializados no município.

Com relação aos dados obtidos pelo questionário sobre a estrutura física das instituições de ensino, questionando sobre acessibilidade, barreiras arquitetônicas e/ou facilitadores, são apontados os seguintes aspectos: em relação à acessibilidade podemos concluir com a figura 5 que as instituições de ensino apresentam carência de espaço físico adequado para atender e receber alunos com algum tipo de deficiência. Isso pode

7 COLL C. et al. **Desenvolvimento psicológico e educação**: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.

ser observado porque das 35 instituições visitadas durante a etapa de mapeamento, há um número elevado que ainda não apresenta rampas, corrimãos, piso tátil, ruas pavimentadas, calçadas, entre outros aspectos necessários.

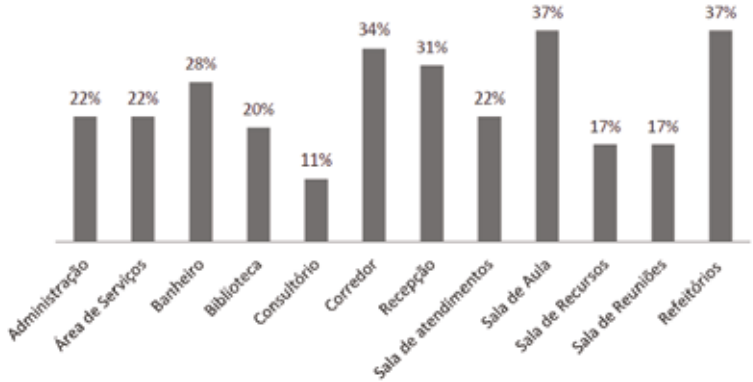
Figura 5 - Acessibilidade das Pessoas com Deficiência (PcD) nas instituições de ensino mapeadas no município de Paranaguá-PR



Fonte: Autores, 2014

Na questão de acesso dos cadeirantes aos espaços físicos das instituições de ensino, os resultados demonstram a carência de acessibilidade, conforme apresentado pela figura 6. Isso porque, pelo mesmo gráfico, se observam barreiras importantes à circulação e acesso do cadeirante, não sendo possível ao mesmo transitar e acessar todos os ambientes da escola, a exemplificar que das 35 escolas, apenas 10 têm algum tipo de adaptação ao cadeirante com relação à acessibilidade do banheiro.

Figura 6 - Acessibilidade dos cadeirantes nas instituições de ensino mapeadas



Fonte: Autores, 2014

Com relação aos dados obtidos pelo questionário sobre a estrutura física das instituições de ensino concernentes à acessibilidade, barreiras arquitetônicas e/ou facilitadores, mostrados nas figuras 5 e 6, estes são regulados pela Lei n° 10.098 de 19 de Dezembro de 2000, onde se destaca:

> Art. 1o Esta Lei estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espa-ços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação.
> Art. 2o Para os fins desta Lei são estabelecidas as seguintes definições:
> I – acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida; [...]

Pelos dados apresentados conclui-se que as instituições de ensino apresentam carência na acessibilidade para atender/receber estudantes com algum tipo de deficiência. Para Ohl *et al.* (2009), a inclusão parte do mesmo pressuposto da integração, que é o direito da pessoa com

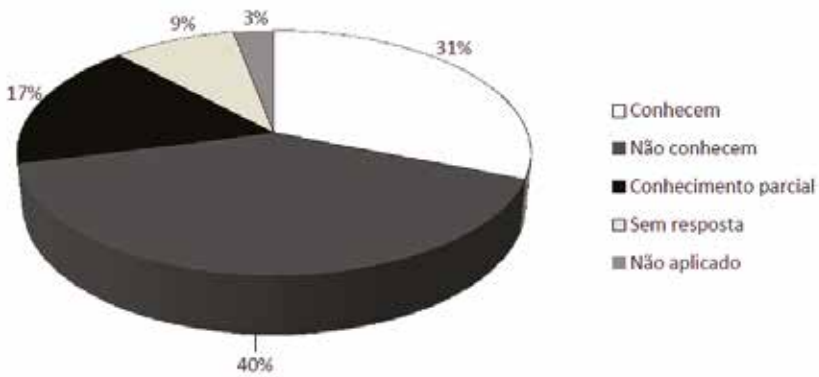
deficiência ter igualdade de acesso e participação aos espaços comuns da vida em sociedade. No entanto, deve-se separar inclusão de integração, pois a integração pressupõe mudanças do indivíduo, na direção de sua normalização, ao contrário da inclusão. A inclusão estaria ligada à inserção total e incondicional, decretando rupturas nos sistemas e mudanças profundas que beneficiam toda e qualquer pessoa, ou seja, a sociedade adapta-se para atender às necessidades das pessoas com e sem deficiência, tornando-se mais atenta à necessidade de todos. E Guijarro (2005) também diferencia da seguinte forma: para a integração, o foco de atenção seria o de transformar a educação especial para apoiar a integração de estudantes com deficiência na escola comum; na inclusão, a visão é mais ampla: o centro da atenção é transformar a educação comum para eliminar as barreiras que limitam a aprendizagem e participação de numerosos alunos e alunas.

Nesse sentido, a Lei n.° 9.394, de 20 de dezembro de 1995, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, estabelece: "[...] Art. 3º O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios: I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola [...] preconizando a inclusão de toda criança no ambiente escolar". Diante do exposto é mister questionar: como se apresentam estes aspectos em cada um de nossos locais de trabalho? Além da escola, que é o ambiente essencial no processo educativo, como se mostram outros espaços de convívio? De que forma se acolhe a diversidade de pessoas que por ali transitam?

Sobre o conhecimento da "Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência", no presente estudo, 40% dos gestores/professores (Figura 7) relataram não conhecer as políticas voltadas às PcD e 17% conhecem parcialmente. Esse dado, assim como o próprio relato dos profissionais já mencionados, chama a atenção para a questão de capacitação e mostra que ainda existem diversas lacunas relacionadas à informação acerca de políticas públicas destinadas às PcD no campo da Educação. Esse desconhecimento ou pouco conhecimento a respeito das políticas também fora encontrado nos estudos de Zucchetti (2011). Algumas das frases que Zucchetti (2011, p. 207) relata: "Informante: 1. Na verdade não conheço nada, sei que existe uma lei em que o professor tem que receber alunos que apresentam necessidades especiais. E somente isso; 2. Conheço muito pouco, mas sei que a escola tem que aceitar a inclusão social". Assim sendo, embora se confirme o acesso à formação como imprescindível à

prática da inclusão social, os professores tanto do presente estudo como os de Zucchetti (2011) desconhecem a legislação e as ações afirmativas relacionadas às PcD.

Figura 7 - Conhecimento dos profissionais da Educação de Paranaguá a respeito das políticas das PcD.



Fonte: Autores, 2014

Com relação às entrevistas dos gestores, coordenadores e/ou orientadores pedagógicos, observou-se através da análise qualitativa que as categorias emergentes mais mencionadas foram: falta de acessibilidade/ estrutura, capacitação e políticas ineficientes.

> A falta tem seu sentido amplificado apresentando-se como sinônimo de carência de recursos físicos e materiais; falha, omissão por parte dos gestores públicos e das direções das escolas que se submetem hierarquicamente; insuficiência de profissionais técnicos de apoio explicitam lacunas na prática. (ZUCCHETTI, 2011, p. 211).

Quando lhes era perguntado sobre a sua visão pessoal em relação às PcD durante a sua gestão, a grande maioria dos entrevistados de nosso estudo citou palavras concernentes à falta de acessibilidade e que as consideravam pessoas "normais"[8]. Sobre as principais necessidades/ demandas das PcD, considerou-se a acessibilidade. A respeito das Políticas

8 Aqui se manteve o termo utilizado pelos entrevistados.

de Atenção às PcD, assim como fora encontrado nos estudos de Alves e Barbosa (2006) e Zucchetti (2011), estas foram consideradas ineficientes ou sem efetividade social, ressaltando uma certa descrença na execução das políticas voltadas às PcD. Por fim, quanto a sugestões para a Rede de Atenção às PcD, as maiores citações foram a respeito da necessidade de equipe multidisciplinar capacitada para atender nesta rede e a falta de capacitação profissional dos educadores, assim como encontrado por Alves e Barbosa (2006) e Zucchetti (2011).

No que diz respeito à inclusão no ambiente educacional de indivíduos diagnosticados com deficiência intelectual nas instituições de ensino da cidade de Paranaguá-PR, muitas vezes esses indivíduos inclusos encontram-se nas salas de aula comum, contando com a presença de professores de apoio, ou frequentam salas de AEE (Atendimento Educacional Especializado). Sabe-se que essas instituições de ensino embora apresentem meios para trabalhar com os alunos com deficiência, ainda precisam passar por mais transformações para um atendimento mais qualificado. Tais transformações devem incluir aspectos como: adaptações dos espaços físicos e capacitações dos professores. Podemos adiantar que 15% dos profissionais entrevistados relataram sobre a importância de mais capacitações sobre como lidar com alunos com deficiência e 26% relataram sobre a importância de mais acessibilidade nessas instituições, sendo estes dados obtidos através da pesquisa qualitativa. Segundo Oliveira (2004)[9], citado por Arruda e Almeida (2014) do ponto de vista educacional, o processo de inclusão deve ter a capacidade de atender a todos, indistintamente, incorporando as diferenças no contexto da escola, o que exigirá a transformação de seu cotidiano e o surgimento de "novas formas de organização escolar, audaciosas e comprometidas com uma nova forma de pensar e fazer educação".

Segundo Mendes *et al.* (2005)[10], citados por Arruda e Almeida (2014), a transformação da escola deverá passar obrigatoriamente por uma política de formação e educação continuada dos professores, sendo estes considerados como verdadeiros pilares para a construção da inclusão escolar. Destacam-se como ações de formação dos professores: a diferenciação do ensino, a parceria entre profissionais do Ensino Regular e da Educação Especial, mudanças atitudinais e reconhecimento da diversidade. Rocha e

9 OLIVEIRA, A. A. S. **Inclusão**: intenção e realidade. Marília, SP: Fundepe Publicações, 2004.
10 MENDES, E. G.; ALMEIDA, M. A.; WILLIAMS, L. C. **Temas em educação especial**. São Paulo: Edufscar, 2004. p. 221-230.

Miranda (2009) defendem que a construção do processo de inclusão não se efetua apenas por decretos ou leis, mas que requer transpor as barreiras que impedem ou restringem o acesso e permanência de PcD nas escolas e universidades ao considerar que a inclusão nesses espaços educativos configura como processo de socialização e de transmissão de valores. Dessa maneira a inclusão não se dá apenas pelo número de PcD em ambientes educacionais, mas, sim, pela qualidade no atendimento a esse público. Não adianta contabilizar estudantes com deficiência integrados nas instituições de ensino, se estas apresentam carência de infraestrutura adequada e recursos para atendê-los (como professores capacitados, por exemplo), já que integração é diferente de inclusão, como citado anteriormente por Guijarro (2005) e Ohl *et al.* (2009). Portanto, a inclusão escolar não está resumida em número de alunos com deficiências matriculados nas salas de aula comuns ou sua presença e convivência no ambiente educacional, mas sim que sua presença seja garantida e condicionada à possibilidade de aprender, independe da sua deficiência, os conteúdos em conjunto com outros alunos da mesma faixa etária.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alguns apontamentos finais são possíveis nesse trabalho. A inclusão de PcD tem sido realizada no município de Paranaguá e um parte das escolas recebe PcD, porém muito mais ainda precisa ser feito. Observou-se elevado contingente de crianças com deficiência intelectual, sendo a maioria das PcD tanto nas escolas do setor público como no privado, diferente dos valores estimados e apontados como referência mundial e nacional, para os quais a deficiência intelectual seria a menos prevalente. Isso nos leva à reflexão da forma de classificação dessas crianças ou se muitas deficiências não estão sendo identificadas.

A inclusão dessas crianças ainda encontra muitas barreiras tanto físicas, observadas nas visitações aos espaços arquitetônicos, como atitudinais, representadas, por exemplo, pela falta de conhecimento de políticas públicas de inclusão pelos profissionais que trabalham com essas crianças. Assim, a acessibilidade configura um ponto a ser aprimorado visando facilitar esse processo de inclusão, o que fora percebido por visitação e verificação da estrutura, relatos dos professores/gestores. Outro aspecto central é a formação e sensibilização de docentes para lidar com os desafios da temática, bem como o papel da família/responsáveis das crianças com

deficiência, que nesse processo são atores fundamentais ao sucesso da inclusão de seus filhos.

A partir da etapa de mapeamento, a equipe vem planejando e já iniciou a execução das próximas ações do projeto, em diálogo com representantes do município (profissionais, gestores e representantes da sociedade e, especificamente, pessoas com deficiência e familiares) e em articulação com os outros eixos do projeto (Saúde e Assistência Social). Uma das ações que já vem sendo desenvolvidas, com resultados bastante positivos, é a de sensibilização de estudantes das escolas mapeadas, por meio de oficinas sobre a importância de inclusão e acessibilidade de PcD. Tal estratégia já foi desenvolvida em diversas escolas e seus resultados pormenorizados, bem como o detalhamento das outras ações desenvolvidas serão temas destinados a um futuro texto, visto que tais ações continuam em curso atualmente.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. O.; BARBOSA, K. A. M.. **Experiências Educacionais Inclusivas**: refletindo sobre o cotidiano escolar. In: ROTH, B. W. (Org.). Experiências Educacionais Inclusivas. Programa Educação Inclusiva: direito à diversidade. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, 2006, p. 191.

ARRUDA, M. A.; ALMEIDA, M. **Cartilha da Inclusão Escolar**: Inclusão Baseada em Evidências Científicas. Ribeirão Preto e São Pedro, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NRB 9050**: Acessibilida-de a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, 2004.

BOSCHI, S. R. M. et al. Acessibilidade de crianças portadoras de necessidades especiais. In: CASTILHO-WEINERT, L.; FORTI-BELLANI, C. **Fisioterapia em neuropediatria**. Curitiba: Omnipax, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF; Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. Art. 205 e 206.

BRASIL. Decreto-lei n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, p. 10, 21 dez. 1999. Seção 1.

BRASIL. Decreto-lei n. 5.296, de 02 de dezembro de 2004. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p. 5, 03 dez. 2004. Seção 1.

BRASIL. Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, p. 2, 20 dez. 2000. Seção 1. Eletrônico.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. **Documento Orientador do Programa Escola Acessível.** Brasília, 2013.

BRASIL. Resolução n.º 27, de 02 de junho de 2011. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 03 jun 2011. Seção 1.

BRASIL: Ministério da Educação. **Referencial Curricular para a Educação Infantil:** Estratégias e Orientações para a Educação de Crianças com Necessidades Educacionais Especiais. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação: Secretaria de Educação Especial. Sala de Recursos **Multifuncionais**: espaços para o Atendimento Educacional Especializado. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Educação: Secretaria de Educação Especial. **Dificuldades acentuadas de aprendizagem**: Deficiência múltipla. Brasília, 2006b.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH-PR). Se-cretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiencia (SNPD). Coor-denação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. **Cartilha do Censo 2010**: Pessoas com deficiência. Brasília, 2012.

CONADE. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. 2009. Disponível em: <http://www.mpgo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/parecer_-_mudanca_da_nomeclatura.pdf>. Acesso em: 12/10/2014.

CROCHÍK, J. L. Educação inclusiva e preconceito: desafios para a prática pedagógica. In: MIRANDA, T. G.; GALVÃO FILHO, T. A. **O professor e a educação inclusiva:** formação, práticas e lugares. Salvador, BA: Edufba, 2012. p. 17-24.

DAMASCENO, M. C. S. **A Responsabilidade do Professor na Educação Inclusiva**. Rio de Janeiro, 2013.

DESSEN, M. A.; BRITO, A. M. W. Reflexões sobre a deficiência auditiva e o atendimento institucional de crianças no Brasil. **Revista Paidéia**, n. 12-13, 1997.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. Bras. Epidemiol** [on-line], v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

FORTI-BELLANI, C.; CASTILHO-WEINERT, L. V. Desenvolvimento Motor Típico, desenvolvimento motor atípico e correlações na Paralisia Cerebral. In: _____. **Fisioterapia em Neuropediatria**. Curitiba: Omnipax, 2011. p. 1-22.

FUNDAÇÃO DORINA NOWHILL PARA CEGOS. Disponível em: <http://www. fundacaodorina.org.br/deficiencia-visual/> Acesso em: 12/10/2014.

GODOI, A. M. et al. Inclusões: Escola. In: FERNANDES, A. C. et al. **Medicina e Reabilitação**. Princípios e Prática. São Paulo, SP: Artes Médicas, 2007. Cap. 47.

GUIJARRO, M. R. B. **Por que falamos em inclusão?** Ensaios Pedagógicos. Construindo Escolas Inclusivas. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial, 2005. p. 7-14.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Disponível em: < http://portal.inep.gov.br/>. Acesso em: 12/10/2014.

LIMA, R. A. F.; LIMA, F. J.; GUEDES, L. C. Em defesa áudio-descrição: contribui-ções da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. **Rev. Bras. Deficientes Visuais**, v. 1, n. 1, p. 06-27, 2009.

LUPPI, M. G. A. **A Inclusão Escolar da Pessoa com Deficiência Intelectual**. Tangará da Serra, MT: 2010.

MAZZARINO, J. M; RISSI, S. Acessibilidade e inclusão de um aluno com deficiente visual na escola e na aula de educação. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte**, Florianópolis, v. 33, n. 1, p. 87-102, jan./mar. 2011.

MESQUITA, R. B. et al. Apoio Social na inclusão de crianças com necessidades educacionais especiais: a perspectiva dos professores. **Cienc. Cuid. Saúde.** v. 8, n. 1, p. 34-41, jan/mar. 2009.

MESQUITA, R. B. et al. Análise de redes sociais informais: aplicação na realidade da escola inclusiva. **Comunicação Saúde e Educação**, v. 12, n. 26, p. 549-62, jul./set. 2008.

MONTILHA, R. C. I. et al. Utilização de recursos ópticos e equipamentos por escolares com deficiência visual. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, v. 69, n. 2, p. 207-11. Campinas, 2006.

NRE. Núcleo Regional de Educação. Município de Paranaguá, 2014.

OBSERVATÓRIO DO PNE - Plano Nacional de educação. Disponível em: < http:// www.observatoriodopne.org.br/metas-pne/4-educacao-especial-inclusiva/dossie-localidades> Acesso em: 08/11/2014.

OHL, N. G. et al. Escolarização e preconceito: lembranças de jovens com e sem deficiência. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional** (Abrapee), v. 13, n. 2, p. 243-250, jul./dez. 2009.

OLIVEIRA, A. A. S.; LEITE, L. P. Construção de um sistema educacional inclusivo: um desafio político-pedagógico. **Ensaio: aval**. pol. públ. Educ., v.15, p.511-524, 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre a deficiência**. World Health Organization, The World Bank; tradução de Lexicus Serviços Lingüísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012. p. 334.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp, 2003.

PLOTEGHERA, C. B; EMMELB, M. L. G; CRUZ, D. M. C. Utilização de dispositivos assistivos por alunos com deficiência em escolas públicas. **Cad. Ter. Ocup**., UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 35-42, 2013.

PRADO, A. R. A.; DURAN, M. G. Acessibilidade nos estabelecimentos de ensino. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE GESTORES E EDUCADORES - Educação Inclusiva: direito à diversidade. 3., 2006, Brasília. **Ensaio pedagógico**, Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial: Brasília, Ideal, 2006. p. 331.

ROCHA; T. B; MIRANDA, T. G. A inclusão de alunos com deficiência no ensino superior: uma análise de seu acesso e permanência In: DÍAZ, F. et al. (Orgs.).

Educação inclusiva, deficiência e contexto social: questões contemporâneas [on-line]. Salvador: Edufba, 2009. p. 354.

REBEL, M. M. F. et al. Prognóstico motor e perspectivas atuais na paralisia cerebral. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 20, n. 2, 2010.

SAVIANI, D. **Plano Nacional de Educação**: PNE 2014-2024. Campinas, SP: Autores Associados, 2014.

SOARES, C. H. R. **O intérprete de língua de sinais na escola regular**: efeitos e possíveis benefícios do trabalho desenvolvido por este profissional. Trabalho apresentado na IX ANPED SUL - Seminário de pesquisa em educação da região Sul. 2012.

SOUSA, E. M; TAVARES, H. M. Acessibilidade da criança com deficiência física na escola, **Revista Católica,** Campinas, v. 2, n. 4, 2001.

SPECIALI, J. G. Semiotécnica neurológica. **Revista de Medicina da USP**, Ribeirão Preto, v. 29, p. 19-31, 1996.

TAGLIARI, C.; TRÊS, F.; OLIVEIRA, S. G. Análise da acessibilidade dos portadores de deficiência física nas escolas da rede pública de Passo Fundo e o papel do fisioterapeuta no ambiente escolar. **Revista de Neurociências**, v. 14, n. 1. p. 10-14, jan./mar. 2006.

TEDDE, S. **Crianças com deficiência intelectual**: a aprendizagem e a inclusão. Améri-ca, Centro Universitário Salasiano de São Paulo, 2012.

WEINERT, L. V. C.; BELLANI, C. D. F. **Fisioterapia em neuropediatria**. Curitiba: Omnipax, 2011.

ZUCCHETTI, Dinora Tereza. A inclusão escolar vista sob a ótica de professores da escola básica. **Educ. rev**. [on-line], v. 27, n. 2, p. 197-218, 2011.

SOBRE OS/AS AUTORES/AS:

Bruno dos Santos Silva

Graduado em Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Foi bolsista do Projeto PET Redes de Atenção às PcD/UFPR.

Carolina de Moraes Oliveira Leandro

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Foi bolsista do Projeto PET Redes de Atenção às PcD/UFPR.

Micaela Góis Boechat Boaventura

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Bolsista do Projeto PET Redes de Atenção às PcD/UFPR.

Melissa Sayuri Hoshino

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Fisioterapeuta da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Paranaguá. Preceptora do Projeto PET Redes de Atenção às PcD/UFPR.

Tainá Ribas Mélo

Mestre em Comportamento Motor pelo Departamento de Educação Física da Universi-dade Federal do Paraná (UFPR). Especialista em Intervenção em Neuropediatria pela Universidade Federal de São Carlos (Ufscar). Graduada em Fisioterapia pela Universi-dade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Graduanda em Pedagogia pela Uninter. Fisioterapeuta da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Paranaguá. Docente do Curso de Fisioterapia da Uniandrade. Docente e tutora do Curso de Especialização em Gênero e Diversidade na Escola/UFPR. Preceptora do Projeto PET Redes de Aten-ção às PcD/UFPR.

Marcos Claudio Signorelli

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com es-tágio sanduíche na La Trobe University, Melbourne – Austrália. Mestre em Fisiologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Graduado em Fisioterapia pela Universi-dade Regional de Blumenau (Furb). Professor da UFPR para os Cursos de Graduação em Fisioterapia e Saúde Coletiva. Orientador dos Programas de Pós-Graduação (Mestrados) em Desenvolvimento Territorial Sustentável e Saúde Coletiva. Coordenador da Especialização em Gênero e Diversidade na Escola (GDE). Coordenador do Projeto PET/Ministério da Saúde - Redes de atenção às pessoas com deficiência/UFPR. Líder do Grupo de Pesquisas Território, Di-versidade e Saúde (TeDiS).

APOIO SOCIAL ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: REFLEXÕES A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE PARANAGUÁ/PR

Joice Krominski Graça
Marlon Silva
Paula Sígolo Vanhoni
Raísa Alves Nascimento
Vania Nanba
Josiane Cristine M. Pereira
Renata Soares
Marcos Claudio Signorelli

1 INTRODUÇÃO

O início do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) Saúde - Redes de Atenção às Pessoas com Deficiência (PcD) foi em agosto de 2013. O objetivo principal desse programa do Ministério da Saúde é viabilizar a interação no mundo do trabalho em saúde entre acadêmicos, docentes, comunidade e profissionais atuantes (denominados como preceptores no projeto) no Sistema Único de Saúde (SUS), a fim de conhecer e propor ações conforme a demanda dos municípios de abrangência.

Neste capítulo iremos abordar as etapas do projeto entre 2013 e início de 2015, que tem como temática a rede de atenção à PcD, apresentando um panorama dos serviços locais da Secretaria de Assistência Social, as ofertas de serviço dos locais visitados no segundo semestre de 2013, além de alguns recortes das entrevistas dos funcionários.

Em uma etapa inicial, foram realizadas oficinas e aulas expositivas, com os professores integrantes da equipe, sobre Políticas Públicas, Sistema de Saúde no Brasil, e questões relacionadas às PcD; além da apresentação de técnicas e métodos de pesquisa com o objetivo de subsidiar os trabalhos de campo que viriam na sequência.

A equipe do PET é multidisciplinar, conta com estudantes de diversas áreas de formação, incluindo Fisioterapia, Saúde Coletiva e Serviço Social.

O projeto é realizado em três municípios diferentes (Paranaguá, Guaratuba e Pontal do Paraná), mas neste texto será focalizado somente o município de Paranaguá.

A partir da primeira fase de formação e aprofundamento teórico-metodológico da equipe, foram mapeados e apresentados pelos estudantes a situação socioeconômica e os serviços dos referidos municípios, a partir de busca de indicadores secundários em bases de dados como: IBGE, Ipardes, Datasus, entre outros.

Finalizada a primeira fase, os estudantes foram divididos e apresentados aos seus preceptores para a realização do mapeamento da rede e aproximação dos equipamentos que oferecem serviços destinados às pessoas com deficiência. Foram definidos três eixos de atuação no município de Paranaguá, seguindo a atuação de três secretarias principais: a de assistência social, a de educação e a de saúde, cada uma com alunos e preceptores responsáveis e divididos em eixos. Destacamos que, neste texto, será dada ênfase nas ações do eixo responsável pela articulação da rede de atenção às PcD com a Secretaria Municipal de Assistência Social.

Para contemplar o objetivo do eixo, foram realizadas visitas in loco e entrevistas, no período de setembro de 2013 a março de 2014, na rede da Assistência Social em Paranaguá, abrangendo a Secretaria Municipal de Assistência Social (Semas) com a representante da Secretária; a Diretoria de Proteção Básica; os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS); a Diretoria de Proteção Especial; o Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS); o Conselho Tutelar; o Lar das Meninas e o Lar dos Meninos; o Albergue (atualmente extinto); o Resgate Social passou a atuar no Centro de Referência Especializado para população em situação de rua (Centro POP); e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti), hoje denominado Serviço de Convivência e Fortalecimento de vínculos. Para tal análise, foram elaboradas oito questões que caracterizam o atendimento e a visão dos profissionais com relação às pessoas com deficiência, e outro questionário sobre a estrutura e os serviços prestados. As entrevistas e os questionários quantificados foram tabulados e sistematizados, permitindo a análise dos dados. Alguns dos resultados dessa experiência serão descritos a seguir.

2 PANORAMA LOCAL

Todos os estabelecimentos, sejam públicos ou privados, precisam ter condições de atender e/ou receber pessoas com algum tipo de deficiência ou mobilidade reduzida. Entretanto, o panorama municipal de Paranaguá, predominantemente, não corresponde às normativas dispostas na Lei de Acessibilidade n. 10.098 de 19 de dezembro de 2000, já que as condições de acesso ainda são muito precárias na maioria dos locais visitados, o que ocasiona a permanência da desigualdade e da violação dos direitos dessas pessoas. Mais em evidência talvez estejam as dificuldades das PcD física, visto que a grande maioria das calçadas não é adaptada, os lugares públicos e privados não têm banheiro adaptado, os transportes públicos ainda estão se enquadrando, e até mesmo a maioria dos órgãos e secretarias municipais ainda deixam a desejar quando o assunto é estrutura e acesso.

Figura 1 - Imagem ilustrativa da falta de acessibilidade da entrada em CRAS de Paranaguá-PR.

Fonte: Os autores, 2014.

A invisibilidade das necessidades de outros grupos de PcD também é alta, como nos casos de deficientes visuais. Os mesmos encontram dificuldades urbanas e arquitetônicas já descritas anteriormente, sem que haja qualquer sinalização auxiliar. Existem muitas possibilidades de adaptação do cotidiano para facilitar a independência para eles, como os ônibus com avisos sonoros sobre os pontos de parada, piso tátil, sinaleiros que emitam sinal sonoro ao invés de apenas o visual, e até o acesso ao assento, além da comunicação institucional impressa em braile.

Nos casos dos deficientes auditivos o problema já vem recebendo atenção do governo municipal. Paranaguá conta com uma escola que atende especificamente a esses usuários, porém somente até os 10 anos de idade, normalmente correspondendo ao 5º ano do ensino fundamental. Mesmo com esse trabalho acontecendo, ainda existem muitos espaços educacionais que não possuem tradutores de libras, o que ocasiona constrangimento e dificuldade no acesso a outros direitos, como os culturais, de cursos de especialização e de ensino superior. Cabe ressaltar que nos equipamentos da Secretaria de Assistência Social não existia nenhum intérprete de libras disponível.

Foi verificado que essas falhas podem ser encontradas nos diferentes serviços vinculados à rede da secretaria de assistência social e também foi observado que a maioria dos espaços públicos deixa a desejar quanto ao cumprimento da Lei da Acessibilidade (BRASIL, 2000):

> Art. 4º As vias públicas, os parques e os demais espaços de uso público existentes, assim como as respectivas instalações de serviços e mobiliários urbanos deverão ser adaptados, obedecendo-se ordem de prioridade que vise à maior eficiência das modificações, no sentido de promover mais ampla acessibilidade às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

Na etapa de mapeamento realizada junto aos equipamentos vinculados à rede de assistência social do município, foi observado que somente 25% dos banheiros são adaptados, apenas 17% dos equipamentos possuem corrimãos e rampas, 45% dos serviços possuem portas em largura suficiente para passagem de cadeiras de rodas, e nenhum dos serviços visitados possui pisos táteis ou informações em braile, bem como assentos

preferenciais sinalizados.

3 OFERTA DE SERVIÇOS

Frente aos dados coletados na etapa de mapeamento do projeto, conclui-se que os serviços oferecidos a esse recorte populacional é tratado sem oferta específica nos equipamentos vinculados à secretaria de assistência. Os atendimentos que acontecem são os de encaminhamento para o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que, embora muito importante, não atende todo o grupo, pois existem critérios específicos para acesso a esse benefício.

> O BPC é um benefício instituído pela Constituição Federal de 1988, e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei Nº 8.742, de 7/12/1993 e pelas Leis Nº 12.435, de 06/07/2011 e Lei Nº 12.470, de 31/08/2011, que alteram dispositivos da LOAS e pelos Decretos Nº 6.214/2007 e Nº 6.564/2008. (LOAS, 2009).

Este benefício garante que o idoso com idade igual ou superior a 70 anos e as PcD recebam 1 (um) salário mínimo mensal desde que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família (BRASIL, 1993). Ou seja, o critério principal para se obter esse benefício é a renda per capita da família, que não pode ultrapassar um quarto de salário mínimo, envolvendo assim apenas pessoas com deficiência deste extrato financeiro, deixando as pessoas de outras camadas sem aproximação com os espaços disponíveis. Assim, dentro de todos os equipamentos dessa secretaria, os centros de referências são um dos ambientes possíveis para o atendimento a esse grupo, como disposto na Lei Orgânica de Assistência Social:

> A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de

> pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). Prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. Deverão incluir as pessoas com deficiência e ser organizados em rede, de modo a inseri-las nas diversas ações ofertadas. (BRASIL, 2005, p 33-34).

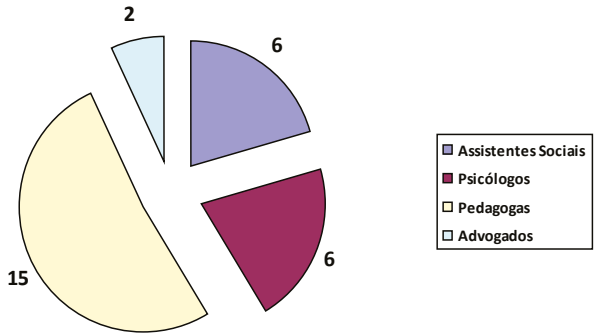
Entretanto, embora esteja presente na Lei Orgânica de Assistência Social (BRASIL, 1993), nenhuma ação mapeada contempla esse quesito, tanto individual quanto sobre reforço de vínculo familiar com esse grupo.

Outro ponto observado foi quanto ao registro de atendimentos: nenhum dos funcionários relatou possuir conhecimento quanto à existência de um banco de dados, o que é nocivo ao processo e à formação da "rede", pois sem um panorama macro dos recortes populacionais as ações têm a possibilidade de não contemplarem alguma especificidade, além de não serem totalmente propositivas, podendo, assim, oferecer os mesmos atendimentos no decorrer dos anos. Aponta-se, também, que o sistema federal de gerenciamento de dados específico aos equipamentos relacionados com a assistência social, até então, não estava operante no município.

A formação dos profissionais que trabalham nos equipamentos da secretaria de assistência também chamou atenção: conta com 99 servidores, entre eles 67 com ensino médio e 32 com ensino superior. Destes 32, as áreas de formação universitária contemplam pedagogos, assistentes sociais, psicólogos e advogados, conforme pode ser observado na Figura 2.

Figura 2 – Formação dos profissionais que atuam junto à política local de

assistência social em Paranaguá-PR



Fonte: Os autores, 2014

Destaca-se na figura 2, que o número de pedagogos (15 profissionais) é superior ao de assistentes sociais, com seis profissionais, seguidos de seis psicólogos e dois advogados. Nas primeiras entrevistas, realizadas durante o segundo semestre de 2013, foram quantificados seis assistentes sociais nesses serviços. Em 2014 foram contratados outros cinco profissionais da área, contabilizando 11. Os profissionais pedagogos ficaram a frente da coordenação da maioria dos equipamentos da Secretaria Municipal de Assistência Social, enquanto os assistentes sociais realizavam atendimentos à população.

4 ANALISE QUALITATIVA NO ÂMBITO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EM PARANAGUÁ

A análise qualitativa dos dados coletados pelos pesquisadores tem como objetivo contribuir para o fortalecimento do SUS através do apontamento para as principais demandas às PcD no município, promovendo análise e reflexão sobre estratégias necessárias para qualificar a rede de atenção. Também possibilita conhecer a realidade das PcD através do olhar dos 13 funcionários entrevistados frente ao seu cotidiano de trabalho, que, ao serem questionados como veem a questão das PcD, a acessibilidade emergiu como prioridade. De acordo com Wagner et al. (2010), acessibilidade é um conceito ampliado que pode ser comparado a um paradigma, onde as barreiras não são apenas de mobilidade. Reiteramos aqui o conceito ampliado de acessibilidade, já que todas as deficiências

precisam ser contempladas pelos equipamentos estatais. Assim, em uma das entrevistas, um funcionário[1] sinalizou que:

> (...) com as mesmas dificuldades que as outras secretarias, temos dificuldades com acessibilidade, as vezes até pessoas técnicas mesmo, já atendemos pessoas surdas, mudas, até solicitamos um curso para que possamos atender essas pessoas, já houve um caso em que não pude e precisei chamar uma professora para me ajudar. (Funcionário 1, vinculado à Secretaria de Assistência Social).

As dificuldades motoras são as mais citadas e evidentes. As adaptações nas estruturas também são precárias e pouco funcionais, como no depoimento a seguir:

> (...) nós estamos com problemas na porta, tem um degrau e pantográfica que fica aberta e dificulta a entrada do cadeirante, se a pessoa precisar de um atendimento eu vou até a casa com dia agendado, devido essa dificuldade. O banheiro para deficiente não é adaptado, ou seja, o local não está adequado. (Funcionário 2, vinculado à Secretaria de Assistência Social).

Portanto, foi possível verificar que, com relação às principais necessidades e demandas das PcD, a questão mais evidente nas respostas dos funcionários foi a acessibilidade. Dentre os itens apontados, sobre essa questão, por alguns entrevistados, foi o transporte, que em alguns casos impossibilita o usuário chegar aos locais de referência de Assistência Social. Segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2008), um dos objetivos da articulação intersetorial no âmbito federal é a promoção de ações na área de transportes urbanos que permitam e facilitem o deslocamento da pessoa com deficiência, sobretudo daquela que apresenta dificuldades de locomoção, em conformidade com as normas relativas à acessibilidade.

Na entrevista também foi questionado se a unidade possui alguma ação/atividade na implementação de políticas direcionadas para as PcD. A maioria dos funcionários apontou que o único serviço direcionado seria o

1 Por questões éticas não será revelada a identidade dos interlocutores deste estudo.

encaminhamento, como o BPC, o qual não se destina apenas às PcD, pois atende também à população idosa, e tem como critério o recorte de renda.

> (...) só faz o encaminhamento de rotina, como o BPC, ou uma orientação mas para deficientes especificamente não tem. Não tem projetos específicos para os PcD's. (Funcionário 3, vinculado à Secretaria de Assistência Social).

> (...) não temos nenhum projeto, a única coisa que fazemos é o atendimento familiar. Agora, palestra, alguma coisa mais profunda nós não temos. O que fazemos é o atendimento, mostrar o direito. (Funcionário 4, vinculado à Secretaria de Assistência Social).

Sobre uma das perguntas que buscava investigar se conseguiriam informar a quantidade de clientela específica atendida por essas ações e programas citados na questão anterior, a falta de informação foi algo curioso. As respostas eram em alguns casos vazias e sem um número exato, em outros casos, era dada uma porcentagem geral, mas sem nenhum dado que comprovasse isso. Outra questão abordada foi a opinião a respeito das Políticas de Atenção às PcD, neste caso é notável nas respostas dos funcionários a necessidade de inclusão, conforme o relato:

> (..) .políticas existem, só precisam acessar.... Que as PcD's cheguem até nós. (Funcionário 5, vinculado à Secretaria de Assistência Social)

> (...) Todos que entram aqui não saem sem resposta ou encaminhamentos. (Funcionário 6, vinculado à Secretaria de Assistência Social).

Outra questão abordada foi a respeito da interface entre as políticas e os programas destinados às PcD, e outros programas da secretaria. Segundo os funcionários, a única interface entre as políticas e os programas são os encaminhamentos, como explicitados nos depoimentos a seguir:

> (...) sim. Encaminhamentos para Saúde, Conselho Tutelar e benefícios. (Funcionário 7, vinculado à Secretaria de Assistência Social).

> (...) se precisar ser usado tem, agora temos uma comunicação maior. Fazemos encaminhamentos. (Funcionário 8, vinculado à Secretaria de Assistência Social).

Entendemos como possíveis interfaces a intersetorialidade e a interdisciplinaridade no desenvolvimento de ações conjuntas entre a Secretaria da Saúde e da Assistência Social e seus equipamentos CRAS, CREAS, Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e demais, responsáveis pelas ações sociais no Município com implantação/ implementação de Políticas de Atenção à Pessoa com Deficiência, que visem não só favorecer a acessibilidade, descrita neste capítulo como principal barreira, mas fazer a articulação de estratégias que promovam a capacitação de profissionais com formação continuada, informação sobre as deficiências, prevenção e promoção da saúde tratamentos, que assegurem às PcD o real acesso aos serviços públicos ofertados.

No que se refere ao Conselho Tutelar, este é um órgão permanente, autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Caso a criança ou adolescente com deficiência tenha seus direitos violados, como, por exemplo, negligência e maus tratos, é realizado o encaminhamento para tal órgão.

Para finalizar a entrevista, foi solicitado aos funcionários sugestões para a rede de atenção às PcD. Nesta etapa observou-se que a necessidade de qualificação emerge em todas as respostas, bem como a correção da parte técnica e projetos específicos. Também é evidente a necessidade de um Conselho representativo das PcD, especificamente o Conselho Municipal dos Direitos das PcD (BRASIL, 1999), ainda não implantado. Como comentários sobre essas questões alguns relatam que é necessário:

> (...) algo mais específico ou uma secretaria, um conselho para fazer essa fiscalização. (Funcionário 9, vinculado à Secretaria de Assistência Social).

> (...) correção da parte técnica para acessibilidade, a criança portadora de deficiência tem o trabalho diferenciado, que se crie mais espaços, projetos para inserção dessas crianças,

> ser inseridos na sociedade, sem essa política pública não tem como prestar esse atendimento". (Funcionário 10, vinculado à Secretaria de Assistência Social).
>
> (...) profissionais qualificados e envolvidos, recursos humanos, espaço físico e para trabalhar com as PcD tem que gostar. (Funcionário 11, vinculado à Secretaria de Assistência Social).

A partir dessa experiência, foram encontrados vários desafios em relação aos equipamentos e serviços socioassistenciais do município, onde surgiram diversas inquietações e constatações das possibilidades de intervenção. Dentre elas, a falta de capacitação das pessoas envolvidas nos diferentes serviços desses equipamentos e as condições de acessibilidade que são ofertadas às PcD.

Fez parte desse programa o contato e o olhar de cada pesquisador. Tratamos nesse período de muitos assuntos que foram incorporados com o nosso fazer profissional, e os olhares e itens apontados neste documento são reflexos disso. Em nosso questionário, e além dele, tentamos trazer e representar a realidade de maneira fiel, apartidária e de maneira responsável. Não fez parte de nossos objetivos contribuir para o enfraquecimento político de qualquer natureza, nem de fazer possíveis retaliações a funcionários ou outros atores que aqui apareceram. Nosso compromisso é com as pessoas com deficiência e, sobretudo, com a qualidade e a qualificação da rede de serviços oferecidos por aparelhos do Estado.

Tendo isso em vista, precisamos pontuar os pontos negativos e as lacunas para que a universidade cumpra um de seus objetivos: o de aproximar as teorias da realidade dos municípios em que se propôs a fazer. A partir disso, pontuamos aqui, e no decorrer do texto, que a Secretaria de Assistência Social – objeto de nossa pesquisa – ainda tem muito a crescer, no que se refere ao atendimento às PcD, tanto estrutural quanto com as equipes, para que as lacunas explicitadas e apontadas sejam contempladas com atenção e efetividade.

Além dos apontamentos apresentados em diversas oportunidades, como em uma audiência pública e no II Fórum da pessoa com deficiência em Paranaguá, foram elaboradas algumas ações para auxiliar no fortalecimento

da rede. Entre elas, uma roda de conversa que serviu como feedback da equipe participante e oportunidade para tirar dúvidas de funcionários que fazem o primeiro atendimento nos principais equipamentos. No sentido de aproximar os acadêmicos à realidade das PcD, outra ação marcante foi a da vivência (Figura 3) com cadeira de rodas, onde os mesmos utilizaram as cadeiras por algumas horas, no centro da cidade, para sentir, além dos estereótipos, as dificuldades de locomoção, o que fora registrado em vídeo e servirá de material didático para os serviços abordados, e cujas cópias serão distribuídas às entidades de controle social, como os conselhos municipais.

Figura 3 - Vivência realizada no dia 12/10/2014 –" E se fosse você?"

Fonte: Os autores, 2014.

A participação na Audiência Pública do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) também foi uma ação importante para apresentar o Projeto à população e mobilizar setores da sociedade civil e governamental quanto à importância da acessibilidade das PcD. Elaboramos um CD com uma cartilha para distribuição nos equipamentos, como multiplicadores de informações sobre a temática. Além disto, foi criada uma página aberta em rede social (Facebook - PET Rede de Atenção e Cuidado à Pessoas com Deficiência)[2] para as publicações

2 Disponível em: <https://www.facebook.com/pages/PET-Redes-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-

de ações, trabalhos, artigos e outros assuntos pertinentes às PcD, bem como divulgação do Projeto e de forma a facilitar a comunicação e agregar participação da comunidade nas ações.

Figura 4 - Apresentação do trabalho PET Saúde - Redes de Atenção às Pessoas com Deficiência (PcD), na Audiência Pública do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA).

Fonte: Os autores, 2014.

Estamos participando de reuniões de planejamento com comissão para criação do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência. A participação da sociedade civil é um dos principais objetivos para criação de um Conselho Municipal de um determinado grupo. Trata-se de uma possibilidade de voz e voto para as organizações não governamentais e outras entidades, além de voz e espaço de discussão para indivíduos interessados nas temáticas abordadas. No caso do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência, ainda está em fase de implantação em Paranaguá. Os outros Conselhos Municipais têm reuniões mensais com pautas definidas pelos conselheiros.

O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com de Deficiência (Conade), é um órgão deliberativo, colegiado, permanente e paritário. É um

%C3%A0s-Pessoas-com-defici%C3%AAncia-PcD/804367252963450?fref=ts>

importante espaço de participação, uma forma de gestão compartilhada, na qual representantes governamentais e representantes da sociedade civil organizada decidem em pé de igualdade "e cujo objetivo principal é propor, acompanhar e avaliar as políticas relativas aos direitos individuais e sociais básicos da Pessoa com Deficiência" (BRASIL, 2007, p. 9) quanto à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à cultura, ao amparo à infância e à maternidade, ao turismo, e de outros que, decorrente da Constituição e das Leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico. A criação do Conselho é garantida pela Constituição Federal de 1988 e pelo Decreto Presidencial n. 3.076 de 1º de junho de 1999 (BRASIL, 1999), sendo o Conselho de direito um instrumento fundamental na formulação de políticas públicas, também como controle social, conceito que foi introduzido pela Constituição de 1988, efetivando a participação popular na Gestão Pública.

Assim, para a implementação do Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência é necessário apresentar um projeto de Lei à Câmara dos Vereadores para sua aprovação. Uma vez constituído e escolhidos seus conselheiros, os mesmos já podem realizar suas funções, que são, principalmente, de participação e voto nas reuniões, apresentação de propostas e assuntos referentes às pessoas com deficiência e outras temáticas que beneficiem esse grupo, além de encaminhamento das demandas existentes. (BRASIL, 2007).

Apontamos aqui a importância da implantação desse conselho no município, já que servirá como referência e fomento da inclusão das pessoas com deficiência. Outros setores e grupos já têm suas representações via controle social operantes, como é o caso da Saúde, da Educação e da Assistência Social, e do Idoso.

Entre outras atividades realizadas nessa pesquisa, foi elaborado um mapeamento para facilitar a localização dos equipamentos da Secretaria de Assistência Social em Paranaguá, como mostra a figura 5. Isso poderia facilitar o atendimento e o acesso à informação de fluxo, tanto para profissionais como para os usuários.

Figura 5 - Mapeamento dos equipamentos da Assistência Social em Paranaguá.

Fonte: Os autores, 2014.

Ainda no ano de 2014, participamos, também, de eventos científicos de âmbitos municipal e estadual que contribuíram para formação acadêmica dos estudantes e a ampliação de conhecimento.

5 CONCLUSÃO

Entre os desafios encontrados na pesquisa de campo estão algumas dificuldades nos agendamentos e a disponibilidade dos funcionários devido às demandas dos espaços. Todavia, apesar de condições muitas vezes precárias e de agendas sobrecarregadas, todos os funcionários abordados vinculados à assistência social do município mostraram-se bastante comprometidos e preocupados com o grupo de pessoas com deficiência.

Ressaltamos que, embora a realidade das estruturas e o acesso para as PcD não estejam ideais em nível nacional, algumas lacunas já estão sendo trabalhadas em nível local, resultado das ações da secretaria e fomento do assunto no município. Exemplo concreto disso são as contratações de assistentes sociais em 2014 e o aumento de 5 profissionais.

Vale destacar, ainda, a importância da demanda para implementação do Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência em Paranaguá, visto que este é um espaço de suma importância, pois nele representantes governamentais e da sociedade civil organizada decidem com igualdade propostas relativas aos direitos individuais e sociais básicos das PcD, quanto à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer, à cultura, ao amparo à infância e à maternidade, ao turismo, entre outros que, decorrente da Constituição e das Leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico, direitos esses garantidos pela Constituição Federal de 1988.

Encerraremos mais uma fase do projeto PET - Redes de Atenção às PcD em 2015 com a sensação de termos mantido a qualidade até então, e sabendo que ainda existem muitos campos e possibilidades para novas ações dentro dessa secretaria e do município, as quais estão programadas para acontecerem, inicialmente, nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS). Embora as ações sejam pontuais e pequenas frente às possibilidades e demandas apresentadas, lembramos que é a partir de pequenas intervenções que as realidades de serviços se modificam e evoluem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência. **Diretrizes para Criação de Conselhos Estaduais e Municipais dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Brasília, DF: Conade, 2007. Disponível em: <http://www.sjcdh.ba.gov.br/wp-content/uploads/2013/09/conad.pdf> Acesso em: 10 fev. 2015.

BRASIL. **Constituição (1988).** Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1998.

BRASIL. **Lei n. 3.076, de 1º de junho de 1999**. Cria, no âmbito do Ministério da Justiça, o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência - Conade, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3076.htm>. Acesso em: 07 mar. 2015.

BRASIL. **Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993**. Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. Dispõe Sobre a Organização da Assistência Social e dá outras providências.

Brasília, DF, 1993. Disponível em: <http://univale.br/central_arquivos/arquivos/lei-organica-da-assistencia-social.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2015.

BRASIL. **Lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial, 19 dez. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L10098.htm>. Acesso em: 12 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social - PNAS 2004 e Norma Operacional Básica - NOB SUAS**. Brasília, DF: MDS; SNAS, 2005. p. 33-34.

CONADE. Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Resolução n. 10, de 10 julho de 2002.** Institui os critérios básicos para implementação de Conselhos Estaduais e/ou Municipais de Direitos da Pessoa portadora de Deficiência, altera dispositivos da resolução n. 9, de 20 de junho de 2001, e dá outras providências. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/cartilhas/dh/terto_cartilha_conselhos.htm > Acesso em: 18 de Fevereiro de 2015.)

LOAS Anotada. Lei Orgânica da Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2009. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/lei-organica-de-assistencia-social-loas-anotada-2009/Lei%20Organica%20de%20Assistencia%20Social%20-%20LOAS%20Anotada%202009.pdf/download >. Acesso em: 24 fev. 2015.

WAGNER, L. C. et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência: o olhar de uma comunidade da periferia de Porto Alegre. **Ciência e Movimento**, ano 12, n. 23, 2010.

SOBRE OS/AS AUTORES/AS:

Joice Krominski Graça

Especialista em Ensino da Matemática pela Universidade Paranaense (Unipar). Graduada em Matemática pela Universidade Paranaense (Unipar) Acadêmica do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Paraná (UFPR) -Setor Litoral. Bolsista do Projeto PET Saúde - Rede de Atenção e Cuidado às PcD/UFPR.

Marlon Silva

Acadêmico do curso de Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) -Setor Litoral. Bolsista do Projeto PET Saúde - Rede de Atenção e Cuidado às PcD/UFPR.

Paula Sigolo Vanhoni

Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual do Paraná. Acadêmica de Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) -Setor Litoral. Bolsista do Projeto PET Saúde - Rede de Atenção e Cuidado às PcD/UFPR.

Raisa Alves Nascimento

Acadêmica de Serviço Social pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Setor Litoral. Bolsista do Projeto PET Saúde - Rede de Atenção e Cuidado às PcD/UFPR.

Vania Namba

Acadêmica de Serviço Social pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) -Setor Litoral. Técnica em Enfermagem pelo Senac. Bolsista do Projeto PET Saúde - Rede de Atenção e Cuidado às PcD/UFPR.

Josiane Cristine Moura Pereira

Graduada em Psicologia pela Universidade Tuiuti do Paraná. Formação em Ambiente Multissensorial pela Snoezelen/Brasil e em Hipnoterapia pela Sociedade Brasileira de Hipnose. Psicóloga Clínica e psicóloga da Secretaria Municipal de Assistência Social da Prefeitura Municipal de Paranaguá. Preceptora do Projeto PET Saúde - Rede de Atenção e Cuidado às PcD/ UFPR.

Renata Soares

Especialista em Terapia Ocupacional pela Universidade Tuiuti do Paraná. Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Tuiuti do Paraná. Formação em Ambiente Multissensorial pela Snoezelen/Brasil. Terapeuta Ocupacional da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Paranaguá. Preceptora do Projeto PET Saúde - Rede de Atenção e Cuidado às PcD/UFPR.

Marcos Claudio Signorelli

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com estágio sanduíche na La Trobe University, Melbourne – Austrália. Mestre em Fisiologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Graduado em Fisioterapia pela Universidade Regional de Blumenau (Furb). Professor da UFPR para os Cursos de Graduação em Fisioterapia e Saúde Coletiva. Orientador dos Programas de Pós-Graduação (Mestrados) em Desenvolvimento Territorial Sustentável e Saúde Coletiva. Coordenador da Especialização em Gênero e Diversidade na Escola (GDE). Coordenador do Projeto PET/Ministério da Saúde - Redes de atenção às pessoas com deficiência/UFPR. Líder do Grupo de Pesquisas Território, Diversidade e Saúde (TeDiS).

DINÂMICAS E VIVÊNCIAS SOBRE A INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Bruno dos Santos Silva
Carolina de Moraes Oliveira Leandro
Jandaiana Maceno Bucker Albino
Micaela Góis Boechat Boaventura
Melissa Sayuri Hoshino
Tainá Ribas Mélo
Marcos Claudio Signorelli

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo pretende apresentar e ilustrar algumas dinâmicas e vivências da equipe Programa de Educação Pelo Trabalho (PET), Saúde e o Aprimoramento da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência - eixo educação em escolas, da rede regular de ensino. A proposta desse projeto, voltada à temática da atenção à Pessoa com Deficiência (PcD), é viabilizar a interação no mundo do trabalho em saúde entre estudantes e docentes universitários, a comunidade e os profissionais atuantes no SUS.

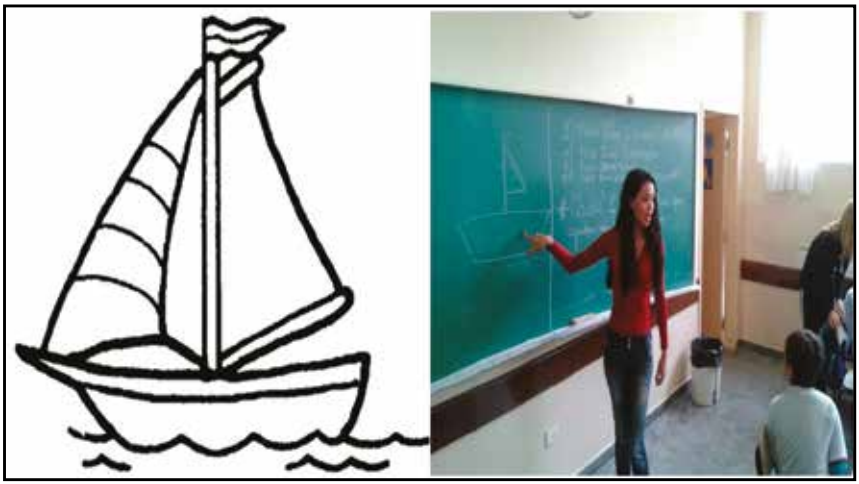
O projeto PET em Paranaguá é coordenado por um docente da UFPR, 6 preceptoras funcionárias da rede municipal de Paranaguá e 12 acadêmicos; e apresenta caráter multidisciplinar com professores, preceptores e acadêmicos com formações distintas. Para facilitar e abranger os diferentes setores de encaminhamento das PcD, a equipe do projeto foi dividida em três eixos: saúde, educação e assistência social.

Com os desdobramentos do projeto, além do conhecimento e mapeamento relatados neste capítulo, buscou-se realizar vivências e dinâmicas nas escolas, com foco nos estudantes com e sem deficiências. Essas dinâmicas e vivências foram pensadas, elaboradas, adaptadas e algumas criadas pelo grupo com base em cartilhas e atividades sugeridas em manuais, a fim de proporcionar uma sensibilização das crianças sobre o tema da inclusão de pessoas com deficiência, já que há aquelas que vivem inseridas no processo de inclusão e aquelas que desconhecem o tema.

Assim, pretende-se com este texto exemplificar e dar ideias aos interessados em trabalhar com dinâmicas em sala de aula. Elas foram organizadas seguindo desdobramentos relacionados às temáticas: bullying, deficiências e inclusão.

2 DINAMICA SOBRE *BULLYING*

Sugestão de atividade segundo Arruda e Almeida (2014).



Fonte: Autores, 2014

Desenvolvimento:

1- Dividir os participantes em grupos de 5 ou 4 participantes.

2- Entregar para cada grupo uma folha de sulfite e canetas coloridas.

3- Explicar que cada componente do grupo só poderá fazer um traço de cada vez para desenhar o barco, e que quando terminar o seu traço deve passar a folha para o próximo colega que, por sua vez, irá fazer o traço que lhe cabe. Por exemplo, o primeiro participante faz o traço que se refere à parte de baixo do barco, cabe então ao próximo participante fazer uma das laterais, e assim por diante até que todos possam ter executado sua parte e o barco esteja totalmente desenhado.

4- Pedir para que iniciem a atividade. Enfatizar que cada grupo deve ter seu desenho pronto em, no máximo, 2 minutos.

5- Verificar, após a execução da atividade, se todos completaram o

desenho e qual grupo terminou mais rápido. (A tendência é que todos os grupos terminem rapidamente e não tenham dificuldade para executar a tarefa).

6- Explicar que isso foi apenas um ensaio, e que irão fazer novamente o desenho do barco, só que agora serão estabelecidas algumas dificuldades físicas para cada participante, como as descritas a seguir. (Colocar as informações abaixo no quadro de giz ou escrevê-las em um cartaz):

Participante 1 - É cego e só tem o braço direito.
Participante 2 - É cego e só tem o braço esquerdo.
Participante 3 - É cego.
Participante 4 - É mudo.
Participante 5 - Não tem os dois braços.

Obs.: Essas combinações são feitas de acordo com o número de participantes de cada grupo, podendo ser acrescentadas ou retiradas dificuldades. O facilitador pode levar fitas para prender as mãos dos participantes que não podem usá-las, pois estes tendem a não respeitar as instruções, até mesmo por ato reflexo. Outras combinações podem ser feitas: cego e surdo, só tem o braço esquerdo, etc.

7- Pedir para que estabeleçam quem assumirá qual característica no grupo, entregando as vendas para os que serão cegos, as tiras de pano para amarrar os braços que não serão utilizados; e tapa ouvidos para os surdos.

8-Estabelecer o tempo de 4 minutos para que executem a tarefa.

Obs.: O facilitador deverá permanecer em silêncio, apenas observando o trabalho. Caso alguém solicite ajuda ou informações, reforçar as instruções já ditas, sem dar outras orientações. Caso algum participante faça perguntas do tipo: Está certo? Pode fazer assim? Deixar o grupo decidir. O facilitador não deve interferir. Estas situações poderão ser retomadas no momento de debate, para análise e como ilustração para outros comentários.

É bastante provável que a maioria do grupo não consiga realizar a tarefa. O facilitador poderá dar um tempo para que o grupo discuta como poderia melhorar, e propõe que façam a atividade novamente. (Em alguns casos, pode deixar que executem até 3 ou 4 vezes, sempre tendo momentos para discutir o que fazer para ter melhor desempenho, para que coloquem em prática as ações sugeridas pelos participantes do grupo).

Figura 2 - Fotos ilustrativas das dinâmicas e vivências com crianças experimentando restrições sensoriais e de movimento

Fonte: Autores, 2014.

Discussão: Depois de terminada a atividade, o facilitador deve:
1- perguntar ao grande grupo: Como se sentiram durante a atividade? Conseguiram completar o desenho do barco? Se não conseguiram, por quê? O que faltou? Se conseguiram, como o fizeram? Quais as dificuldades que sentiram? O que são deficiências? Elas são só físicas?
2- fazer o grupo perceber que foram as limitações impostas que dificultaram ou fizeram com que não conseguissem executar o trabalho.
3- lembrar que conseguiram facilmente desenhar o barco na primeira tentativa porque não haviam limitações ou deficiências.
4- enfatizar que deficiências não são só físicas, podemos ter, por exemplo, dificuldade para aprender matemática ou falar em público, etc.
5- perguntar aos alunos se essa experiência pode ser transportada para o nosso dia a dia. Frequentemente, encontramos pessoas com dificuldades/"deficiências"? Como, geralmente, lidamos com elas? Será que todos nós, em algum grau, temos alguma deficiência? Como

podemos lidar com tudo isso? O que é bulluying? Será que esta prática de violência é nova ou sempre existiu com outros nomes.

6- fazer o grupo refletir sobre como tentamos rotular e afastar as pessoas com dificuldade. Não respeitamos as diferenças individuais e por isso tentamos enquadrá-las aos nossos padrões. Todos somos diferentes e temos qualidades e aspectos a melhorar.

7- explicar que o convívio se torna melhor quando são respeitadas as diferenças; que podemos nos dedicar a ajudar o próximo e não a julgá-lo; que os rótulos são dados a partir de preconceitos e estereótipos; e que todos podemos vencer nossas dificuldades com esforço e ajuda mútua.

8- perguntar aos alunos: O que o bullying pode acarretar na autoestima da pessoa? Comentar que há casos em que a pessoa tem que deixar de frequentar alguns lugares para se preservar ou porque não suporta mais viver com todos os preconceitos. Lembrar que há rótulos positivos, como, por exemplo, chamar a pessoa de "bom aluno" ou "CDF", que também podem causar desconforto e mal estar

3 DINÂMICA DAS BEXIGAS

Objetivo: Apresentar a importância do trabalho em equipe aos participantes.

Material: Balões de ar cheios, de acordo com o número de participantes.

Descrição: Encha as bexigas, dê um nó para não esvaziar. Coloque os integrantes em círculo e entregue uma bexiga a cada um. Peça para eles utilizarem apenas uma das mãos e ficarem batendo na bexiga, de modo que não a deixe cair no chão, até que percebam que existem muitas bexigas para poucas pessoas tomar conta.

Obs.: Nesta atividade é importante mostrar que o trabalho em equipe é primordial, pois quando estamos sobrecarregados de problemas torna-se mais difícil o solucionarmos sozinhos, logo precisamos de ajuda.

Cabe destacar, ainda, que as crianças adoram esta dinâmica, pois ela é bem engraçada, mas também admitem ter dificuldade em conseguir manter todos os balões no ar.

Figura 3 - Foto ilustrativa, em sala de aula, antes de iniciar a dinâmica em rede municipal de ensino com alunos incluídos

Fonte: Autores, 2014

Figura 4 - Fotos ilustrativas antes de iniciar a dinâmica em rede municipal de ensino com alunos incluídos

Fonte: Autores, 2014

Figura 5 - Dinâmica com bexigas em escolas regulares de Paranaguá e na Ilha do Mel

Fonte: Autores, 2014

4 DINÂMICA DOS PIRULITOS - COOPERAÇÃO ENTRE COLEGAS E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Sugestão de atividade baseada no material do site Esoterikha.com (2015).

Objetivos: Desenvolver o espírito de equipe e mostrar a importância de um ajudar o outro, tanto no ambiente de trabalho como no dia a dia ou na vida pessoal; e ensinar como utilizar a criatividade para resolver problemas que envolvam o trabalho em grupo.

Material: Pirulitos com embalagem, suficientes para todos os participantes.

Desenvolvimento:

1. Organizar os alunos em um círculo.
2. Distribuir um pirulito para cada participante. O pirulito a ser utilizado deve estar na embalagem original.
3. Orientar para que cada participante segure seu pirulito com a mão direita e aguarde até que todos tenham recebido. Assim que

todos tiverem recebido, o coordenador da atividade dará o seguinte comando:

"A partir de agora ninguém mais pode sair do lugar e deverão seguir minhas instruções. Segurem o pirulito com a mão direita. Agora, estenda o braço direito para frente. Deixe o braço esquerdo esticado para baixo. A partir de agora ninguém poderá dobrar os braços, o único movimento que podem fazer com eles é para a direita ou para a esquerda. Quem dobrar um dos braços será retirado da brincadeira". (O coordenador deve perguntar se alguém tem alguma dúvida quanto à atividade e verificar se todos estão no mesmo lugar segurando o pirulito com a mão direita estendida para frente e com o braço esquerdo esticado para baixo sem poder ser usado.). "*Agora quero que todos desembrulhem o pirulito que está segurando na mão direita e comecem a chupá-lo*." (Neste momento se instala a confusão, dependendo da idade dos participantes, pois esta atividade do pirulito pode ser feita em vários grupos, crianças, jovens, grupos de trabalho e até com idosos).

Obs.: Alguns participantes logo se dão conta que conseguiram remover a embalagem do pirulito sozinhos, mas não conseguiram chupar e que precisarão da ajuda do companheiro do lado, pois só podem realizar movimentos para a direita ou para a esquerda. É muito engraçado ver as pessoas tentando abrir a embalagem com apenas uma mão. E quando um dos participantes encontra a solução utilizando a ajuda do amigo ao lado, todo o grupo entende a charada e logo em seguida começam a se ajudar mutuamente.

Nos grupos com crianças, percebe-se que elas não encontram uma solução. Sendo assim, o coordenador deverá dar dicas ou, estando no círculo, tomar a iniciativa oferecendo para que a pessoa ao lado o ajude a abrir a embalagem. Cabe destacar que a maioria das crianças achou difícil esta dinâmica.

Tão logo todos estejam chupando o pirulito, o coordenador da dinâmica poderá solicitar que cada um fique à vontade para degustá-lo.

Por fim, podemos mencionar que muitas vezes temos dificuldades como as pessoas com deficiência, mas que o trabalho em equipe ou com amigos pode facilitar muitas atividades que desenvolvemos no dia a dia.

Figura 6 - Foto ilustrativa da dinâmica dos pirulitos

Fonte: Autores, 2014

Figura 7 - Foto ilustrativa da dinâmica dos pirulitos

Fonte: Autores, 2014

Conclusões: Todo tipo de preconceito, rótulos e estereótipos são prejudiciais às pessoas e relacionamentos. É preciso que aprendamos o respeito, a paciência e a tolerância para que tenhamos relacionamentos e uma vida mais saudável.

Todos nós temos "deficiências" e precisamos saber lidar com elas. O não julgamento dessas "deficiências" facilita em muito a superação delas. Assim, todos podemos melhorar como pessoas, basta querer e acreditar que podemos. E quando recebemos aceitação e ajuda, as coisas ficam ainda muito mais fáceis.

5 DINÂMICA "AMIGO-GUIA"

Objetivos: Estimular a atividade sem o recurso da visão e fazer com que as crianças vivenciem as dificuldades de um deficiente visual através da cooperação de outras pessoas.
Material: Uma venda e um objeto para ser colocado no "lixo".
Descrição: Em dupla, uma criança deverá estar vendada e com um objeto na mão (pode ser um papel amassado). Terá que ser guiada pelo outro amigo (sem venda) até um cesto de lixo (que estará posicionado a certa distância) onde colocará/jogará esse objeto.

Figura 8 - Fotos ilustrativas da dinâmica "amigo-guia"

Fonte: Autores, 2014

6 DINÂMICA COM MÍMICA

Objetivo: Propiciar uma diferenciada comunicação, comparando com as dificuldades encontradas por um deficiente auditivo.
Descrição: Brincadeira com mímica, em que uma criança vai até a frente da sala e com gestos e movimentos corporais realiza ações que os demais colegas terão que descobrir e acertar.

Figura 9 - Fotos ilustrativas da brincadeira com mímica

Fonte: Autores, 2014

7 DINÂMICA DA CAIXA SURPRESA

Sugestão de atividade adaptada do material do site Educamais.com (2015).

Objetivos: Identificar objetos e compreender como enxergam os deficientes visuais.
Material: Uma caixa de papelão encapada com papel colorido e com vários objetos dentro; venda para os olhos.
Descrição: As crianças colocam as mãos dentro da caixa e tentam identificar os objetos que ela contém.

Figura 10 - Foto ilustrativa com a dinâmica da caixa surpresa

Fonte: Autores, 2014

8 DINÂMICA DOS DESENHOS

Sugestão de atividade adaptada do material do site Educamais.com (2015).

Objetivo: Verificar o conhecimento e percepções das crianças a respeito das pessoas com deficiência e também sobre as brincadeiras e dinâmicas realizadas.
Material: Folhas em branco, lápis, borracha e lápis de cor ou giz de cera.
Descrição: É solicitado às crianças desenhar e/ou escrever frases sobre pessoas com deficiência e/ou desenhar sobre as dinâmicas realizadas para aferir o que elas aprenderam no decorrer das dinâmicas.

Figura 11 - Foto ilustrativa com desenho realizado por uma criança após as dinâmicas

Fonte: Autores, 2014

REFERÊNCIAS

ARRUDA; M. A.; ALMEIDA; M. **Cartilha de inclusão escolar baseada em evidencias cientificas**. Ribeirão Preto e São Pedro, SP: 2014. p 01-23.

EDUCAMAIS.COM. Disponível em: <http://educamais.com> Acesso em: 11/02/2015.

ESOTERIKHA.COM. Dinâmica do Pirulito – Texto e exemplos. Disponível em: <http://www.esoterikha.com/coaching-pnl/dinamica-do-pirulito-texto-e-exemplos-de-brincadeiras-para-grupos.php> Acesso em: 11/02/2015.

SOBRE OS/AS AUTORES/AS:

Bruno dos Santos Silva

Graduado em Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Foi bolsista do Projeto PET Redes de Atenção às PcD/UFPR.

Carolina de Moraes Oliveira Leandro

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Foi bolsista do Projeto PET Redes de Atenção às PcD/UFPR.

Micaela Góis Boechat Boaventura

Graduanda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Bolsista do Projeto PET Redes de Atenção às PcD/UFPR.

Melissa Sayuri Hoshino

Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Fisioterapeuta da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Paranaguá. Preceptora do Projeto PET Redes de Atenção às PcD/UFPR.

Tainá Ribas Mélo

Mestre em Comportamento Motor pelo Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Paraná (UFPR). Especialização em Intervenção em Neuropediatria pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Graduada em Fisioterapia pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Graduanda em Pedagogia pela Uninter. Fisioterapeuta da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Paranaguá. Docente do Curso de Fisioterapia da Uniandrade. Docente e tutora do Curso de Especialização em Gênero e Diversidade na Escola/UFPR. Preceptora do Projeto PET Redes de Atenção às PcD/UFPR.

Marcos Claudio Signorelli:

Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com estágio sanduíche na La Trobe University, Melbourne – Austrália. Mestre em Fisiologia pela Universidade Federal do Paraná (UFPR). Graduado em Fisioterapia pela Universidade Regional de Blumenau (FURB). Professor da UFPR nos de cursos de Graduação em Fisioterapia e Saúde Coletiva. Orientador dos Programas de Pós-Graduação (Mestrados) em Desenvolvimento Territorial Sustentável e Saúde Coletiva. Coordenador da Especialização em Gênero e Diversidade na Escola (GDE). Coordenador do Projeto PET/Ministério da Saúde - Redes de atenção às pessoas com deficiência. Líder do Grupo de Pesquisas Território, Diversidade e Saúde (TeDiS).

Este livro foi impresso
pela Editora Autografia em
papel offset 75 g/m².