



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Robson Celestino Prychodco

Influência dos Modelos Biomédico, Social e Biopsicossocial nas Concepções e Práticas de Intervenção Direcionadas à Inclusão Escolar.

Documento desenvolvido no âmbito do Acordo de Cotutela firmado entre a Universidade Estadual de Campinas/ Brasil e a Universidade do Porto/ Portugal.

Campinas

2020

ROBSON CELESTINO PRYCHODCO

INFLUÊNCIA DOS MODELOS BIOMÉDICO, SOCIAL E BIOPSISSOCIAL NAS
CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO DIRECIONADAS À
INCLUSÃO ESCOLAR.

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos para obtenção do título de doutor em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação.

Tese apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto como parte dos requisitos para obtenção do título de doutor em Ciências da Educação.

No âmbito do Acordo de Cotutela firmado entre a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP/ Brasil) e a Universidade do Porto (UPORTO/ Portugal)

Orientadora: Professora Doutora Zélia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt (UNICAMP)

Coorientadora Professora Doutora Preciosa Teixeira. Fernandes (UPORTO)

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO ALUNO ROBSON
CELESTINO PRYCHODCO, ORIENTADO PELA
PROF.^a DR^a ZÉLIA ZILDA LOURENÇO DE
CAMARGO. BITTENCOURT NA UNICAMP E PELA
PROF.^a DR^a PRECIOSA TEIXEIRA FERNANDES NA
UNIVERSIDADE DO PORTO.

Campinas

2020

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

P955i Prychodco, Robson Celestino, 1984-
Influência dos modelos biomédico, social e biopsicossocial nas concepções e práticas de intervenção direcionadas à inclusão escolar / Robson Celestino Prychodco. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientadores: Zelia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt e Preciosa Teixeira Fernandes.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

Em cotutela com: Universidade do Porto / Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

1. Inclusão escolar. 2. Promoção da saúde na escola. 3. Vulnerabilidade social. 4. Modelo biomédico. 5. Riscos psicossociais. I. Bittencourt, Zelia Zilda Lourenço de Camargo, 1949-. II. Fernandes, Preciosa Teixeira. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. V. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Influence of the biomedical, social and biopsychosocial models on the conceptions and practices of intervention aimed at school inclusion

Palavras-chave em inglês:

Mainstreaming (Education)

Health promotion at school

Vulnerability social

Biomedical model

Psychosocial risk

Área de concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação

Titulação: Doutor em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Doutor em Ciências da Educação

Banca examinadora:

Zélia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt

Ariana Maria de Almeida Matos Cosme

Maria Helena Cruz Pistori

Betânia Alves Veiga Dell'Agri

Maria Elisabete Rodrigues Freire Gasparetto

Data de defesa: 20-07-2020

Programa de Pós-Graduação: Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0003-2070-8078>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/9396929681143158>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

DO ALUNO: Robson Celestino Prychodco

ORIENTADORA: Prof. Dra Zélia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt (UNICAMP)

COORIENTADORA: Prof Dra Preciosa Teixeira Fernandes (Universidade do Porto)

MEMBROS TITULARES:

1. PROF. DRA. ZÉLIA ZILDA LOURENÇO DE CAMARGO BITTENCOURT
2. PROF. DRA. ARIANA MARIA DE ALMEIDA MATOS COSME
3. PROF. DRA. BETÂNIA ALVES VEIGA DELL'AGL
4. PROF. DRA. MARIA ELISABETE RODRIGUES FREIRE GASPARETTO
5. PROF. DRA. MARIA HELENA CRUZ PISTORI

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data da defesa: 20/07/2020

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a duas pequenas estrelas que iluminam meu caminho diariamente. A primeira compartilha sua alegria e faz sorrisos brilharem, com seus passos de dança criativos, engenhosos e dedicados emociona a todos por onde passa. Obrigado Dimitri! É uma grande honra estar ao seu lado meu pequeno. A segunda brilha no céu, passou por nós como uma estrela cadente, trouxe sentimentos e aprendizados tão intensos que nunca serão esquecidos. Obrigado Gael! Estivemos com você apenas durante a gestação e 39 dias após o seu nascimento, mas que foram suficientes para nos ensinar o valor da vida e o quanto devemos lutar por ela e por aqueles que temos a oportunidade de compartilhá-la.

AGRADECIMENTOS

Acredito ser impossível lembrar e agradecer nominalmente a todos que contribuíram com esse trabalho, foram muitos amigos, colegas de trabalho, alunos, familiares, parceiros de jornada, professores e funcionários das duas universidades, que com palavras ou ações me ajudaram a tornar esse trabalho possível. A todos entrego meu mais sincero agradecimento.

Todavia, não posso deixar de agradecer de modo especial àqueles que me puxaram pela mão quando as forças se esvaíam.

À minha esposa Carol, que é muito mais do que uma grande parceira de jornada.

Ao pequeno Dimitri, que viu sua vida mudar completamente para seguir o projeto do papai e sempre foi muito compreensivo, companheiro e carinhoso.

À Prof.^a Zélia, por mostrar que nem sempre o fundo do poço é o lugar onde desistimos, que sempre é possível escavar mais e chegar à China, ou melhor, à Portugal.

À Prof.^a. Preciosa, pela paciência, pelos grandes ensinamentos que compartilhou e principalmente por dividir uma bela vista conosco. Ah, formalmente peço perdão, prometo não esvaziar todas as garrafas caso haja uma próxima oportunidade.

Enfim.

Muito obrigado!

EPIGRAFE

Os sete palpites da vida eterna

O primeiro palpite era que, nesta vida, só a morte é certa, além, é claro, dos imprevistos e das descobertas.

O segundo palpite lembrava que o que passou, passou; ninguém pode adivinhar o futuro e, assim, a eternidade é hoje.

O terceiro palpite receitava perdão para curar o coração; e, para os males da alma, receitava nenhuma ambição.

O quarto palpite dizia que ninguém é maior que o próprio tamanho — mas que vontade e trabalho removem montanhas.

O quinto palpite ensinava que para trabalhar feliz só há um jeito: fazer com prazer e cada vez mais bem feito.

O sexto palpite garantia que para a aventura é preciso coragem — mas que mudar a si mesmo é a melhor viagem.

Finalmente, o sétimo palpite lembrava que a vida é mistério, a morte é segredo — e perguntava: Então por que tanto espanto? Para que ter medo?

In: As Batalhas do Castelo- Domingos Pellegrini- ano 1987, p. 35.

RESUMO

Ao longo dos anos, os conceitos de Saúde e Educação ganharam novos significados, impulsionados por uma agenda internacional que repercutiu em políticas públicas, concepções e práticas de intervenção dirigidas a grupos que tradicionalmente eram colocados à margem da sociedade, como as pessoas com deficiência. O Modelo Biomédico tem influenciado as formas de organização e atendimento dessas pessoas, que, no campo educacional podem ser associadas ao paradigma da Exclusão. Na esteira do Modelo Social, com a busca pela democratização da Educação e ampliação do acesso, os critérios de ordem biomédica foram questionados, dando lugar a dimensões de natureza pedagógica e social, movimento que pode ser associado ao paradigma da Integração. A universalização do ensino público, gratuito e obrigatório constituiu um grande avanço para a democratização do acesso à escola por grupos socialmente estigmatizados, levando-a na direção do paradigma da Inclusão, dirigida a todos e a cada um dos alunos, voltada ao respeito à diversidade e a redução/eliminação das barreiras à aprendizagem, participação e interação de cada aluno, especialmente daqueles que vivenciam situações de vulnerabilidade que os tornam suscetíveis a processos de exclusão dentro e fora da escola, perspectiva que é compatível com os princípios do Modelo Biopsicossocial, que propõe a junção entre as contribuições dos Modelos Biomédico e Social, associada a uma Perspectiva Socioambiental de Saúde. O objetivo principal da pesquisa é caracterizar influências dos Modelos Biomédico, Social e Biopsicossocial nas concepções e práticas de intervenção no campo da Inclusão Escolar. Trata-se de estudo qualitativo com recorte transversal, a coleta de dados foi realizada por meio de 24 entrevistas semiestruturadas com professoras de Educação Especial, 12 na região do Grande Porto/ Portugal e 12 no município de Campinas/ Brasil. Os dados foram analisados com recurso a um sistema categorial, com suporte do *Software Nvivo*^{10aVersão}. Os principais resultados informam que o conceito de Inclusão e consequentemente as práticas de intervenção envolvem ambiguidades, que demonstram a transição de uma Inclusão voltada para a deficiência para outra dirigida a todos e a cada um dos alunos. Embora nos dois contextos tenham sido referidas tensões e constrangimentos acerca do trabalho intersetorial, as participantes ressaltaram os ganhos com a realização da Inclusão nessa perspectiva. Os dados permitem inferir que a Inclusão requer ampliar

a capacidade de resposta das escolas e de seus sistemas que, por meio da identificação de parceiros de trabalho e das situações vivenciadas que ofereçam risco de exclusão/ segregação, podem mobilizar os recursos necessários para encontrar meios de reduzir o impacto das barreiras/ restrições impostas pelo meio social. O trabalho intersetorial demonstrou ser uma importante ferramenta para o desenvolvimento de processos inclusivos alinhados com as necessidades e potencialidades de alunos e escolas, contudo, é importante ressaltar que o avanço dos processos inclusivos passa por mudanças nas Políticas Públicas de diversos setores, como Saúde e Educação e principalmente pela forma como sociedade e profissionais dessas áreas, dentre outras vivenciam a diversidade e a diferença, o que se repercute nas formas de trabalho e nas atitudes direcionadas à inclusão na escola.

Palavras-chave: Inclusão Escolar; Promoção da Saúde na Escola; Vulnerabilidade Social; Modelo Biomédico; Risco Psicossocial.

ABSTRACT

Over the years, the concepts of Health and Education have taken on new meanings, driven by an international agenda that has repercussions on public policies, conceptions and intervention practices aimed at groups that traditionally were placed on the margins of society, such as people with disabilities. The Biomedical Model influenced the forms of organization and care for these people, which, in the educational field, can be associated with the Exclusion Paradigm. In the wake of the Social Model, looking for the democratization of Education and the expansion of access, the biomedical criteria were questioned, what allowed concepts of pedagogical and social nature to arise, a movement that can be associated with the Integration Paradigm. The universalization of public education, as free and compulsory was a major step forward for the democratization of access to schooling and education by socially stigmatized groups, leading it towards the Paradigm Inclusion, aimed to each and every student, focusing on respect for diversity and the reduction / elimination of barriers to learning, participation and interaction of each student, especially those who experience situations of vulnerability what make them susceptible to exclusion processes inside and outside the school. This perspective is compatible with the principles of the Biopsychosocial Model, which proposes the junction between the contributions of the Biomedical and Social Models, associated with a Socio-environmental Perspective of Health. The research is located in this context, whose main objective is to provide knowledge on the Biomedical, Social and Biopsychosocial Models influences on the school inclusion intervention. This is a qualitative study, the data collection was carried out through 24 semi-structured interviews with teachers of Special Education, 12 in the Greater Porto / Portugal region and 12 in the city of Campinas / Brazil. The data were analyzed using a categorical system, supported by the *Nvivo*^{10ªVersão} software. The main results inform that the concept of Inclusion and, consequently, the intervention practices involve ambiguities, which demonstrates the transition from an Inclusion focused on disability to another aimed at each and every student. Although tensions and constraints regarding intersectoral work were mentioned in both contexts, the participants highlighted the gains doing the inclusion in this perspective. The data allows us to infer that inclusion requires expanding the capacity response of schools and their systems which can mobilize the necessary

resources to find ways to reduce the impact that barriers / restrictions offer to students , through the identification of work partners and the situations that offer risk of exclusion. Intersectoral work is an important tool for the development of inclusive processes aligned with the needs and potentiality of students and schools. However, it is important to emphasize that the progress of inclusive processes involves changes in different sectors of public policies, such as Health and Education, but mainly by the way diversity and difference are experienced by the society, by the health and education professionals, among others, those changes in how diversity is experienced directly impacts the ways of working in the field of inclusion at school.

Key words: Mainstreaming (Education); Health Promotion at School; Vulnerability Social; Biomedical Model; Psychosocial risk.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1: Fatores inter-relacionados expressos na CIF | 43 |
| Figura 2: Mapa do Município de Campinas | 77 |
| Figura 3: Mapa dos Municípios de Porto e Vila Nova de Gaia | 79 |
| Figura 4: Mapa de parcerias | 191 |

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Agrupamentos e escolas por concelho

80

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Divisão de professores por gênero

82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AEE Atendimento Educacional Especializado;
- AFEC Alterações nas Funções e Estruturas do Corpo;
- AVD Atividade de Vida Diária;
- CEI Currículo Específico Individual;
- CEP Comitê de Ética em Pesquisa;
- CID Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde;
- CIDHID Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens;
- CIF Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde;
- CMDCA Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente;
- CNS Conselho Nacional de Saúde;
- CRI Centros de Recursos para a Inclusão;
- DGE Direção-Geral da Educação;
- DUDH Declaração Universal dos Direitos Humanos;
- DUDHE Declaração Universal dos Direitos Humanos Emergentes;
- EE Educação Especial;
- EI Escola Inclusiva;
- EpS Educação para a Saúde;
- PrS Promoção da Saúde;
- FUNDEB Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação;
- IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
- INEP Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais;
- MEC Ministério da Educação;

MS Ministério da Saúde;

NEE Necessidades Educativas Especiais;

OMS Organização Mundial da Saúde;

ONU Organização das Nações Unidas;

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde;

PEA: Perturbação do Espectro do Autismo;

PEI Programa Educativo Individual;

PrSE Promoção da Saúde na Escola;

SECADI Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e
Inclusão;

SGD Sistema de Garantia de Direitos;

SNIPi Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância;

SPO Serviço de Psicologia e Orientação;

SRM Sala de Recursos Multifuncionais;

TEA: Transtorno do Espectro do Autismo;

UPIAS *Union of Physically Impaired Against Segregation*

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana;

AIDS Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;

APRESENTAÇÃO

Feitas as ressalvas de que estamos em constante mutação e de que respondemos aos estímulos do ambiente e das pessoas de diferentes maneiras, na essência somos apenas um, por isso acredito não ser possível dissociar a trajetória pessoal daquela que fazemos na vida profissional e acadêmica. Dito isto, passo a tentar me apresentar e esclarecer porque propus esse trabalho.

Na minha trajetória pessoal, vi muita desigualdade e exclusão por onde passei. Por sorte ou artimanha do destino, conheci pessoas que, como gosto de dizer, foram anjos reais que nas horas certas me mostraram algumas possibilidades para prosseguir. Por isso, ingressei numa universidade pública e me formei. Na minha área sempre tive bons empregos, mas nunca me esqueci da minha origem e da gratidão àqueles que me ajudaram a tornar meus sonhos possíveis. Um pouco do mérito desses resultados talvez seja do meu próprio esforço, mas a grande maioria dele é daqueles que me acompanharam, ensinaram, apoiaram e ajudaram a prosseguir. Gostaria que muitos outros com origem similar pudessem encontrar anjos reais como eu encontrei.

Talvez por entender o poder que a escola tem na vida daqueles que a ela tem acesso, principalmente nas camadas mais marginalizadas da sociedade que hoje eu seja diretor de uma escola pública. E nela, ainda é possível ver e lidar com situações muito complexas, as quais seria muito mais difícil entregar uma resposta coerente sem a parceria de diversos setores. Claro que essa estratégia por si só não resolve todos os problemas e dificuldades, mas se bem compreendida e executada amplia a capacidade de resposta da escola e conseqüentemente o protagonismo desta ao enfrentamento dos processos de exclusão, e de promoção do desenvolvimento social. Talvez venha daí o meu interesse pelas nuances da inclusão e da intersectorialidade, temas que serão desenvolvidos nessa tese.

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| INTRODUÇÃO | 20 |
| CAPÍTULO 1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO..... | 27 |
| 1.1 MODELOS BIOMÉDICO, SOCIAL E BIOPSIKOSSOCIAL E SUAS IMPLICAÇÕES AOS PARADIGMAS DA EXCLUSÃO, INTEGRAÇÃO E INCLUSÃO | 27 |
| 1.2 CONCEITOS DE SAÚDE E SUAS INFLUÊNCIAS PARA O ATENDIMENTO ESCOLAR | 50 |
| 1.3 RISCO E VULNERABILIDADE NAS SITUAÇÕES VIVENCIADAS PELAS ESCOLAS E SEUS ATORES | 61 |
| CAPÍTULO 2 OPÇÕES E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS..... | 67 |
| 2.1 OBJETIVOS | 67 |
| 2.1.1 Objetivo Geral..... | 67 |
| 2.1.2 Objetivos Específicos | 67 |
| 2.2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO..... | 67 |
| 2.2.1 Abordagem do estudo | 68 |
| 2.2.2 Participantes da pesquisa | 70 |
| 2.2.3 Coleta de dados | 71 |
| 2.2.4 Análise dos dados | 72 |
| 2.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA..... | 73 |
| CAPÍTULO 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 75 |
| 3.1 CARACTERIZAÇÕES | 75 |
| 3.1.1 Contextos onde a pesquisa foi realizada..... | 75 |
| 3.1.2 Participantes da pesquisa | 79 |
| 3.1.3 Propostas educativas de orientação inclusiva expressas nos documentos legais..... | 82 |

| | |
|--|-----|
| 3.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS NAS ENTREVISTAS..... | 108 |
| 3.2.1 Concepções e práticas de Educação Inclusiva | 109 |
| 3.2.2 Considerações sobre o trabalho intersetorial entre profissionais da Educação e Saúde | 122 |
| 3.2.3 Critérios para definição do público alvo de medidas inclusivas | 189 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 211 |
| REFERÊNCIAS..... | 222 |
| APÊNDICES..... | 235 |
| ANEXOS | 249 |

INTRODUÇÃO

Um dos maiores desafios que se coloca à escola nos dias atuais diz respeito a sua capacidade de incluir a todos. A Inclusão destina-se a todos os alunos¹, não se restringindo a apenas aqueles que são categorizados como sendo da “Educação Especial” (EE). Esta visão é corroborada por inúmeros documentos internacionais, desde a Declaração de Salamanca, a *Policy of Guidelines on Inclusion in Education, A Guide For Ensuring Inclusion And Equity In Education*, Declaração de Incheon, e mais recentemente no documento intitulado *Education for Sustainable Development Goals: learning objectives*, que informa acerca de objetivos e metas que complementam as diretrizes trazidas pela Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável acerca da importância da Educação Inclusiva (1-7).

Num olhar retrospectivo, respaldada em valores como a universalidade e gratuidade, a Declaração Universal dos Direitos Humanos- DUDH constitui um marco fundamental para a garantia do acesso a um direito inalienável, o direito de todos à educação. Nesse documento é enunciado que o processo educacional deve acontecer num ambiente que promova a igualdade e a expansão da personalidade humana, reforçando os direitos do homem, garantindo as liberdades fundamentais, como o respeito, a compreensão, a amizade entre as nações, grupos religiosos ou raciais (art. 26), sinaliza também que o acesso à educação de qualidade não pode ser privilégio daqueles que se encaixam nos padrões valorizados em cada época, devendo ser entendido como um direito de todos, independentemente de quaisquer condições individuais, sociais ou familiares, o que imediatamente remete aos princípios da Inclusão na escola (8).

Já distanciados desse tempo, o olhar sobre o direito de todos à educação parece estar imbuído de alguma “desconfiança” quanto à garantia da sua concretização. A Inclusão surge plasmada na “Declaração Universal dos Direitos Humanos Emergentes”- DUDHE (9). Ao analisar esta declaração, Rodrigues (10) informa que a Inclusão social, da qual a Inclusão educacional não pode se desvincular, constitui um direito humano emergente. Segundo ele, uma escola que não oportunize

¹ O emprego da palavra aluno refere-se a alunos e alunas.

a participação e aprendizagem de todos os alunos em ambientes heterogêneos adota uma postura antidemocrática e incoerente com os princípios dos Direitos Humanos, uma vez que restringe a oportunidade da construção de identidades, conhecimentos, interações e modelos existenciais por parte de todos.

Essa perspectiva está alicerçada no respeito à diversidade e na ideia de que para ser inclusiva a escola precisa combater barreiras e/ou restrições existentes no campo da aprendizagem e da participação de todos os alunos. A diversidade de características, necessidades e possibilidades de desenvolvimento da população em idade escolar representa, ao mesmo tempo, uma grande riqueza para a escola e para a aprendizagem de todos, mas também um contínuo desafio, impelindo-a para uma permanente busca por respostas pedagogicamente diferenciadas.

Todavia, para que a escola seja capaz de prover tais respostas, a Inclusão deve ser compreendida, como já informado pela literatura (1;10) como uma prática educativa destinada a todos os alunos, respeitando suas características, tempos, formas de aprender e de interagir, fornecendo-lhes os meios necessários para que tenham garantidos os direitos de ser, de estar e de aprender em escolas que respeitem a diversidade dos povos e a diferença que é inerente a cada indivíduo e que ao mesmo tempo, consiga promover as acessibilidades² (11, 12), combatendo assim as barreiras à aprendizagem e participação que impactam a experiência escolar de todos os alunos.

Ao longo dos anos, muitas foram as estratégias de resposta utilizadas pelas escolas para estimular o desenvolvimento dos alunos e atender a todos no espaço da escola comum, dentre elas, a que mais se destaca é o atendimento da EE, voltado

2 Existem 6 dimensões relacionadas com a acessibilidade: 1) A dimensão arquitetônica, que diz respeito às barreiras físicas de cada ambiente; 2) A dimensão comunicacional, que trata das barreiras na comunicação entre as pessoas; 3) A dimensão metodológica, relativa às barreiras nos métodos e técnicas utilizadas; 4) A dimensão instrumental, relacionada com instrumentos, mobiliário, ferramentas, utensílios utilizados no cotidiano; 5) A dimensão programática, associada a diretrizes de políticas públicas, legislações e documentos oficiais e 6) A dimensão atitudinal refere-se a preconceitos, estereótipos, estigmas e discriminações enfrentadas por pessoas que não se encaixam nos padrões socialmente valorizados, especialmente as pessoas com AFEC (12).

aos alunos que apresentam Alterações em suas Funções e Estruturas do Corpo³ (AFEC) de carácter permanente. Entretanto, como já se referiu, a literatura citada aponta que a Inclusão deve ser voltada a todos os alunos, com respeito às potencialidades e necessidades de cada um, que podem surgir pela vivência de barreiras, restrições a aprendizagem e participação e até mesmo de situações de risco e vulnerabilidade, impelindo a escola à busca constante de respostas pedagogicamente diversificadas (1).

Com efeito, vivenciar uma situação que envolve vulnerabilidade pode ser indicativo de um amplo leque de situações, como pessoas expostas à desvantagens sociais, intelectuais, motoras, emocionais e sensoriais; pertença à minorias étnico-raciais e a meios socioeconômicos estigmatizados, nacionalidade, língua; orientação política, sexual ou religiosa contra-hegemônica; problemas de ordem familiar, dificuldades ou facilidades acentuadas de aprendizagem, presença de AFEC, dentre outros aspectos (14-17).

Reconhecer que a ausência de resposta a alguns desses fatores pode produzir exclusão no interior da escola, com grandes chances dessa se perpetuar fora dela na forma de exclusão social, exige suprema atenção no sentido de identificar quais situações impactam cada contexto e promover ações capazes de eliminar ou reduzir as barreiras, por meio da ampliação da capacidade de respostas inclusivas por parte das escolas e de seus sistemas.

Nesta diversidade de situações, uma questão que se coloca é como enfrentar o desafio da Educação Inclusiva numa escola que, em termos de currículo, expectativas, estruturas físicas etc, foi estruturada como se todos os alunos fossem iguais, aprendessem ao mesmo tempo e da mesma maneira (18). Enfim, o paradoxo reside na necessidade de incluir a todos respeitando a diversidade que caracteriza os grupos humanos e a diferença inerente a cada pessoa, num sistema que parece ter sido preparado para a homogeneidade.

Ao longo dos tempos, a educação escolar pública, influenciada pelo conceito de “normalização”, organizou-se em torno do atendimento escolar de alunos que respondiam positivamente a objetivos e métodos de ensino padronizados,

³ A expressão surge no documento Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde- CIF (13) e será melhor explicitada à frente.

deixando à parte todos aqueles que em decorrência de sua condição social, física e/ou intelectual eram considerados incapazes de aprender pelos métodos tradicionais de ensino em vigor nas escolas (19).

Na lógica da homogeneidade, é possível referir-se às influências do Modelo Biomédico para a organização da escola numa perspectiva restrita ao atendimento da EE. Seguindo esta orientação a escola foi se organizando em dois sub-sistemas: um para os alunos que respondiam a métodos padronizados de ensino (escola regular), outro, dirigido aos alunos caracterizados pela presença de deficiências, no sentido estritamente biomédico, cuja função estava voltada para a reabilitação da saúde e aquisição de habilidades funcionais ligadas à execução das Atividades de Vida Diárias (AVDs), o que marcou, em termos de educação, o paradigma da Exclusão (12).

Para o Modelo Biomédico, a deficiência é uma experiência do corpo e o foco de trabalho encontra-se na normalização ou na cura, obtidas por meio da reabilitação da região que precisa ser “consertada” e da medicalização. (20-22).

Após a luta de movimentos sociais em 1962, como o Tetra Rolantes, na Universidade de Berkeley⁴ e da publicação da carta de *Paul Hunt*⁵, que reforçou a necessidade do reconhecimento social das pessoas com deficiência, garantindo-lhes o direito de frequentar os espaços sociais, como a escola e a universidade e de serem atendidas suas necessidades por essas instituições, o Modelo Biomédico passou a ser questionado, como se lê no excerto a seguir:

“As pessoas com lesões físicas severas encontram-se isoladas em instituições sem as menores condições, suas ideias são ignoradas, estão sujeitas ao autoritarismo e a regimes cruéis. Proponho a formação de um grupo de pessoas que leve ao parlamento as ideias das pessoas que vivem nessas instituições e das que potencialmente irão substituí-las” (23)

Essa situação representou uma ruptura com o Modelo Biomédico, uma vez que a responsabilidade pelas adequações necessárias ao atendimento de todos passou a ser da sociedade e não mais atribuída exclusivamente ao indivíduo com

⁴ O movimento era composto por alunos com diagnóstico de tetraplegia, suas reivindicações consistiam basicamente na garantia de acessibilidade física aos ambientes universitários e na redução de atitudes discriminatórias.

⁵ Em 1972, o jornal britânico *The Guardian* publicou uma carta do sociólogo *Paul Hunt*, que se tornou um marco do Modelo Social. Nela, o autor informa que o que produz a deficiência é a falta de respostas por parte da sociedade e não as incapacidades dos indivíduos. (24)

deficiência, argumentos que fundamentaram a emergência do Modelo Social, no que diz respeito à Educação, referido modelo impulsionou perspectivas ligadas ao paradigma da Integração, porém ainda condicionadas à busca por reabilitação em saúde (12).

A universalização do acesso ao ensino público e a emergência do conceito de escola democrática impulsionam a escola na direção de novos desafios, requerendo respostas pedagogicamente diferenciadas a todos e a cada um dos alunos, por meio da capacidade de responder a situações que ofereçam risco de exclusão aos alunos. Estamos perante uma concepção de Educação Inclusiva (EI) que disponibiliza respostas diversificadas ao nível das vulnerabilidades enfrentadas pelos alunos, criando condições para o desenvolvimento do sujeito a partir de uma perspectiva múltipla que envolve questões da aprendizagem, da interação, da participação, do desenvolvimento físico e emocional etc (24-26).

Nesse quadro, identificamos similaridades entre os princípios da Educação Inclusiva e do Modelo Biopsicossocial, uma vez que a Inclusão que se destina a todos deve considerar todos os fatores que envolvem o desenvolvimento dos alunos, seus processos de aprendizagem e participação, fatores sociais, econômicos, pessoais, familiares etc. Tal concepção requer acima de tudo, abordagens sobre a promoção da saúde e sobre os ambientes nos quais os alunos interagem, aprendem e se desenvolvem, perspectiva corroborada pela UNESCO, quando informa que a “educação é um conceito e uma prática holística, multidimensional e que exige atenção constante e contínuo desenvolvimento” (27).

O Modelo Biopsicossocial, citado por Engel (21) como um Modelo sistêmico, contextualista e multidimensional considera o indivíduo a partir de aspectos biológicos, sociais familiares e emocionais, nasceu da junção das contribuições dos Modelos Biomédico e Social e da necessidade de considerar mais dois aspectos: A influência dos fenômenos psicológicos para o desenvolvimento dos indivíduos e a interação indivíduo-meio nos processos relacionados à promoção da saúde.

É no quadro destas ideias que se reconhece pertinente a pesquisa que aqui se apresenta, cujo objetivo principal é produzir conhecimento sobre influências dos Modelos Biomédico, Social e Biopsicossocial nas concepções e práticas de

intervenção direcionadas à Inclusão Escolar nos dois contextos estudados, a saber: região do Grande Porto/ Portugal e na Cidade de Campinas/ Brasil.

A proposta de estudar a Inclusão escolar a partir das influências dos Modelos utilizados para a compreensão dos fenômenos da deficiência era muito complexa para ser estudada a partir de um ponto de vista apenas, por isso exigia contributos tanto da área da Saúde, quanto da Educação, por esse motivo foi proposta à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade Porto/ Portugal, o desenvolvimento da pesquisa em Cotutela (Acordo de Cotutela- Anexo 1).

A escolha desse país se deu em virtude de as trajetórias das políticas públicas portuguesas para a Inclusão seguirem linhas distintas se comparadas às brasileiras e também pela relevância da produção acadêmica da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto no domínio em que se situa a pesquisa.

Conforme cronograma constante do Termo de Acordo de Cotutela, foram realizados períodos de estudo nas duas Universidades, dessa forma houve um período de mobilidade internacional. Os dados empíricos foram coletados nos dois contextos, em Portugal, na região do Grande Porto e no Brasil, na cidade de Campinas. As normas e prerrogativas éticas dos dois contextos foram respeitadas.

Cabe ressaltar que não se trata de um estudo comparativo, uma vez que as diretrizes políticas relacionadas à Inclusão escolar nos dois países são significativamente distintas. Contudo, reconhece-se que ao apresentar dados sobre as duas realidades, aproximações e distanciamentos poderão emergir, porém não serão realizadas comparações entre os contextos, ainda serão ponderadas questões culturais, sociais e históricas durante a análise e discussão dos resultados, evitando-se assim simplismos e reducionismos. Procurando clarificar, o propósito da pesquisa não é comparar os processos inclusivos nos dois contextos, e sim apresentar informações relevantes, capazes de promover reflexões que possam auxiliar no desenvolvimento de processos inclusivos mais humanos e coerentes com as realidades em que se situam.

O trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro apresentará o enquadramento teórico de base ao estudo, englobando uma revisão da literatura em três subcapítulos: Modelos Biomédico, Social e Biopsicossocial e suas implicações

aos paradigmas da Exclusão, Integração e Inclusão; Conceitos de Saúde e suas Influências para o atendimento escolar; Risco e vulnerabilidade nas situações vivenciadas pelas escolas e seus atores.

No segundo serão apresentadas as opções e procedimentos metodológicos, onde também são indicados os objetivos, aspectos éticos e o enquadramento metodológico do estudo. O terceiro ocupa-se das caracterizações dos contextos investigados, das participantes e das respostas inclusivas à luz da legislação, bem como da apresentação dos dados obtidos nas entrevistas, juntamente com as discussões que suscitam em estreita articulação com os objetivos e com a literatura apresentada.

Por fim, são indicadas algumas considerações finais e apontamentos para o desenvolvimento de investigações mais aprofundadas.

CAPÍTULO 1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 MODELOS BIOMÉDICO, SOCIAL E BIOPSISSOCIAL E SUAS IMPLICAÇÕES AOS PARADIGMAS DA EXCLUSÃO, INTEGRAÇÃO E INCLUSÃO

A literatura aponta para a existência de pelo menos três Modelos de compreensão dos fenômenos acerca da deficiência, identificados por: 1- Modelo Biomédico, também conhecido como Individual, Clínico e Médico; 2- Modelo Social (*Union of Physically Impaired Against Segregation- UPIAS, 1976*) e 3- Modelo Biopsicossocial também conhecido como: Sistêmico. Os três modelos podem ainda apresentar desdobramentos, conforme a realidade em que se situam e a necessidade de compreensão que é colocada, nesse sentido, é possível citar o Modelo Caritativo como um desdobramento do Modelo Biomédico e os Modelos Biossocial e de Direitos como decorrentes do Modelo Biopsicossocial (28-30).

Embora os modelos possuam marcos históricos que delimitem suas origens, todos operam influências ainda nos tempos atuais e fornecem suportes teóricos para a compreensão de princípios norteadores acerca da elaboração e implementação de Políticas Públicas, das concepções de EI que se apresentam nas práticas de intervenção e da forma como profissionais de Saúde e Educação interagem durante o trabalho intersetorial.

Neste capítulo inicial, procura-se estabelecer possíveis relações entre os três modelos teóricos referidos e os paradigmas educacionais que orientam a compreensão dos fenômenos acerca da participação de pessoas com deficiência/Necessidades Educativas Especiais (NEE). De acordo com a literatura, podem ser identificados pelo menos três grandes paradigmas relacionados ao atendimento educacional dessas pessoas: o da Exclusão (ou Segregação), a Integração e o da Inclusão. Cabe ressaltar que não há uma demarcação temporal rígida que marque a passagem de um ao outro e que práticas a eles relacionadas coexistem nos mais diversos contextos ainda hoje, sendo por esse motivo importante estudar quais influências cada um opera para o campo da Educação Inclusiva (EI) (31, 32).

O Modelo Biomédico tem suas raízes na lógica da Revolução Industrial. Em face da segmentação da produção industrial, o corpo passou a ser entendido como um conjunto de partes, que devem funcionar corretamente, conforme os padrões estabelecidos, sendo por isso considerado mecanicista. Segundo o autor citado, esse Modelo restringe as pessoas às deficiências que apresentam, tidas como desvantagens, fonte de dor e de sofrimento. Trata-se de um modelo essencialmente individualista, para o qual a deficiência é entendida como pertencente ao indivíduo que a “porta”, considerado um ser passivo frente aos processos de saúde-doença e à participação na sociedade (21).

Na ótica desse Modelo, a deficiência é vista como uma desvantagem que incapacita às pessoas, impedindo-as de levar uma vida independente e de exercer os direitos reservados a todos que vivem em sociedades democráticas, desse modo, são tratados como pessoas que vivem uma situação trágica, digna de pena, precisam receber auxílio, simpatia, caridade, levando à elaboração teórica de um desdobramento do Modelo Biomédico, intitulado Caritativo (30).

No Modelo Caritativo, o indivíduo com deficiência representa um problema, desperta compaixão, a deficiência leva a um estado triste e trágico, o que gera baixa autoestima, restringe e limita os indivíduos aos espaços e atividades “especiais” com base em critérios clínicos (33).

A lógica implícita no Modelo Biomédico é a de que quanto mais próximo do “bom” funcionamento estiverem as funções e estruturas do corpo, como visão, audição, intelecto e o sistema motor, mais próximo de fazer jus aos direitos reservados a todas as pessoas estará o indivíduo. Neste modelo, a origem da exclusão é a deficiência que pertence ao indivíduo, o que demonstra que o exercício dos direitos e o acesso aos espaços sociais são condicionados pela presença daquilo que a sociedade julga ser a “boa” saúde, ou seja, o perfeito funcionamento das partes/ estruturas e funções do corpo (28).

Em outras palavras, segundo o Modelo Biomédico, é possível identificar uma causa unidirecional/ mecânica, ligada à estrutura do corpo de cada indivíduo, capaz de explicar os fenômenos em torno da exclusão daqueles com características tidas como desvantagens pela sociedade. Esses devem buscar a normalização por meio da medicalização e da reabilitação em saúde, alcançando formas de

funcionamento mais próximas dos padrões socialmente aceitos para que possam exercer seus direitos (28).

Segundo Silva (34), normalizar consiste em:

“(...) aceitá-los, proporcionando-lhes serviços da comunidade que contribuam para o desenvolvimento de suas possibilidades, de modo a que os seus comportamentos se aproximem dos modelos considerados “normais”

Na perspectiva desse modelo, as pessoas que não se adéquam aos padrões físicos e de funcionamento socialmente valorizados, necessitam de serviços especiais da comunidade como transporte especial, escola especial, professor especial etc. Referida lógica impulsionou, no campo educacional, a criação de escolas especializadas, nas quais os profissionais da Saúde, da Educação e da Assistência Social decidiam e ofereciam tratamentos e serviços especiais com o propósito da reabilitação do corpo ou da maior aproximação às formas de funcionamento socialmente aceitas (34).

Trata-se de um modelo considerado reducionista, pois restringe as pessoas às características socialmente desvalorizadas ligadas à presença de uma patologia ou deficiência, que é categorizada com recurso à Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) considerado o documento de referência desse modelo (35).

A CID foi elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o propósito de descrever a etiologia das doenças. Embora esteja na 11ª edição, a versão de referência permanece sendo a 10ª edição⁶, é utilizada para categorizar doenças e problemas de saúde, fornecer dados estatísticos sobre mortalidade e morbidade, informação clínica sobre determinadas populações e dados epidemiológicos (OMS, 1998). Embora tenha uma estrutura com diferentes eixos ou grandes linhas de construção entre os aspectos etiológicos, anatomofuncional⁷,

⁶ A 11ª versão da Classificação encontra-se disponível para visualização desde maio de 2019, contudo sua entrada em vigor será apenas em janeiro de 2022.

⁷ Relacionado ao funcionamento dos órgãos do corpo.

anatomopatológico⁸, o clínico e o epidemiológico⁹, não os relaciona entre si, restringindo-se basicamente a um quadro etiológico (35).

Em resumo, trata-se de um documento que respalda uma prática basicamente etiológica com foco na busca pelo código certo, que na maioria das vezes não informa por completo os processos acerca da saúde, menos ainda das formas de interação desses com o meio social e com a participação e interação dos indivíduos nos mais diversos contextos da vida cotidiana.

As considerações acima remetem a compreensão de Silva (36), quando informa que:

“A produção [...] relativa à escolarização dos alunos especiais historicamente enfatizou aspectos orgânicos e psicológicos. Por esse motivo, por exemplo, não é de surpreender que a escola ficasse (e ainda fica) tão refém de laudos de profissionais da Medicina e da Psicologia para a tomada de decisão de cunho pedagógico. O campo social e político, no qual a escola está imersa, fica imune às críticas perante a hegemonia do discurso médico-psicológico”

Uma vez que o exercício dos direitos sociais e do acesso aos espaços da sociedade como a escola estava condicionado à presença da “boa” saúde conforme os valores da época, como citado, o reflexo no campo educacional foi a criação de espaços segregados para o atendimento das pessoas que não se enquadravam nos pré-requisitos da normalização (37). Tal fato foi nomeado de paradigma da Exclusão (das escolas comuns) ou da Segregação em ambientes homogêneos, com base em critérios ligados exclusivamente ao CID atribuído ao aluno. O mesmo autor informa que muitas dessas pessoas eram “escondidas” em casa para não gerar vergonha para a família (12).

Ao longo do tempo, a educação escolar pública, numa intencionalidade de “normalização”, organizou-se segundo lógicas de atendimento que privilegiaram alunos que respondiam positivamente a objetivos e métodos de ensino padronizados, colocando à margem todos aqueles que, em decorrência de sua condição social, física

⁸ Relaciona-se às alterações patológicas à forma e à estrutura do corpo humano e das suas partes constituintes.

⁹ A epidemiologia estuda as condições relacionadas aos processos de saúde e doença com vistas aos fatores genéticos, sociais, ambientais.

e/ou intelectual eram considerados incapazes de aprender pelos métodos tradicionais de ensino (19).

Esta racionalidade normalizadora fundamentou vários paradigmas educacionais que, ao longo da história têm legitimado o atendimento de crianças e jovens que não se encaixam nos padrões socialmente valorizados em cada época. O advento do atendimento escolar daqueles que a sociedade julgava como diferentes acontecia em classes anexas aos hospitais e asilos filantrópicos e com forte influência do Modelo Biomédico, o que fez com que o atendimento escolar incorporasse uma visão clínica, por meio da busca pela reabilitação, o que colocava o saber pedagógico em segundo plano e legitimava o saber médico como “hierarquicamente superior” ou mais importante que o saber pedagógico (12).

Segundo informam Costa et al (38)

“Alunos com NEE [decorrente da presença de AFEC] foram segregados por meio de práticas homogeneizadoras construídas e delimitadas a partir de um padrão de normalidade referenciado pelo princípio da individualidade e da competitividade. Foram ignorados pelo poder público e deixados à mercê da solidariedade das instituições filantrópicas ou dos serviços das escolas privadas de Educação Especial. ”

Ainda, segundo os mesmos autores:

“Nas escolas de Educação Especial, os alunos com NEE foram privados do convívio social e estigmatizados como seres diferentes e excepcionais. Consequentemente, perderam o direito à autonomia intelectual, e em muitos casos perderam o direito à dignidade humana, e até mesmo a sua condição de ser humano, ao serem intitulados como seres vegetantes. Em outras palavras, rompeu-se a relação de alteridade entre os seres humanos, agora classificados como normais e anormais”

Diversos autores concordam que o paradigma da Exclusão é fortemente influenciado pelo Modelo Biomédico, para o qual a deficiência é uma experiência do corpo, desse modo o foco do trabalho educacional passa a ser a reabilitação da região que precisa ser “consertada”, justificando assim o oferecimento de serviços especiais de educação, uma vez que o indivíduo é um ser passivo cuja obrigação reside apenas em procurar a cura ou condições mais próximas ao “padrão” reconhecido como “normal” pela sociedade (12,20, 22).

No paradigma da Exclusão (ou Segregação), a sociedade e consequentemente a escola entendiam a deficiência como um atributo do indivíduo, classificado como “anormal”, demonstrando influências do Modelo Biomédico, lógica que a isentava da responsabilidade de promover mudanças nos sistemas para que todas as pessoas tivessem condições de acesso e permanência na escola ajustadas às suas características (31, 39).

A lógica reducionista e de segregação imposta por critérios de ordem biomédica passou a ser gradativamente substituída pelo ideário da Integração das pessoas com deficiências em espaços comuns. Contudo, na visão de Sasaki, esse paradigma permanecia bastante influenciado pelo Modelo Biomédico, por dois motivos principais: eram integrados apenas aqueles que conseguiam se adequar aos critérios da normalização e a presença das pessoas com deficiência nas escolas não trouxe mudanças estruturas no funcionamento dessa instituição (12).

A luta por maior participação na sociedade fez com que os movimentos sociais de pessoas com deficiência se unissem em torno das críticas ao Modelo Biomédico (40). Para esses autores, os processos de saúde-doença são constituídos de múltiplos fatores de ordem biológica, social, cultural, educacional, dentre outros que interagem entre si de modo dialético. Desse modo, a tendência reducionista do Modelo Biomédico, antes dominante na análise do processo saúde-doença-participação e pautada no rigor da medicina passou a ser questionada desde então, dando lugar ao Modelo Social que propôs maior responsabilização da sociedade nos processos ligados à Inclusão e ao exercício dos direitos sociais.

Esse modelo surge a partir dos questionamentos ao Modelo Biomédico, impulsionado pela luta de movimentos sociais como o Tetra Rolantes na Universidade de Berkeley, nos EUA em 1962. Enquanto que para o Modelo Biomédico a origem das desvantagens, desigualdades sociais e exclusão era a deficiência entendida como um atributo do indivíduo, para o Modelo Social esta se encontra na ausência de responsabilização da sociedade sobre os processos de exclusão, nas barreiras sistêmicas e nas atitudes negativas frente à diferença, afirmando ainda que a ausência de respostas por parte da sociedade é o que gera a deficiência (41, 42).

Para o Modelo Social, a deficiência não é entendida como um problema individual, mas como questão social, atribuindo a responsabilidade pela promoção de

ambientes de Inclusão ou de Exclusão à Sociedade, tirando o foco do indivíduo enquanto responsável por situações de desvantagem em razão de características individuais entendidas conforme os valores da época com desvantagens, como a presença de uma deficiência (23, 43).

O primeiro grupo de pesquisadores do Modelo Social era, na sua maioria composto por sociólogos filiados à tradição marxista. Suas ideias alimentaram o debate acerca da deficiência e se tornaram decisivas para movimentos da sociedade civil que reivindicavam maior participação das pessoas com deficiência nos mais diversos setores da sociedade (23).

Marcas desse modelo surgiram na Inglaterra na década de 1970 a partir das críticas manifestadas pelo sociólogo Paul Hunt em correspondência endereçada ao Jornal *The Guardian*, ele criticava a negligência na forma como o Estado tratava as questões relacionadas às pessoas com deficiência e propunha a criação de um grupo de pessoas com deficiência com o objetivo de levar ao parlamento ideias que melhorassem a vida de pessoas que viviam segregadas (23). Em 1972, em decorrência da iniciativa de Hunt, foi constituída a União dos Lesados Físicos Contra a Segregação (*The Union of the Physically Impaired Against Segregation-UPIAS*), que teve papel fundamental para expor a deficiência como uma relação de opressão, de poder e de controle. O grupo era composto, em sua maioria, por homens que viviam segregados em instituições em virtude da presença de lesões físicas.

Outros autores entendem que o ponto de partida do Modelo Social foi a publicação dos Princípios Fundamentais da Deficiência publicados pela UPIAS em 1976, cuja premissa era a de que a deficiência nasce em decorrência de atitudes discriminatórias da sociedade e não em virtude da presença de Alterações nas Funções e Estruturas do Corpo, deslocando a origem da exclusão dos indivíduos para a sociedade (23,43).

Esse Modelo faz uma importante distinção entre incapacidade e deficiência, segundo a qual a primeira é um atributo do indivíduo que apresenta AFEC, já a segunda nasce na ausência de respostas por parte do meio social. A deficiência não tem origem no indivíduo e sim na falta de capacidade da sociedade para atender as necessidades individuais, portanto nascem nas atitudes negativas frente à diferença, nas barreiras e restrições à participação impostas pelo meio social (42).

Assim, a construção de ambientes menos restritivos passa pela responsabilização da sociedade, devendo ela fazer as modificações necessárias para viabilizar a participação plena de todas as pessoas. A partir dessa lógica, para garantir o acesso e a participação das pessoas com incapacidades nos mais diversos espaços da sociedade, como a escola, passou-se a exigir mudanças estruturais, atitudinais, ideológicas, sociais e políticas, configurando-se como uma questão de Direitos (23).

Sob este modelo, portanto, incapacidade e deficiência, tornam-se conceitos interconectados, ressaltando que a deficiência se circunscreve na ausência de respostas do meio social às necessidades dos indivíduos. Ao se referir ao Modelo Social, Diniz (23) informa que:

“[...] entre o Modelo Social e o Modelo Biomédico há uma mudança na lógica da causalidade da deficiência: para o Modelo Social, a causa da deficiência está na estrutura social, para o Modelo Biomédico, no indivíduo. ”

Ao resistir à redução da deficiência aos impedimentos de ordem orgânica, o Modelo Social ofereceu novos instrumentos para a transformação social e para a garantia de direitos sociais e educacionais. Não era a natureza (entendida como uma AFEC) quem oprimia, mas a cultura da normalidade que descrevia alguns corpos como indesejáveis “(...) ao denunciar a opressão das estruturas sociais, o Modelo Social mostrou que os impedimentos de origem orgânica são uma das muitas formas de vivenciar o corpo” (44).

No campo educacional, o Modelo Social impulsionou políticas públicas e práticas educacionais ligadas à Integração. Um exemplo foi a publicação da *Public Law* (45) nos EUA, cujo propósito consistia em assegurar que todos os alunos com deficiência tivessem acesso a uma educação pública apropriada e gratuita, com ênfase na EE e em serviços pensados para o atendimento das necessidades de cada aluno.

Essa lei é considerada o marco inicial do paradigma da Integração, propôs dentre outras ações: a matrícula de alunos com deficiência em escolas comuns e a promoção de ambientes menos restritivos e livres de práticas discriminatórias, a

elaboração de planos educativos individualizados, a formação de professores e técnicos¹⁰ e o envolvimento das famílias no processo educativo dos alunos (45, 46).

No contexto do Modelo Social e influenciado pelo paradigma da Integração, o Relatório Warnock (47), publicado na Inglaterra, propôs uma abordagem de natureza educativa que previu a substituição da expressão “aluno com deficiência” por “alunos com Necessidades Educativas Especiais” (NEE), o que representou uma ruptura com o Modelo Biomédico que atribuía ao indivíduo a responsabilidade por se adequar aos espaços e às formas de aprendizagem instituídas. Pese a compreensão de que a lógica trazida pela palavra “Especial”, que até hoje vigora em muitos dos designativos que utilizamos como “Educação Especial”, “Sala de Recursos Especiais”, “Professor de Educação Especial”, “Transporte Especial”, “Escola Especial” etc, surge muito influenciada pelo Modelo Caritativo, demonstra ainda forte influência do Modelo Biomédico na elaboração de políticas públicas educacionais e conseqüentemente nas práticas dentro da escola (48). O Relatório ainda afirmava que as dificuldades de aprendizagem não necessariamente surgem em decorrência da presença de uma deficiência no sentido estritamente biomédico.

Pela forte influência que carrega do Modelo Biomédico, ainda no contexto do Modelo Social, a expressão “Necessidades Educativas Especiais” que vinculava a fonte da dificuldade às características dos indivíduos foi substituída pela expressão “Barreiras à Aprendizagem e à Participação”, deslocando assim o centro da intervenção dos indivíduos, como preconizava o Modelo Biomédico para a estruturação do meio social, em sintonia com os princípios do Modelo Social, já que preconiza que as dificuldades para a Integração de todos são causadas pela natureza das circunstâncias sociais e econômicas que afetam a vida das pessoas.

Corroborando com essa compreensão, para Plaisance (49) é possível afirmar que no quadro das influências do Modelo Social, o documento sugeriu a substituição da expressão “aluno com deficiência” ou aluno “portador de deficiência” para “alunos com Necessidades Educativas Especiais” (NEE), o que paradoxalmente reiterava influências do Modelo Caritativo com a lógica de serviços e características “especiais”, mas representava uma ruptura com o Modelo Biomédico, quando se opunha à categorização e exclusão dos alunos com base em critérios puramente

¹⁰ Refere-se aos profissionais de saúde, com exceção de médicos.

clínicos, deixando de atribuir ao aluno a responsabilidade por não se adequar aos espaços e às formas de aprendizagem padronizadas e responsabilizando os sistemas de ensino pela realização das adequações necessárias à plena Integração de todos em espaços comuns.

Contudo, a lógica de atribuir as NEE ao indivíduo, bem como vinculá-las à presença de deficiências no sentido estritamente Biomédico perpetuava as influências do Modelo Biomédico, uma vez que atribuía a responsabilidade por eventuais dificuldades ao indivíduo e não ao funcionamento dos sistemas, o que pode ser notado, por exemplo na Declaração de Salamanca, que informa que as NEE se dão em virtude da presença da deficiência ou de dificuldades de aprendizagem inerentes aos indivíduos (2), conforme se lê a seguir:

“O termo "necessidades educacionais especiais" refere-se a todas aquelas crianças ou jovens cujas necessidades educacionais especiais se originam em função de deficiências ou dificuldades de aprendizagem. ”

Devendo estes indivíduos, pelo uso de serviços especiais da comunidade, buscar a inserção nos espaços sociais, o que reitera as influências do Modelo Biomédico, sob o qual, as pessoas com deficiência necessitam de serviços especiais, como Educação Especial, Transporte Especial, Escola Especial, Recursos Especiais etc, ao mesmo tempo em que buscava aproximar-se do Modelo Social (31).

Segundo Leite et al (50), a designação NEE passou a ser utilizada como sinônimo de deficiência, gerando confusão conceitual quanto à forma de designar e intervir com alunos que possuíam NEE decorrentes de questões não ligadas à presença de uma deficiência, como as decorrentes de vivências de situações de vulnerabilidade ligadas ao desenvolvimento socioemocional e mesmo aquelas vinculadas a contextos pessoais e socioeconômicos, familiares e culturais. Para essas autoras:

“Alunos com “necessidades educacionais especiais” devem ser concebidos como aqueles que apresentam grandes dificuldades de aprendizagem ou restrições no desenvolvimento, que prejudiquem o acompanhamento das atividades curriculares”

Outro problema conceitual que pode surgir em virtude da vinculação entre deficiência no sentido Biomédico e o conceito de NEE reside no fato de que as deficiências, por sua origem orgânica, via de regra, são consideradas de caráter

permanente, afirmação que não pode ser estendida à complexidade de NEE que os alunos apresentam.

Alargando o leque das causas que promovem ou perpetuam as NEE para além das deficiências, quando a dificuldade que faz com que um aluno tenha uma NEE é superada, configura-se um caráter temporário, diferentemente do que acontece quando a NEE existe em virtude de uma deficiência de caráter permanente (50).

Atribui-se ainda ao Relatório Warnock (47) um importante papel, uma vez que responsabilizava os sistemas educativos pela criação de condições necessárias para a Integração de todos os alunos com deficiência nas escolas comuns. A este propósito é referido no relatório o seguinte:

[Os sistemas de ensino são responsáveis pelo] “fornecimento de meios especiais de acesso ao currículo através de equipamento, instalações ou recursos, modificações do meio físico ou técnicas de ensino especial; acesso a um currículo especial ou adaptado; atenção especial à estrutura social e ao clima emocional nos quais se processava a educação.”

Nesse âmbito são ainda produzidas outras recomendações que passam pela necessidade de reavaliação de todos os alunos com deficiência que frequentavam escolas especiais, a fim de garantir a plena Integração de todos em escolas comuns. No mesmo relatório são sugeridas atividades de conscientização destinadas aos professores, no sentido de capacitá-los para o uso de técnicas e estratégias pedagogicamente diferenciadas.

Já no quadro dos pressupostos do paradigma da Integração, os atendimentos educacionais aconteciam em espaços específicos destinados a esse propósito, sendo condição indispensável possuir um diagnóstico de foro médico com a definição de um código da CID, ressaltando, assim, influências do Modelo Biomédico na determinação do acesso a qualquer tipo de suporte adicional no campo educacional que, via de regra, estava restrito ao atendimento da EE (12, 51).

Atendimentos que aconteciam individualmente ou em pequenos grupos de alunos organizados conforme o diagnóstico médico ou a natureza da dificuldade escolar, geralmente sob a responsabilidade de um professor especializado. Essa intervenção era organizada de modo a não incomodar os demais alunos da escola, o que demonstra que o paradigma da Integração se caracteriza pela existência de dois sistemas educativos independentes, demonstrando assim a influência do Modelo

Biomédico e segregacionista, sob o qual as pessoas que não se enquadram nos padrões sociais estabelecidos devem restringir-se a ambientes orientados para a reabilitação (51).

Por outro lado, evidencia-se a importância de aceitar que quanto mais complexo for o quadro de saúde do aluno, mais estruturado precisa ser o ambiente. A partir dessa compreensão e tendo em vista que independente da complexidade do quadro de saúde apresentado, todos os alunos têm o mesmo direito de crescer e de aprender em ambientes pautados pela diversidade, por isso a escola deve promover a Inclusão com respeito às características de cada aluno sem segregá-los com base em diagnósticos clínicos, e por consequência segregando também aqueles que não possuem nenhuma AFEC, mas que se beneficiariam do convívio com diferentes formas de funcionar individualmente e em grupo.

A presença de alunos com deficiência na escola comum não foi acompanhada por mudanças estruturais, ao nível do currículo e das estratégias pedagógicas que proporcionassem a participação e interação de todos com todos, e potencializassem a sua aprendizagem (12,34, 51).

Embora a lógica de exclusão em ambientes segregados com base em critérios ligados ao diagnóstico médico tenha sido gradativamente substituída pela lógica da Integração e da promoção do acesso à escola comum, nos sistemas educacionais ainda prevaleciam às influências do Modelo Biomédico, uma vez que a Integração se dava “quando possível”, sempre condicionada à busca por “normalização” por parte do indivíduo, reforçando a ideia de que a pessoa com deficiência deveria se “adequar” ao meio escolar utilizando-se de recursos da reabilitação em saúde, buscando condições próximas ao que era tido como “normal” pela sociedade (31)¹¹.

Nesse paradigma, os alunos com deficiências no sentido estritamente biomédico podiam frequentar as escolas comuns desde que se adequassem aos espaços escolares. De acordo com a literatura, o atendimento educacional dos alunos com deficiência quando acontecia nas escolas, estava condicionado à reabilitação e à busca pela “normalização” (31;51).

¹¹ Faz-se a ressalva de que essa lógica ainda pode ser encontrada em muitos sistemas educacionais e escolas.

Considera-se, neste âmbito, que as expectativas, metodologias, organização dos espaços e equipamentos, o currículo e avaliação estavam pautados pela lógica de normalização dos indivíduos e pelo ideário da reprodução de valores que estimulavam a competição e a categorização, geralmente a partir das desvantagens, perpetuando dentro da escola, muitas vezes, a exclusão daqueles a quem ela deveria incluir (48).

Em resumo, nesse paradigma prevalecia a compartimentalização do indivíduo proposta pelo Modelo Biomédico, o que reforçava a estratégia dos encaminhamentos por meio da multidisciplinaridade, que é definida pela atuação isolada de diversas áreas, interação restrita, cada profissional tem seus objetivos e atua de forma desconexa, ancorada em abordagens e métodos tradicionais, sem explicitação das relações que podem existir entre as diversas áreas que atendem o mesmo aluno. A lógica dos encaminhamentos pode ainda induzir alguns professores e escolas a entender que para alguns alunos quem deve se responsabilizar pelo trabalho é apenas o profissional de saúde e não a escola, por outro lado, pode levar os docentes a colocarem em causa até mesmo sua capacidade profissional para lidar com todos os alunos atendidos pela escola, colocando em xeque o conceito de EI (52-54).

Com efeito, embora se reconheçam inúmeros avanços no acesso e na ampliação da participação dos alunos com deficiência na escola pública, permanecem fragilidades nos sistemas escolares que continuam a comprometer a efetividade da Integração para cada aluno (51). Esta situação leva-nos a concordar com Patto (55) que, amparando-se em Bourdieu (56), afirma que a escola continuou a excluir, mantendo em seu âmago aqueles que dissimuladamente se propôs a incluir, condenando às margens do processo aqueles que estão mais distanciados da “gramática escolar” e dos padrões socialmente aceitos.

Contudo, na medida em que eram necessárias mudanças estruturais para a Integração dos alunos com deficiência, o paradigma da Integração passou a ser questionado, cedendo espaço a uma nova compreensão cada vez mais alargada trazida pelo conceito de Inclusão. Nesse paradigma, o ambiente escolar e os sistemas devem proporcionar o meio mais adequado à Inclusão numa perspectiva que não dissocia a inclusão social da educacional (31). A reabilitação em saúde deixa de ser condição indispensável para o acesso e permanência ao espaço escolar.

Em razão do debate e contraposição entre os Modelos Biomédico e Social, em 2001 foi publicada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A partir dessa, a deficiência deixou de restringir-se às condições ora individuais, ora sociais, passando a ser entendida num quadro mais amplo que conjuga os aspectos individuais e sociais, a partir de uma compreensão holística e multidirecional dos processos de saúde, doença, participação, e aprendizagem, revelando assim um esforço para agregar as contribuições dos Modelos Biomédico e Social, numa perspectiva intitulada de biopsicossocial. (13; 22; 27; 57; 58).

O Modelo Biopsicossocial, também conhecido como Sistêmico, Biossocial e de Direitos nasceu da junção entre as contribuições dos Modelos Biomédico e Social e da necessidade de considerar, para além das influências dos aspectos individuais e do meio social, todos os fatores condicionantes da saúde, como a educação, nível socioeconômico e moradia, dentre outros, privilegiando uma visão integral do sujeito nas diversas dimensões: física, psicológica e social, impulsionando discussões em torno do trabalho interdisciplinar entre diversos setores como Educação, Saúde, Assistência Social, Proteção Civil, dentre outros (22; 58).

Esse Modelo mantém características dos anteriores, contudo sua abordagem está centrada no cumprimento dos Direitos Humanos, principalmente no direito às oportunidades sociais, ao acesso e à participação de todos na sociedade, a partir de uma compreensão holística dos fenômenos que envolvem a participação, a deficiência, a limitação e a capacidade de resposta dos sistemas (22).

Para esse Modelo, a incapacidade pode ser temporária, permanente, intermitente, progressiva, regressiva ou estável, uma vez que todo ser humano, independente da presença ou não de AFEC, pode em algum momento vivenciar situações de incapacidade ou de deficiência, decorrentes de mudanças em seu estado de saúde e/ou no ambiente, a deficiência é inerente à fragilidade humana, resulta tanto da condição individual, quanto das influências que o ambiente opera, por meio de vários fatores sociais, políticos, culturais e econômicos, dentre outros (58).

Embora, em 1977, Engel (21) já tenha proposto a elaboração teórica do que mais tarde veio a definir-se como o Modelo Biopsicossocial, a sistematização desse se deu apenas com a publicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (OMS, 2001) (13). Esse documento é

uma revisão da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), publicada em 1980 pela OMS em caráter experimental. O objetivo da CIDID era proporcionar linguagem e estrutura de trabalho padronizadas, para facilitar a descrição de estados de saúde e de estados relacionados com a saúde que envolvessem o bem-estar, tais como educação, trabalho, transporte etc.

Ao publicar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a OMS deu um novo impulso à Educação Inclusiva (59), uma vez que:

“Representa uma tentativa consequente de combinar o modelo “médico” e o modelo “social”, adiantando uma definição operacional que compreende as pessoas com limitações significativas ao nível da atividade e da participação num ou em vários domínios de vida, decorrentes da interação entre as alterações funcionais e estruturais de caráter permanente e seus contextos, resultando em dificuldades contínuas ao nível da comunicação, aprendizagem, mobilidade, autonomia, relacionamento interpessoal e participação social, dando lugar à mobilização de serviços e recursos para promover o potencial de funcionamento biopsicossocial.”

A CIF constitui uma classificação universal do funcionamento humano e que esse depende de estruturas e funções do corpo que determinam capacidades e não apenas incapacidades. Ao invés de uma tipologia das deficiências fornece um quadro de referência para abordar e compreender o potencial e as limitações de cada pessoa, considerada na sua complexidade. Não classifica os indivíduos de modo essencialista, mas sim em função dos contextos em que operam as capacidades e incapacidades (60).

A CIF objetivou integrar as contribuições dos Modelos Biomédico e Social com propósito de alcançar o que chamou de perspectiva Biopsicossocial, tornando-a capaz de fornecer uma visão alargada sobre os termos em que operam as influências do ambiente para as deficiências dos indivíduos, proporcionando assim uma visão coerente das barreiras que impedem/ restringem a participação dos indivíduos nos mais diversos ambientes nas diferentes perspectivas de saúde: biológica, individual e social (13).

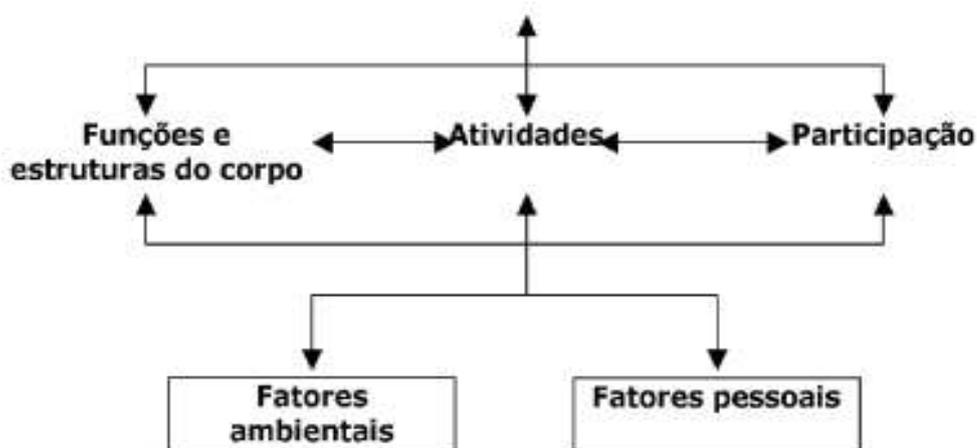
Na mesma compreensão, Farias e Buchalla (61) informam que a CIF está baseada em uma abordagem Biopsicossocial que busca incorporar os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais, trazendo novos referenciais para a interpretação dos fenômenos acerca da incapacidade e da deficiência.

As nomenclaturas utilizadas por esse documento redefinem alguns conceitos como “incapacidade”, que passa a incluir deficiências no sentido estritamente Biomédico, somada à limitação da atividade ou restrição na participação, além de trazer conceitos novos, como o de “funcionalidade”, que engloba as funções do corpo, atividades e participação (13).

No que diz respeito à funcionalidade, uma doença ou transtorno de saúde considerado simples sob o ponto de vista clínico- terapêutico pode ser extremamente incapacitante para um indivíduo, por vezes produzindo muito mais dificuldades/ necessidade de atenção e cuidados do que uma deficiência física complexa do ponto de vista clínico (28).

De modo interconectado, a CIF relaciona fatores ambientais que interagem com as funções e estruturas do corpo e com as restrições à participação no sentido de identificar como estados de saúde podem produzir ou perpetuar restrições à participação em diversos contextos da vida, como a escola. A classificação é dividida em domínios de saúde e domínios relacionados com a saúde, como pode ser observado na figura a seguir. Estes domínios são descritos enquanto Funções e Estruturas do Corpo e Atividades e Participação (13).

Figura 1: Fatores inter-relacionados expressos na CIF



Fonte: OMS, 2001

Um dos desdobramentos da CIF foi o lançamento em 2011 da versão destinada a crianças e jovens, a CIF-CJ, que objetiva fornecer uma compreensão multidimensional, ecológica e interdisciplinar da funcionalidade de crianças e

adolescentes, considerando aspectos biológicos, sociais e individuais, claramente vinculados ao Modelo Biopsicossocial (13).

Outro fator considerado pela CIF está na condição ofertada pelo ambiente, que pode tornar-se um fator de redução do impacto das incapacidades ou promotor de barreiras/ restrições à participação, interação e aprendizagem de acordo com a organização das estruturas e o desenrolar das atitudes das pessoas. Isso permite considerar que as condições do ambiente podem minorar ou potencializar os efeitos incapacitantes das AFEC, reduzindo, gerando ou perpetuando deficiências do meio social, concordando com os pressupostos do Modelo Social.

Ainda, para o Modelo Biopsicossocial, as incapacidades não têm relação direta com as características de uma AFEC. Duas pessoas que apresentem o mesmo código CID podem responder aos estímulos do ambiente de diferentes maneiras, da mesma forma que a mesma pessoa pode funcionar de maneira diferente dependendo dos facilitadores ou barreiras impostas pelo ambiente (21; 28; 33). Tal fato ressalta a importância de se estudarem as influências que exercem os ambientes e as atitudes das pessoas envolvidas, especificamente nas práticas de intervenção que acontecem no âmbito das escolas e das parcerias de trabalho com os profissionais da saúde.

No campo educativo, a CIF tem servido a vários propósitos, tais como: elaboração de programas educacionais, na promoção de programas de conscientização sobre as diferenças e sobre a importância da remoção de barreiras, para o desenvolvimento de políticas e de legislação em geral, nesse sentido, Portugal adotou a partir do Decreto Lei 3/2008 (62) essa Classificação com referência para os processos de referenciação aos serviços da Educação Especial, para tal elaborou um Roteiro de Avaliação com base na CIF- CJ (Anexo 2).

Contudo, seu uso educacional dirigido para a promoção de instrumentos voltados à Inclusão tem gerado controvérsias, fazendo com que muitos países, a exemplo do país citado revejam essa opção¹². Autores como Correa (63), informam que a aplicação da CIF no contexto educacional é prematura e inadequada, uma vez que se trata de um instrumento criado para ser utilizado por profissionais de Saúde e não de Educação, todavia o autor reconhece as contribuições do Modelo

¹² A CIF deixou de ser referência para os processos de referenciação quando da publicação do Decreto Lei 54/2018.

Biopsicossocial, relativamente à possibilidade de conjugação entre as contribuições dos Modelos Biomédico e Social.

A Inclusão se volta para o respeito à diversidade e para a redução das barreiras à aprendizagem e participação de cada aluno, especialmente daqueles que vivenciam situações de vulnerabilidade que os tornem suscetíveis a processos de exclusão dentro e fora da escola. Perspectiva compatível com os princípios do Modelo Biopsicossocial (1;12; 58).

A consciência desta realidade despertou para a importância de se produzirem respostas educativas adequadas às necessidades, ritmos e potencialidades de cada aluno, levando ao surgimento do paradigma da Inclusão. Segundo este, os sistemas educativos e as escolas devem proporcionar todos os meios, condições e recursos que garantam a Inclusão de todos com todos, almejando que os alunos alcancem o máximo de seu potencial (31).

Em síntese, os fundamentos mobilizados permitem entender que a educação escolar de alunos que se encontram em situação de desvantagem em virtude da presença de AFEC ou de quaisquer outras situações que comprometam a sua aprendizagem, participação e interação passou a ser entendida numa perspectiva mais ampla, intitulada de Inclusão.

Inclusão é a perspectiva caracterizada pela presença de todos os alunos no ensino comum tendo uma abordagem orientada por princípios que consideram a igualdade e a diferença enquanto valores indissociáveis para a aprendizagem de todos e a responsabilização dos sistemas, das organizações e dos profissionais de diferentes setores, como a Educação, Saúde, Assistência Social e Proteção Civil pela promoção das condições necessárias ao desenvolvimento dos sistemas educacionais e dos alunos por meio de respostas educacionais atentas às necessidades e potencialidades de cada aluno.

Nessa direção, Booth et al (1) informam que:

“A incapacidade pode ser definida como uma limitação de uma função física, intelectual ou sensorial, de tipo prolongado, embora a noção de incapacidade intelectual seja problemática e possa, de forma injustificada, sugerir uma explicação física para uma dificuldade que é de outra ordem. As escolas não podem fazer muito para ultrapassar as incapacidades, mas podem

diminuir consideravelmente as deficiências produzidas pelas atitudes discriminatórias, as ações e as barreiras institucionais. ”

“(…) envolve mudanças e modificações no conteúdo, abordagens, estruturas e estratégias, com uma visão comum que abrange todas as crianças da faixa etária apropriada e uma convicção de que é responsabilidade do sistema regular educar todas as crianças. ”

Na mesma direção, a Declaração de Salamanca (2) aprovada por representantes de diversos países e organizações internacionais, já preconizava uma forma de Inclusão mais alargada, destinada a todos os alunos, segundo esse documento:

“A escola regular deve ajustar-se a todas as crianças independentemente das suas condições físicas, sociais, linguísticas ou outras, isto é, crianças com deficiência ou sobredotadas, crianças de rua ou crianças que trabalham, crianças de populações imigradas ou nômades, crianças pertencentes a minorias linguísticas, étnicas ou culturais e crianças de áreas ou grupos desfavorecidos ou marginais. ”

A substituição da expressão “Necessidades Educativas Especiais” pelo conceito de “Barreiras à Aprendizagem e Participação” se consolida a partir do Modelo Social, em contraposição à abordagem caritativa influenciada pelo Modelo Biomédico. Outro aspecto dessa mudança conceitual está na compreensão de que qualquer aluno em algum momento de sua trajetória escolar pode enfrentar uma barreira à aprendizagem e participação, diferentemente das NEE, que surgem em decorrência da presença de deficiências de caráter permanente, como informa a declaração de Salamanca em excerto já citado anteriormente.

Transformações sociais ligadas à universalização do acesso ao ensino público impulsionado pelo fim de períodos de autoritarismo político nos dois contextos estudados evidenciaram a perspectiva de que, se a escola almeja que todos os alunos alcancem o máximo de seu potencial em regimes democráticos, é necessário que esteja alicerçada em uma visão de Inclusão alargada a todos os indivíduos/ cidadãos e mais próxima das necessidades/ potencialidades de cada aluno, não apenas daqueles que possuem alguma deficiência no sentido estritamente Biomédico (1; 25, 26).

Visão corroborada pela literatura já referida, que informa que o termo “Inclusão”, em muitos contextos surge vinculado à presença de deficiências no sentido

estritamente Biomédico, porém a partir dos paradigmas apresentados é possível inferir que as barreiras/ restrições à participação e aprendizagem não surgem exclusivamente em decorrência de incapacidades/ deficiências/ AFEC no sentido estritamente Biomédico. Elas podem apresentar diversas origens, dentre elas: questões pessoais, sociais, econômicas e culturais, familiares, dentre outras, perspectiva que concorda com os pressupostos do Modelo Biopsicossocial (1;12).

Os autores citados afirmam ainda que a Inclusão é um conceito complexo, um ideal a que todas as escolas devem aspirar, mas que nunca será plenamente atingido, segundo eles a Inclusão objetiva a redução das barreiras e/ou restrições a participação e aprendizagem de todos os alunos, ancorada no respeito à diferença e no apoio à diversidade, levando à concepção de Inclusão que pode ser encontrada no documento intitulado *Policy Guidelines on Inclusion in Education* (1, 3) como:

“Um processo que visa responder à diversidade de necessidades de todas as crianças e jovens, através de uma participação crescente na aprendizagem, culturas e comunidades, reduzindo e eliminando a exclusão dentro e fora da educação”

Em alinhamento com essa perspectiva, a UNESCO (3) enunciou que:

“Promover a Inclusão significa estimular a discussão, encorajar atitudes positivas e melhorar as estruturas educacionais e sociais para lidar com novas demandas. Envolve a melhoria dos recursos, processos e ambientes para promover o aprendizado do aluno em seu ambiente de aprendizagem. ”

Relativamente às justificativas para que os sistemas escolares sejam inclusivos, o documento cita a necessidade de reestruturação dos sistemas educacionais com o propósito de educar a todas as crianças, desenvolvendo maneiras de ensinar que respondam às diferenças individuais. Dessa forma, escolas inclusivas devem ser capazes de transformar atitudes em relação à diversidade, educando todas as crianças juntas, o que lança as bases para a construção de uma sociedade mais justa e menos discriminatória no futuro.

Ainda, segundo o documento referido, a educação inclusiva é um processo que envolve mudanças nas estruturas escolares com o propósito de atender todos os alunos, oriundos de minorias étnicas e linguísticas, populações rurais, pessoas afetadas pelo HIV e AIDS e pessoas com deficiências, com dificuldades de adquirir as aprendizagens, oferecendo oportunidades de aprendizagem para todos. O objetivo da

educação inclusiva é eliminar a exclusão que nasce em atitudes negativas e na falta de resposta à diversidade de raça, status econômico, classe social, etnia, idioma, religião, gênero, orientação sexual, dentre outras, portanto a EI é uma ferramenta essencial na busca da equidade social e deve ser um elemento constituinte da aprendizagem de todos os alunos (3).

“Uma escola inclusiva deve oferecer possibilidades e oportunidades para uma variedade de métodos de trabalho e tratamento individual para garantir que nenhuma criança seja excluída do companheirismo e participação na escola. Isso implica o desenvolvimento de escolas amigas da criança baseadas em direitos. Uma educação baseada em direitos ajuda as crianças a realizar seus direitos. Não é apenas academicamente eficaz, mas também inclusivo, saudável e protetor de todas as crianças, sensível ao gênero e estimula a participação dos próprios alunos, de suas famílias e de suas comunidades.”

Perspectiva corroborada no enquadramento da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável¹³ (ONU) (7), onde é possível ler referências à EI nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (6), que informam que é necessário “Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todas e todos” (meta 4), além de:

“Até 2030, eliminar as disparidades de gênero na educação e garantir a igualdade de acesso a todos os níveis de educação e formação profissional para os mais vulneráveis, incluindo as pessoas com deficiência, povos indígenas e as crianças em situação de vulnerabilidade” (Meta 4.5).

Deste modo, a Inclusão escolar passou a ser entendida numa perspectiva mais ampla, tendo por finalidade atender a todos os alunos que de algum modo encontram-se em situação de desvantagem em relação à aprendizagem e participação em virtude da presença de AFEC ou da vivência de quaisquer situações de vulnerabilidade que promovam ou perpetuem processos de “invisibilidade” e exclusão dentro e fora da escola.

Na mesma direção, Correia (64) informa que:

¹³ Trata-se de um documento que visa delinear um plano de ação com objetivos e metas a serem cumpridas até 2030 com foco na promoção do Desenvolvimento Sustentável, do qual Brasil e Portugal são signatários.

“A Inclusão assenta nas necessidades da criança na sua totalidade no que respeita a três níveis de desenvolvimento essenciais: académico, socioemocional e pessoal, orientada para a maximização do seu potencial.”

Ainda assim, a escola é um espaço privilegiado uma vez que, em tese, todas as crianças e adolescentes passam por ela e permanecem bastante tempo de suas vidas. Além disso, a escola e seus profissionais contam com a possibilidade de trabalhar em rede, de modo intersetorial e colaborativo com outros setores como a Saúde, Assistência Social e Proteção Civil, promovendo estratégias de enfrentamento às situações de vulnerabilidade enfrentadas pelos alunos. Não se excluem dessa possibilidade de trabalho, possíveis tensões e constrangimentos gerados por uma interação mais intensa e focada nas necessidades e potencialidades dos alunos e das escolas, por esse motivo, é importante compreender como essa interação acontece no campo da Inclusão escolar.

Na compreensão de Farias et al (65):

“A Intersetorialidade se fundamenta numa prática integradora de ações de distintos setores, que se articulam, complementam e interagem para uma aproximação mais intrincada dos problemas e seu enfrentamento, compartilhando recursos e metas, e desenvolvendo estratégias conjuntamente.”

A perspectiva aqui adotada não é a de que a escola irá resolver todas as mazelas sociais, contudo as bases ideológicas que sustentam a EI por meio da ação da escola podem promover espaços sociais mais inclusivos e saudáveis, por meio do potencial de transformação social que oferecem, demonstrando o protagonismo da escola não apenas no campo da aprendizagem dos conteúdos curriculares, mas também lançando as bases para a aceitação da diferença e redução de todas as formas de preconceito.

A partir do conhecimento sobre as situações de vulnerabilidade vivenciadas pelos alunos, da consciência do impacto que podem ter na sua aprendizagem e na saúde presente e futura desses e da importância de envolver profissionais de diversas áreas, devendo estender a lógica do olhar atento que destina ao desenvolvimento das crianças pequenas a todos os alunos, considera-se que uma escola promotora de saúde e de bem estar é antes de tudo, uma escola promotora de valores que coadunam perspectivas vinculadas a Inclusão de todos e à Promoção da Saúde no Ambiente Escolar. Permitindo inferir que a escola inclusiva tem potencial de

protagonizar processos que levem a melhores condições de aprendizagem, bem-estar e saúde por meio do trabalho em rede.

Entretanto, é importante tomar cuidado para que a perspectiva de trabalho intersetorial não se torne um empecilho para a ampliação da qualidade do atendimento desenvolvido por cada interveniente. A medicalização, a patologização, a assumpção de uma posição de inferioridade de uma área sob a outra, a hierarquização do atendimento e mesmo uma espécie de terceirização da resposta precisam ser acompanhadas com olhar atento, uma vez que podem escamotear, disfarçar e mesmo dissimular a dificuldade da escola em promover as mudanças necessárias para que se torne de fato inclusiva, bem como a dificuldade dos setores da saúde de se submeter a avaliação de profissionais oriundos de outras áreas de conhecimento.

Perspectivas que agregam aspectos de ordem biológica, social, emocional, ambiental/ ecológica e acadêmica oferecem propostas de trabalho não apenas preventivas, como também de intervenção nas práticas e ambientes escolares, estimulam a construção de parcerias de trabalho intersetorial com o objetivo de promover a saúde e a aprendizagem de todos os alunos a partir das influências do ambiente e das características que trazem, removendo barreiras à aprendizagem, participação e interação de todos (66).

Tal perspectiva deve materializar-se com vistas ao respeito à diferença e à diversidade, como ensina Santos (67):

“Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades. ”

Nessa direção, ao fazer uma leitura reflexiva sobre a obra de Paulo Freire, Costa (68) informa que para esse estudioso a educação é um processo constante de criação do conhecimento e de busca de transformação e reinvenção da realidade pela ação e reflexão humana. Perspectiva da qual tanto a efetivação dos Direitos Humanos quanto dos princípios basilares da Educação Inclusiva estão alinhados, por esse motivo qualquer educação que não promova a busca pela libertação dos processos de exclusão e segregação presentes na sociedade não pode ser reproduzida na

escola, devendo esta assumir seu potencial de transformação frente à necessidade de mudança social.

Pela complexidade das mudanças às quais a escola precisa trabalhar para efetivar a inclusão ao nível das potencialidades/ especificidades/ características/ necessidades e vulnerabilidades de todos os estudantes, cada vez mais particularizando e personalizando os processos envolvidos, alinhando-os aos ritmos de aprendizagem, de avaliação, de construção dos saberes à diversidade do alunado, esse trabalho pretende amparar-se em concepções de Inclusão na perspectiva do respeito à igualdade e à diferença enquanto valores indissociáveis reafirmando o compromisso com uma Inclusão ética, equitativa, democrática, que se desenvolva em ambientes saudáveis e menos restritivos (69).

Neste sentido e tendo em vista a relação que se estabelece, por um lado, entre Educação, Educação Especial e Inclusão e, por outro, entre Inclusão e Saúde, passamos a explanar sobre os conceitos de Saúde ao longo dos tempos e sua influência para os paradigmas da participação, para o planejamento e implementação de políticas públicas dirigidas à Inclusão e para as concepções de profissionais da educação.

1.2 CONCEITOS DE SAÚDE E SUAS INFLUÊNCIAS PARA O ATENDIMENTO ESCOLAR

Uma vez que os contextos de surgimento dos Modelos Biomédico, Social e Biopsicossocial já foram apresentados, também a forma como influenciaram e influenciam a elaboração das políticas públicas relacionadas à EI, o planejamento das respostas escolares e as concepções dos profissionais, cabe avançar, apresentando como o conceito de Saúde como concebemos hoje foi construído ao longo da história e como se dá sua relação com a formulação de respostas no âmbito da EI.

Segundo Scliar (70):

“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, de valores individuais, de concepções científicas,

religiosas, filosóficas. O mesmo pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito. ”

Ainda segundo o mesmo autor, ao longo da história, podem ser identificados diversos conceitos de Saúde. O primeiro é definido como uma concepção mágico-religiosa:

“A concepção mágico-religiosa partia, e parte, do princípio de que a doença resulta da ação de forças alheias ao organismo que neste se introduzem por causa do pecado ou de maldição. Para os antigos hebreus, a doença não era necessariamente devida à ação de demônios, ou de maus espíritos, mas representava, de qualquer modo, um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos. ”

Segundo Scliar (70) Hipócrates (460-377 a.C.), considerado por muitos o pai da medicina moderna, acreditava na Saúde como sendo o equilíbrio dos fluidos do corpo. Se para a concepção mágico-religiosa a doença ou a saúde teriam causas alheias ao corpo, para ele, a doença surgia em decorrência da desorganização dos líquidos do corpo.

“Hipócrates postulou a existência de quatro fluidos (humores) principais no corpo: bile amarela, bile negra, fleuma e sangue. Desta forma, a saúde era baseada no equilíbrio desses elementos. Ele via o homem como uma unidade organizada e entendia a doença como uma desorganização desse estado. ”

No século XVII, já no contexto da Idade Moderna, o conceito de Saúde influenciado pelo racionalismo de René Descartes, pela via da lógica do dualismo entre corpo – mente, entendia a “boa” saúde como o funcionamento ordenado das partes do corpo, levando à concepção expressa por François Xavier Bichat (1771-1802), para quem a saúde seria o “silêncio dos órgãos” (70), numa abordagem claramente vinculada ao Modelo Biomédico.

No campo educacional, a saúde ou ausência dela esteve vinculada aos padrões normativos de cada época, tornando-se também critério de definição dos locais de participação ou não dos alunos que não se encaixavam nos padrões socialmente valorizados na escola, restringindo o acesso daqueles considerados “não saudáveis” até aos direitos tidos como universais, perspectiva corroborada por Feio et al, (71), quando informam que o conceito de Saúde ou ausência dela esteve vinculado aos padrões normativos de cada época, tornando-se também fator de definição dos locais de participação das pessoas.

Para os setores educacionais, essa lógica se aplica a Exclusão ou Segregação dos alunos com características que fugiam aos padrões socialmente valorizados em decorrência de deficiência no sentido estritamente biomédico, com fortes influências de conceitos ligados à patologização e medicalização (31). Nessa lógica, qualquer situação envolvendo os alunos que desafiam/ desafiavam o saber pedagógico (tido como aquele padrão de métodos e estratégias a que a maior parcela de alunos responde), como uma criança com maior dificuldade em aprender ou em socializar com os colegas, logo surge/ surgiam as tendências da patologização e medicalização.

Em decorrência disso é/ era elaborado o encaminhamento para os setores médicos, que devem/ deveriam por meio da reabilitação ou da medicalização “consertar” a parte que não está funcionando adequadamente, de modo que a escola possa dar continuidade ao trabalho pedagógico, como se os indivíduos pudessem ser compartimentalizados.

Na perspectiva de Chagas et al (72):

“O conceito de patologização remete a um processo semelhante ao da medicalização, focando na atribuição de status de doença a problemas da vida cotidiana. Calcado no binômio saúde-doença, termina por escamotear a influência de aspectos históricos, sociais, econômicos e políticos sobre o desenvolvimento humano, além de individualizar questões que se constroem na relação das pessoas entre si.”

Especificamente no campo educacional, a tendência a medicalização e patologização, em alguns contextos pode revelar a dificuldade da escola em fazer as mudanças estruturais e atitudinais necessárias para promover a inclusão para todos e cada um.

Entretanto, essa lógica segregacionista e excludente aplicada às pessoas com AFEC foi estendida a todos aqueles que não se encaixavam nos padrões normativos valorizados pela sociedade em cada época, e conseqüentemente pela escola, excluindo dentro e fora dela também aqueles que não aprendiam nos tempos esperados, aqueles oriundos de meios socioeconômicos, culturais e familiares desvalorizados, aqueles que enfrentam dificuldades emocionais ou aprendem por métodos em que a padronização das expectativas e metodologias não consegue alcançar etc.

No campo da educação, a lógica que definia a presença de Saúde como o bom funcionamento das partes do corpo influenciou os paradigmas da Exclusão (ou Segregação) e da Integração, por meio da elaboração e implementação de políticas públicas e respostas escolares baseadas na categorização de pessoas tendo como critério a presença ou não de AFEC e na criação de dois tipos de escolas, conforme já citado.

Contudo, tal lógica excludente e segregacionista foi desafiada pelas mudanças culturais e por novas concepções, inclusive no campo da Saúde, tornando necessário ancorar as práticas de intervenção em novos paradigmas capazes de incorporar as influências do meio social para os processos de saúde-doença-participação. Nessa direção, já no contexto da OMS, foi divulgada uma nova definição de Saúde, influenciada por uma perspectiva socioambiental, que informava que “Saúde é o estado de mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (73) nas partes do corpo, como informava a perspectiva do racionalismo influenciada pelo Modelo Biomédico. A atualização da definição acerca da Saúde resta influenciada por um Modelo mais sistêmico, holístico, em linha com os pressupostos do Modelo Biopsicossocial informado por Engel anos mais tarde (21).

Ressalta-se que alguns autores como Segre & Ferraz (74) questionam o conceito apresentado pela OMS, segundo eles a definição apresentada é irreal, pois se baseia numa lógica muito ampla, ambiciosa e difícil de ser mensurada, uma vez sustenta-se em critérios considerados subjetivos, que informariam o que seria “o mais completo estado de bem-estar” para cada indivíduo, desse modo, é impossível estabelecer uma definição que sirva a todos e a cada um.

Esse relatório também consigna o conceito de Saúde ao direito a uma vida sem privações, que abrange fatores, como: estados e processos biológicos (herança genética), questões ligadas ao meio ambiente (uso do solo, água, ar, moradia, local de trabalho etc.) e estilo de vida (decisões que afetam a Saúde), elevando a discussão da Saúde para além dos aspectos individuais e ressaltando a influência dos ambientes e das atitudes da própria pessoa e das pessoas do entorno para a Promoção da Saúde (70).

No campo educacional e em consonância com esses conceitos mais abrangentes, o aluno não pode mais ser dividido em partes passíveis de serem

“consertadas” como preconizava o Modelo Biomédico. As origens das dificuldades para a Inclusão de todos os alunos, independentemente de quais questões individuais apresentem, muitas vezes interseccionam questões ligadas à Saúde, Educação, Assistência Social e Proteção Civil. E como a escola é um espaço privilegiado, uma vez que, além da casa, provavelmente é onde os alunos permanecem por mais tempo, demandando dos profissionais desse espaço a responsabilidade de promover a redução das barreiras à aprendizagem e à participação de todos os alunos por meio da interlocução com os demais intervenientes.

Diferentes abordagens ajudaram a fundamentar a concepção socioambiental de Promoção da Saúde, que incluem componentes sociais, educacionais, psicológicos, econômicos, culturais e pessoais. Por essa razão, o conceito de Saúde e outros a ele associados, como os de Promoção da Saúde (PrS) e Educação para a Saúde (EpS) sofreram alterações ao longo dos tempos, o que acaba por ter influência no modo como o sentido de “estar saudável” surge com diferentes significados para diferentes pessoas. Da mesma forma uma mesma pessoa ao longo da sua vida vai também modificando o seu próprio conceito de saúde e de estar saudável. Logo, as ideias acerca de saúde são moldadas pelas experiências de vida, conhecimento, valores e expectativas (74, 75).

Para Tones & Tilford (1994) citados por Carvalho e Carvalho (76) a:

“Educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida. ”

Esta definição incorpora fatores que influenciam as tomadas de decisão acerca da Saúde individual e coletiva, o que evidencia que para além da transmissão de conhecimento, será necessária uma mudança de atitudes, de convicções pessoais, crenças e valores individuais (76).

Desse modo, as mudanças nas formas de conceituar a Saúde influenciaram os paradigmas da participação na escola, ampliando ou diminuindo a influência desse ou daquele Modelo (Biomédico, Social e Biopsicossocial). Nesse âmbito também o modo de se entender a Educação para a Saúde se foi alterando, o

que repercutiu nas Políticas Públicas e nas práticas de intervenção no campo da Educação, conseqüentemente da Inclusão Escolar (71).

Nesse sentido, a EpS deixou de ser vista como a mera transmissão de informação de caráter higienista-sanitário, orientada para a prevenção ou o tratamento da doença, efetuada em contextos formais, passando a ser entendida como a capacitação dos indivíduos para agirem de modo autônomo acerca de seus próprios determinantes de saúde, através da criação ou do desenvolvimento de competências de ação. Desse modo, Educação e Saúde apresentam-se como duas faces de um mesmo processo, que se inter-relaciona de modo mais intenso quando o assunto é Inclusão Escolar (71).

Assim como o conceito de Saúde desviou-se da lógica mecanicista e individualista influenciada pelo Modelo Biomédico, o conceito de EpS reduziu sua dependência da perspectiva instrucionista, antes centrada na transmissão e assimilação do conhecimento em Saúde, chegando a uma visão mais abrangente e integradora, que objetiva a criação de condições que permitam a todos os indivíduos desenvolverem-se na sua multidimensionalidade, em permanente interação com os outros e com o ambiente (71).

Essa abordagem objetiva promover condições de vida que atendam as necessidades dos indivíduos por meio de ações como a promoção de espaços saudáveis, a propagação de ações de formação para os sujeitos, o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento da vida em comunidade (77).

Desse modo, o conceito de Promoção da Saúde passa a ser definido de modo mais holístico, incluindo aspectos individuais e sociais, relacionados às formas de participação e interação entre as pessoas. Ancorada nessa premissa, a abordagem socioambiental surge como uma proposta para apropriação e transformação do ambiente e das atitudes das pessoas com o objetivo de alcançar um desenvolvimento equitativo e sustentável, portanto inclusivo (78).

Considerando a definição de saúde trazida pela OMS como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente apenas a ausência de afecções e enfermidades”, associando-a à influência que o ambiente escolar e que as atitudes de seus atores podem ter no tocante à Inclusão, pode-se entender que a

escola, ao buscar incluir a todos a partir de suas características, torna-se, por excelência, um espaço promotor de saúde, de bem estar e do respeito face à diversidade e diferença, objetivos comuns à filosofia da EI.

Para a Abordagem Socioambiental existe uma relação entre estar saudável e os ambientes que o indivíduo frequenta. A relevância que as influências do ambiente social ganham a partir dessa abordagem de saúde respaldam visões ligadas à Integração e à Inclusão, uma vez que, a exclusão de indivíduos com base exclusivamente no diagnóstico que apresentavam mostrou-se insuficiente para a compreensão dos fenômenos acerca do acesso e da participação de todos em espaços sociais, como a escola.

Em 1978, a Declaração de Alma-Ata consolidou a saúde como um dos direitos fundamentais, ressaltando que a responsabilidade pela busca ou manutenção dela transcende a capacidade dos setores da saúde, chegando a outros setores, como a educação, além da responsabilização atribuída aos próprios indivíduos, o que impulsionou visões integradoras como a perspectiva trazida pelo Modelo Biopsicossocial (79)

Já para a Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde (1986), também intitulada Carta de Ottawa (80), a saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia-a-dia, nos locais onde aprendem, trabalham, pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros. Como é enunciado nessa Conferência:

“Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde passa a ser compreendida como um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas ”

Assim, de acordo com a Carta de Ottawa (80) e em consonância com a Declaração de Alma-Ata (81), a Promoção da Saúde não pode ser considerada responsabilidade exclusiva dos setores da saúde, relaciona-se também com a busca por um estilo de vida saudável, estimulando assim a ampliação da atuação

colaborativa de profissionais da Saúde, Educação, Assistência Social, Proteção Civil, Lazer, dentre outras, com o objetivo de promover ambientes afetos à diferença e à diversidade, ao bem estar de todos, potencializando situações de aprendizagem coletivas com a consequente redução das barreiras à participação pela via da compreensão e do conhecimento daquilo que iguala as pessoas, bem como daquilo que torna cada indivíduo único.

Essas definições mais integradoras e abrangentes de Saúde ou de estar saudável propostas OMS em associação a um conceito de Inclusão também mais abrangente, destacando que a escola deve atender a todos com respeito às diferenças individuais e à diversidade abrem as portas da Intersetorialidade entre setores como a Saúde e Educação. Essa interação reforça formas de atuar de modo colaborativo, o que pode acontecer por meio da Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade ou Transdisciplinaridade. Perspectiva reforçada por Contandriopoulos (82):

“A melhoria da saúde baseia-se em uma nova compreensão de determinantes da saúde, que só poderá emergir se um verdadeiro diálogo se estabelecer entre as ciências humanas e as ciências da vida. Este diálogo, para ser portador dessa nova compreensão, não poderia deixar de ser perturbador, incômodo; ele supõe que os pesquisadores de cada disciplina repensem os fundamentos de seus trabalhos, que eles aceitem trabalhar com outros métodos, que encarem horizontes temporais diferentes e consequentemente que modifiquem a maneira de conceber os fenômenos que estudam.”

A Multidisciplinaridade é definida pela atuação isolada de diversas áreas, interação restrita, cada profissional tem seus objetivos e atua de forma desconexa, ancorada em abordagens e métodos tradicionais, sem explicitação das relações que podem existir entre as diversas áreas que atendem o mesmo aluno (52-54).

Já a Interdisciplinaridade pode ser definida pela interação entre áreas de atuação, junção de conceitos e de conhecimentos, intercâmbio mútuo e recíproco, porém cada profissional permanece restrito à sua área de atuação (53).

Segundo Coimbra (52), a Interdisciplinaridade pode ser definida como:

“Tema, objeto ou abordagem em que duas ou mais disciplinas intencionalmente estabelecem nexos e vínculos entre si para alcançar um conhecimento mais abrangente, ao mesmo tempo

diversificado e unificado, na busca de um entendimento partilhado.”

Já a transdisciplinaridade não está restrita ao intercâmbio de ideias, as áreas passam a atuar juntas, sem fronteiras sólidas entre as disciplinas, o que gera respostas a partir da interação coletiva (54), trata-se de um elevado grau de relações entre disciplinas.

Essa forma de atuar colaborativamente rompe com o isolamento imposto pela divisão de trabalho, pressupõe assim a realização de um trabalho partilhado, reforçando o que a literatura intitulou de rede de apoio. Segundo os autores, uma escola orientada para a diversidade precisa criar uma rede de apoio composta por diretores, pais, professores, psicólogos, terapeutas e supervisores que atuem na direção de objetivos comuns. Segundo a UNESCO (3) “É necessária uma abordagem integral multisetorial e colaborativa para garantir o direito à educação” (83,84).

A partir do que foi definido pela OMS como estratégia da Atenção Primária Ambiental¹⁴, abordagem que possibilita a ampliação da compreensão da relação entre saúde e ambiente, na direção da qualidade de vida dos indivíduos e da sustentabilidade dos espaços comunitários, foram definidas as seguintes estratégias no campo da educação: Ação construtiva e a integradora de estratégias entre diversos setores; Formulação e implementação de estratégias educativas com a comunidade e outros setores públicos que fortaleçam a gerência integrativa e participativa, por meio da identificação de problemas, da corresponsabilização na preservação e na promoção de ambientes saudáveis, democráticos e inclusivos por parte da comunidade e dos órgãos públicos (85).

Esta compreensão ampliada¹⁵ da atenção primária, que abrange a extensão ambiental do processo de saúde dos indivíduos e comunidades, além de implicações na promoção da saúde para os ambientes frequentados pelos indivíduos,

¹⁴ Trata-se de uma estratégia de ação voltada para a promoção da saúde em nível local, que reafirma o direito de todos de viver em ambientes saudáveis, conhecendo os riscos à saúde e ao bem-estar da própria comunidade. (OPAS) (85)

¹⁵ No que diz respeito ao contexto brasileiro, desde a VIII Conferência de Saúde, realizada em 1986 a relação entre a saúde e ambiente já se demonstrava clara, nessa a compreensão da Saúde enquanto meramente a ausência de doença foi revisada, sendo compreendida progressivamente como um conceito mais alargado, segundo o qual a Saúde surge como o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde (85).

no caso alunos estejam procurando o desenvolvimento de estratégias de participação social, a partir do conhecimento, identificação e solução dos problemas ambientais que influenciam a saúde e limitam o exercício dos direitos universais, como a educação. Sendo a Inclusão um direito universal emergente na perspectiva de Rodrigues (18), urge a responsabilidade da escola de promover a redução das barreiras/ restrições a participação e aprendizagem para todos os alunos, o que requer a construção de ambientes escolares saudáveis e a importância de maior debate sobre a Inclusão escolar na relação com a promoção da saúde. Dito isto de outro modo:

“As atitudes positivas dos professores em relação à Inclusão dependem fortemente da sua experiência com alunos que são percebidos como "desafiadores". Atitudes negativas de professores-chefes, inspetores de educação, professores e adultos (pais e outros membros da família) são grandes barreiras à Inclusão. Assim, capacitar todos esses indivíduos, equipando-os com nova confiança e habilidades no processo de introduzir a Inclusão como um princípio orientador terá implicações nas atitudes e desempenhos dos professores. A Inclusão requer mudanças nas atitudes e valores das pessoas, das quais a escola e seus profissionais não podem se esquivar. Tal mudança leva tempo e envolve uma reavaliação significativa das concepções individuais. A conscientização deve envolver tanto uma melhor compreensão da educação inclusiva e que as sociedades se tornem mais tolerantes e compreensivas” (3).

Num tempo tão complexo como o que vivemos, não é possível refletir sobre educação sem pensar sobre suas formas de desenvolvimento, interação social, cuidado e aprendizagem. Ao longo do desenvolvimento, a criança e ao adolescente constroem sua autoimagem, seus valores, sentimentos e opiniões e, a partir disso, diferenciam-se uns dos outros (86). Ocorrem mudanças físicas/biológicas/psicológicas que influenciam as formas como aprendem e interagem no meio social, ao que Rosemberg (87) informou acerca do cuidado:

“Atender às suas necessidades de proteção, segurança, bem-estar, saúde. Estar atento a seus afetos, emoções e sentimentos, às relações com os outros, com as coisas, com o ambiente.”

O cuidado é a forma de se preocupar e intervir para com o outro em toda a dimensão humana. Desse modo, não podem ser excluídos do espaço escolar, aspectos ligados ao desenvolvimento social, cognitivo e afetivo que se encontram nas

bases das interações humanas e que interferem na aprendizagem e interação dos alunos na escola. As práticas de cuidar/educar implicam em atitudes e comportamentos que demandam conhecimentos, habilidades e até valores potencializados no sentido de contribuir para o desenvolvimento da criança. Isto significa que o foco do trabalho deve ser ajudar o outro a se constituir enquanto pessoa, a melhorar a sua condição de vida enquanto cidadão, o que certamente auxiliará na construção da empatia e ao desenvolvimento de habilidades socioemocionais necessárias para o convívio em uma sociedade mais inclusiva e democrática (86-88).

A escola é responsável pela promoção de um ambiente saudável, pela via do estímulo à aprendizagem e do desenvolvimento de valores intrínsecos à Promoção da Saúde, e conseqüentemente ligadas ao respeito à diversidade, como: construção da identidade, acolhimento, empatia, respeito às diferenças sejam de gênero, físicas, de formas de funcionamento ligados as AFECs de caráter permanente ou não, acerca do desenvolvimento emocional, da autonomia, da interação, da promoção de uma cultura de não violência, acerca das escolhas, dos desafios e perdas, acerca da resiliência, dos cuidados com a alimentação, com o corpo e com a própria saúde, acerca de comportamentos aditivos sobre as dependências, acerca do desenvolvimento da sexualidade, da maternidade e paternidade etc (89). Perspectiva que se encontra alinhada com o desenvolvimento do respeito à diversidade e diferença, em linha com a filosofia da EI e com os preceitos do Modelo Biopsicossocial.

As considerações aqui apresentadas ressaltam o potencial da escola enquanto espaço promotor de saúde, que deve contribuir para a não reprodução de desigualdades sociais, primando pelo bem-estar físico, social e emocional principalmente para alunos que vivenciam processos de invisibilidade, expostos ao risco de exclusão dentro e fora da escola, suscetíveis a processos de vulnerabilidade, reafirmando a importância da Inclusão de todos e o papel da escola enquanto promotora de aprendizagens significativas capazes de melhorar a vida das pessoas levando a melhores condições de saúde e de bem-estar. Este papel da escola realiza-se seja por meio do conhecimento que leva os alunos a aprenderem acerca de temas como os citados anteriormente, seja pela problematização das questões sociais ou pela via da promoção de valores inclusivos, gerando mudanças de comportamento e

de atitudes por parte dos alunos, responsáveis, profissionais da própria escola e de seus parceiros de outras áreas como a Saúde.

A partir desse conhecimento e interação entre os diversos intervenientes dos processos inclusivos, o planejamento pedagógico individual, bem como o rompimento de barreiras e a promoção das acessibilidades fica facilitado. Como ensinou Goffman (90), “na medida em que as pessoas se relacionam com mais proximidade, o preconceito e o estigma tendem a ser substituídos pela compreensão e simpatia”. Perspectiva corroborada por documentos de referência já citados como o *Policy of Guidelines on Inclusion in Education* (2, 3; 12).

Ancorada pelos princípios do Modelo Biopsicossocial, da Promoção da Saúde na Perspectiva Socioambiental e do ideário da EI, a Inclusão destina-se a todos os alunos, independente de questões pessoais, socioeconômicas, familiares, culturais etc, sendo preocupante a perpetuação de processos de “invisibilidade¹⁶” e/ou de marginalização de alunos caracterizados ou não como AFEC por meio da ausência de respostas por parte da escola, lógica que a impulsiona a trabalhar numa perspectiva mais de Inclusão mais abrangente, que não dissocie a Inclusão Social da Educacional, estimulando a escola a buscar repostas pedagogicamente diferenciadas e parceria/ ressignificação da atuação com outros setores como da Saúde.

1.3 RISCO E VULNERABILIDADE NAS SITUAÇÕES VIVENCIADAS PELAS ESCOLAS E SEUS ATORES

Embora o conceito de vulnerabilidade seja utilizado em diversas áreas e contextos, nesse trabalho, o enquadramento teórico se balizará pelos estudos das áreas da Saúde, Educação e Sociologia. Inicialmente o conceito é definido a partir da perspectiva de diversos autores, sendo depois relacionado às teorias relativas à Inclusão social e educacional.

¹⁶ Na esteira de Bourdieu (56), entende-se “invisibilidade” como a ausência de respostas às situações de vulnerabilidade que possam colocar os alunos em risco de exclusão educacional, conseqüentemente social. Segundo esse autor, a escola, na intenção de incluir, mas sem fazer as mudanças necessárias em sua estrutura acaba por excluir de modo dissimulado em seu interior aqueles a quem se propõe incluir.

Além das diversas formas de exclusão decorrentes de AFEC, dificuldades de aprendizagem, restrições no acesso e permanência dos alunos na escola, na sua participação ou interação com os pares, existem outras situações que podem gerar ou perpetuar a exclusão. São algumas: a falta de acesso a espaços sociais, de lazer e serviços de saúde; a violência, exploração, falta de vínculos afetivos, e falta de cuidados básicos etc (14, 91).

Estar em situação de vulnerabilidade é indicativo de um amplo leque de situações, desde: desvantagens sociais, cognitivas, motoras, emocionais e sensoriais; pertença a minorias étnico-raciais e a meios socioeconômicos estigmatizados; problemas de ordem familiar, nacionalidade, língua; orientação política, sexual ou religiosa contra hegemônicas; dificuldades acentuadas de aprendizagem, dentre outros aspectos. Ter em conta estes diversos fatores exigem da escola suprema atenção no sentido de eliminar todas as barreiras que afetam os alunos (92).

Segundo Vitello et al (93) um dos principais objetivos da educação inclusiva é o de eliminar a exclusão social, que surge em boa parte em decorrência de atitudes e respostas inadequadas frente à diversidade de raça, classe social, etnia, religião, gênero e habilidade. Na lógica desses autores, a Inclusão, ancorada no respeito, representa o exercício do direito à igualdade, à diversidade e à diferença por parte de todos os alunos.

O conceito de vulnerabilidade apresenta alta capacidade heurística e aplicação diferenciada. Os autores relacionam estados de vulnerabilidade com complexos processos de fragilização Biopsicossocial ligados a fatores biológicos, existenciais e sociais (16).

Segundo os autores:

“É evidente que tanto a vulnerabilidade biológica quanto a existencial e social se apresentam como uma constelação de eventos que ameaçam conduzir a uma precipitação catastrófica, que se apresenta de duas formas: como a situação originária de uma limitação normativa vital (isso no nível biológico) ou como a impossibilidade de afirmação e exercício da liberdade e autonomia relativa (nos níveis existencial e social). Se acreditarmos que essas dimensões são inextricáveis, então, a vulnerabilidade é multidimensional e inespecífica, porque seus efeitos e desenlaces perturbam o indivíduo como um todo.”

Após a realização de levantamento sistemático sobre o uso do conceito de vulnerabilidade, os autores informam que tal conceito ainda não está cristalizado na literatura. Para exemplificar, citam várias abordagens encontradas, como: publicações que expressam uma relação determinista entre aquilo que é considerado fator de risco como a pertença a grupos étnicos ou de orientação sexual contra hegemônicas e a situação socioeconômica dos indivíduos. Ainda segundo os autores referenciados, outros estudos associam variáveis relacionadas às condições de vida, etnia, cultura, renda, tipo de moradia, escolaridade, identidade de gênero, dentre outros, como fatores que podem colocar os indivíduos em situações de vulnerabilidade. Algumas publicações tomam como referência determinantes pouco específicos, como gênero, etnia, classe socioeconômica, baseiam-se na lógica de que a intersecção de tais variáveis poderia produzir estados de vulnerabilidade. Esses estudos ancoram-se em determinismos históricos, prendem-se nos pontos de convergência entre variáveis, visando explicações mecanicistas e deterministas a respeito das situações de vulnerabilidade que os alunos venham a enfrentar (16).

Entretanto, na perspectiva dos autores referenciados, a maioria dos estudos procura compreender como as dinâmicas sociais, educacionais e culturais agem de modo dialético com aspectos individuais, criando condições capazes de perpetuar ou expor indivíduos a situações de vulnerabilidade (16).

Embora, de difícil definição e operacionalização nos mais diversos contextos, principalmente no campo da EI, como aqui se pretende, cabe ressaltar que os sistemas escolares não podem passar inertes às situações que perpetuem ou coloquem os alunos em situações de vulnerabilidade e conseqüente risco de exclusão educacional, cabendo à escola e seus profissionais prover meios e recursos que deem conta de atender as especificidades de todos os alunos. Ressalta-se que a escola não é responsável pela “solução” de todas as mazelas sociais, entretanto seu papel de promotora de ações de aprendizagem e desenvolvimento de processos capazes de melhorar a qualidade de vidas das pessoas impele à escola agir na direção da redução das desigualdades sociais.

No campo da saúde, os estudos sobre vulnerabilidade surgiram entre as décadas de 1980 e 1990 e estavam associados à epidemia de HIV/AIDS. O principal propósito desses era identificar e descrever situações que pudessem explicar comportamentos sociais que aumentavam o perigo de transmissão. À época, foram

pensados inúmeros desenhos de intervenção com foco na atenção integral, nos processos de conscientização e mobilização social, tendo como base o exercício dos Direitos Humanos. (94,95)

Já no campo da Sociologia, os estudos sobre vulnerabilidades com foco na abordagem comportamental foram aos poucos cedendo lugar para as análises de fatores sociais e culturais que possibilitassem uma compreensão mais holística dos fenômenos: “[...] interativos e sinérgicos, como pobreza, opressão sexual, racismo, a exclusão social, genericamente descritos como formas de violência estrutural” (96).

Na mesma direção, Abramovay et al, (14), consideram que o conceito de vulnerabilidade se vincula à indivíduos que experimentam processos de exclusão de espaços sociais, como a escola e serviços de saúde; violência; exploração; falta de vínculos afetivos; inanição, drogadição; falta de cuidados básicos e insucesso escolar. Essas ideias remetem a Goffman (90) quando apontam que o preconceito com que as pessoas com deficiência lidam cotidianamente também pode constituir um fator de exclusão dos espaços sociais.

Indivíduos que experimentam algumas das situações descritas anteriormente demonstram (92):

“Autoestima consideravelmente comprometida. Estes jovens e suas famílias introjetam as falhas próprias de sua condição histórico-social como atributos negativos pessoais. De forma circular e quase inevitável, este ciclo se instala, não só no nível material, como no nível afetivo. Desde muito jovens, percebem-se como inferiores, incapazes, desvalorizados, sem o reconhecimento social mínimo que as faça crer em seu próprio potencial como ser humano. ”

No campo da educação, o conceito de vulnerabilidade sustenta-se na lógica de identificar e descrever situações que possam impor restrições à aprendizagem e participação dentro da escola ou à exclusão desse espaço social. Relaciona-se diretamente com o risco de exclusão enquanto possibilidade gerada pela ausência de resposta por parte dos sistemas escolares para situações que impactam a aprendizagem e participação, as quais os alunos estejam vivenciando.

O conceito de vulnerabilidade busca renovar estratégias de intervenção no campo da EI, ampliando a capacidade de resposta dos sistemas escolares por meio do combate às situações que possam promover barreiras/ restrições à aprendizagem

e participação e do estímulo ao trabalho colaborativo com diversos setores, como: Saúde, Assistência Social, Proteção Civil, dentre outros.

Nessa direção, o conceito de vulnerabilidade não deve respaldar-se em simplismos e determinismos, como: alunos com deficiência não alcançarão sucesso escolar devido à presença de uma AFEC ou alunos pertencentes a etnias contra hegemônicas sofrerão preconceito e serão excluídos da escola. Pelo contrário, a consciência de estados de vulnerabilidade de qualquer natureza permite elaborar um planejamento que antevêja os meios, parcerias e recursos necessários para que todos os alunos sejam incluídos na escola e tenham suas necessidades amparadas por ela.

Segundo Ferreira (97):

“Na condição de elementos-chave, os (as) educadores (as) devem transformar-se em “agentes de proteção de alunos e alunas que se encontram em situação de maior vulnerabilidade na escola”. Nesse papel, os (as) educadores (as) devem se comprometer com a identificação, a busca de soluções e a remoção das situações que geram tal vulnerabilidade, ao mesmo tempo em que asseguram sua educação em condições igualitárias. ”

Na mesma direção, Ainscow (98) sustenta que:

“O objetivo da educação inclusiva é eliminar a exclusão social que resulta de atitudes e respostas à diversidade com relação à etnia, idade, classe social, religião, gênero e habilidades. ”

A escola é o espaço de todos e a todos deve servir. Cabe-lhe, por isso, prover respostas às demandas daqueles que atende, não pode estar inerte às necessidades/ características/ potencialidades, objetivando a promoção dos Direitos Humanos por meio da Inclusão e da redução das barreiras e restrições a aprendizagem, interação e participação de todos com todos, não se restringindo a grupos específicos, destinando especial atenção a todos aqueles que enfrentam situações de vulnerabilidade.

Perspectiva corroborada por Ainscow, (98) quando informa que:

“Há uma tendência crescente de se ver a exclusão na educação de forma mais ampla, em termos de superação da discriminação e da desvantagem de grupos vulneráveis a pressões excludentes. Em alguns países, esta perspectiva mais ampla está associada aos termos Inclusão social e exclusão social. Quando usada em um contexto educacional, a Inclusão social

tende a se referir a questões de grupos cujo acesso às escolas esteja sob ameaça. A linguagem da Inclusão e da exclusão social passa a ser usada mais especificamente para se referir a crianças que são (ou correm o risco de ser) excluídas da escola e salas de aula. ”

Ainda segundo o mesmo documento:

“Este uso mais amplo da linguagem da Inclusão e da exclusão é, portanto, um tanto fluido. Ele parece indicar que pode haver alguns processos comuns que ligam as diferentes formas de exclusão experimentadas por crianças com deficiências, crianças que foram excluídas de suas escolas por razões disciplinares e pessoas que vivem em comunidades pobres. Deste modo, parece haver um convite para explorar a natureza desses processos e de suas origens em estruturas sociais. ”

A Inclusão representa um dos maiores desafios a serem enfrentados pela escola. A heterogeneidade de contextos, situações, características e recursos necessários transformam a Inclusão para todos num processo extremamente complexo, exigindo dos sistemas escolares respostas também complexas, especialmente para aqueles que vivenciam formas de vulnerabilidade que geram ou perpetuam processos de exclusão (99,100).

CAPÍTULO 2 OPÇÕES E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 Objetivo Geral

Caracterizar influências dos Modelos Biomédico, Social e Biopsicossocial nas concepções e práticas de intervenção direcionadas à Inclusão Escolar no contexto brasileiro (Município de Campinas) e português (Municípios de Vila Nova de Gaia e Porto).

2.1.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar os contextos investigados e as participantes da pesquisa;
2. Identificar as concepções das participantes acerca da Educação Inclusiva;
3. Investigar como a categorização dos alunos influencia os processos de intervenção pedagógica;
4. Identificar como ocorrem as parcerias de trabalho intersetorial entre profissionais da Educação e Saúde, seus processos de comunicação, os ganhos, constrangimentos, tensões e dificuldades.
5. Identificar situações de vulnerabilidade e risco de exclusão.

2.2 ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação foi desenvolvida durante o Programa de Doutorado realizado em regime de cotutela, conforme acordo assinado entre a Faculdade de

Ciências Médicas da UNICAMP e a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto /Portugal (Anexo 1).

O desenvolvimento da pesquisa foi previsto e realizado em três etapas, conforme os termos do Acordo, a primeira e a terceira, realizadas no Brasil sob a orientação da Prof.^a Dra. Zélia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt e a segunda, que incluiu um período de mobilidade internacional durante ano letivo 2017/2018, quando o pesquisador esteve em Portugal e cumpriu os créditos necessário para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Educação, sob a orientação da Prof.^a Dra Preciosa Teixeira Fernandes.

Na primeira etapa foi elaborada a estrutura geral do projeto de pesquisa e o levantamento do estado da arte, definidos os objetivos e métodos. Na segunda etapa, em Portugal, foi realizado o aprofundamento teórico e parte da coleta de dados, com a realização de 12 entrevistas semiestruturadas, com recurso à gravação em áudio, com professoras que atuavam na Educação Especial em três Agrupamentos de escolas da região do Grande Porto. As atividades referentes a esse período constam no Relatório de Atividades realizadas no âmbito do Programa Doutoral em Ciências da Educação (Anexo 3).

Na terceira etapa, de volta ao Brasil, foram realizadas mais 12 entrevistas semiestruturadas, com recurso à gravação em áudio, com professoras que atuavam na EE na cidade de Campinas, elaboradas as transcrições das entrevistas, as análises e apresentação dos dados no documento final. Para a realização das entrevistas, o pesquisador utilizou um roteiro (Apêndice 1) de questões pré-definidas elaborado de acordo com os objetivos da pesquisa.

2.2.1 Abordagem do estudo

Tendo em vista os objetivos da pesquisa e por tratar-se de estudo que objetiva identificar a percepção das professoras entrevistadas relacionadas a vários aspectos ligados à Inclusão escolar, optou-se pela abordagem qualitativa, uma vez que esta oferece os meios necessários para a compreensão dos fenômenos relacionados à Inclusão escolar e dos significados a eles atribuídos, permitindo

identificar concepções que fundamentam às práticas profissionais no campo da Inclusão na escola, mais especificamente as influências dos Modelos Biomédico, Social e Biopsicossocial.

Pesquisadores qualitativistas buscam compreender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e os descrevem, enquanto Morse et al (102) sustentam uma definição mais ampla, segundo a qual, pesquisas qualitativas são: “Indutivas, holísticas, subjetivas, orientadas para o processo; usadas para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a um fenômeno” (101).

Metodologias qualitativas são aquelas capazes de incorporar a questão dos significados inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais (103).

A mesma conceptualização para pesquisa qualitativa pode ser aplicada tanto em pesquisas da área da Saúde, quanto das Ciências Humanas. Segundo esse autor, na pesquisa qualitativa não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas, tornando imprescindível conhecer o que os fenômenos da vida representam para as pessoas. Acrescenta ainda que os “significados” tem função estruturante, em torno dos quais as pessoas organizam suas vidas. Na mesma compreensão de Minayo, o autor concorda que essa abordagem é adequada quando pretendemos estudar os processos, sentidos e significações que as pessoas atribuem a eles (104, 103).

A pesquisa qualitativa é aquela cuja fonte direta dos dados é o ambiente natural dos sujeitos, tornando imprescindível ouvi-los no ambiente em que atuam. Por esse motivo, optou-se por realizar a coleta de dados no ambiente de trabalho das participantes (104). A construção da ciência parte de um esforço de compreensão da realidade, visando o estabelecimento de interpretações que objetivam a busca dos sentidos que os sujeitos atribuem aos fenômenos que os cercam (105).

Pelos motivos apresentados, optou-se pela abordagem qualitativa, com a realização de entrevistas semiestruturadas com professoras de Educação Especial nos dois contextos.

2.2.2 Participantes da pesquisa

Tanto em Portugal, quanto no Brasil, foram convidadas a participar do estudo professoras que trabalhavam com alunos que necessitavam de respostas escolares diversificadas em decorrência da presença de AFEC, mais especificamente, professoras que atuavam na EE. Embora a concepção de Inclusão adotada nesse trabalho não se restrinja a essa modalidade educacional, antes ampara-se, em perspectivas que informam que a Inclusão é destinada a todos os alunos (1,15). Entendemos que os professores de Educação Especial, muitas vezes, se situam na ponta dos processos de construção da escola inclusiva, por esse motivo constituem o público-alvo dessa investigação.

Nos dois contextos, pode-se caracterizar a amostra selecionada como probabilística e por variedade de tipos. Probabilística porque todas as “Professoras de Educação Especial” das escolas selecionadas tinham a mesma chance de participar do estudo e a coleta de dados aconteceu num período de tempo pré-determinado e por variedade de tipos, uma vez que segundo Turato (104; 106):

“Esse processo de seleção da amostra baseia-se no que ele chama de “homogeneidade fundamental”, segundo a qual, os participantes devem possuir pelo menos uma característica em comum, assim considerada a chave que une os participantes ao tema da pesquisa. ”

Nesse estudo, em específico, a característica-chave é a categoria profissional em que as participantes atuam, sendo todas professoras de Educação Especial. No Brasil, as participantes foram recrutadas em 3 escolas geridas pela Prefeitura de Campinas, que possuíam Salas de Recursos Multifuncionais (SRM), que estão inseridas no quadro do Atendimento Educacional Especializado (AEE) que acontece no contra turno escolar, de forma a complementar, destinadas ao atendimento de alunos com AFEC de caráter permanente que frequentam as turmas comuns no período regular de aulas.

Em Portugal, as professoras que aceitaram participar voluntariamente em 3 Agrupamentos de escolas da região do Grande Porto. A escolha desses Agrupamentos teve como critério o fato de neles existirem Salas de Apoio à Inclusão¹⁷,

¹⁷ No período da coleta de dados o Decreto lei 3/2008 ainda estava em vigor.

Unidades de ensino Especializado (destinadas à educação de alunos com perturbações do espectro do autismo, com multideficiência e surdo cegueira congênita ou Escolas de Referência (destinadas à educação bilíngue de alunos surdos e à educação de alunos cegos e com baixa visão).

2.2.3 Coleta de dados

A coleta de dados decorreu no período de 1 mês em cada contexto¹⁸. Como se referiu, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a professoras que atuavam na EE. As entrevistas foram realizadas nas escolas selecionadas, conforme disponibilidade manifestada por cada uma das voluntárias e com a autorização dos responsáveis pelas instituições. Os procedimentos para a realização das entrevistas foram bastante semelhantes tanto para ingresso nos Agrupamentos de escolas na região do Grande Porto, quanto nas escolas da Cidade de Campinas.

Após o contato do pesquisador com os responsáveis pelas instituições, momento em que eram esclarecidas os objetivos e procedimentos da pesquisa e solicitada a assinatura no Termo de Autorização para Realização de Pesquisa em Instituição pelos responsáveis da de cada local (Apêndice 2), em seguida o pesquisador entrava em contato com docentes que podiam aceitar ou recusar participar da pesquisa.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com suporte de um roteiro prévio (Apêndice 1) elaborado para esse fim. Entretanto cabe salientar que foi necessário realizar algumas adequações de acordo com cada contexto, no sentido de respeitar as características de cada realidade.

Segundo Amado (105), na entrevista semiestruturada (ou semidiretiva), o pesquisador deve elaborar um plano prévio do que deseja perguntar. Esse documento deve conter uma sequência lógica do que pretende conhecer, entretanto durante a entrevista, o entrevistador pode permitir que o entrevistado se sinta livre para fazer as inferências que considerar necessárias e conduzir as respostas.

¹⁸ Na região do Grande Porto, as entrevistas foram realizadas entre abril e maio de 2017, e em Campinas aconteceram no mês de novembro de 2018.

Ambas as coletas de dados foram realizadas com recurso ao mesmo roteiro (Apêndice 1) de questões pré-definidas, elaborado de acordo com os objetivos da pesquisa. Os temas presentes nesse documento e abordados durante as entrevistas versaram sobre: concepções de Exclusão (Segregação), Integração e Inclusão e suas relações com os Modelos Biomédico, Social e Biopsicossocial; Processos de elegibilidade às respostas escolares promotoras de Inclusão; Ganhos e dificuldades/ constrangimentos/ tensões do atendimento aos alunos acontecer em parceria com outras áreas, como a Saúde, dentre outras; Processos de intervenção no campo da educação; Natureza das respostas educativas; Formas e instrumentos de comunicação entre os diversos profissionais; Bases legais e teóricas que suportam o trabalho colaborativo; Cotidiano dos atendimentos dos alunos com AFEC na escola.

No momento da entrevista, os objetivos e procedimentos da pesquisa eram novamente esclarecidos às voluntárias, procedendo-se também à assinatura do TCLE (Apêndice 3)

2.2.4 Análise dos dados

A análise dos documentos orientadores, da legislação acerca da inclusão nos dois contextos e dos dados obtidos nas entrevistas foi realizada em estreita articulação com os objetivos da pesquisa. Para tal, inicialmente foi realizada a análise documental, em seguida os discursos das participantes foram transcritos e organizados com recurso a um sistema categorial com suporte ao *Software Nvivo*^{10ªVersão}. Segundo a técnica da Análise de Discurso, que visa à compreensão do sentido do discurso.

Pela complexidade do tema estudado, pretende-se recorrer nesse trabalho a análise das contribuições das participantes pela via qualitativa, numa perspectiva que não dissocia a história, os contextos sociais e linguísticos das participantes e dos fenômenos estudados (107).

Ao fazer uma revisão sistemática sobre o uso do *Software Nvivo* como suporte para a realização de pesquisas acadêmicas, Souza Neto et al (108) informaram que “por meio desse software, os pesquisadores podem adicionar,

organizar, codificar e gerenciar diferentes tipos de dados, como áudio, texto, imagens e vídeos”, reduzindo consideravelmente o tempo dedicado à organização e análise dos dados.

Para a mobilização dos discursos, e como forma de assegurar o anonimato das entrevistadas, os discursos foram identificados com uma letra “E” e um número, como segue: a letra E de “entrevistada” associada a um número, como no exemplo a seguir, identifica o número da contribuição (E1, E2, E3, e assim sucessivamente), sendo entrevistas do E1 até o E12 referentes àquelas realizadas no contexto brasileiro e do E13 ao E24 referentes ao contexto português, os nomes dos alunos foram substituídos por nomes fictícios.

2.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Todos os procedimentos éticos exigidos nos dois países foram contemplados. No Brasil, o projeto de pesquisa encontra-se em conformidade com a Resolução nº 466/12 (106) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS) (109), cujo protocolo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas e aprovado conforme Parecer n.º 2.950.646 e CAAE 83354118.7.0000.5404 (Anexo 4).

Em Portugal, todas as diretrizes éticas previstas pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Educação foram atendidas, especificamente, no que respeita à apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a todos os participantes e à recolha de assinatura nesse documento.

Em ambos os contextos, antes do início das entrevistas as participantes foram esclarecidas dos objetivos da pesquisa, bem como, sobre a forma de divulgação dos resultados apenas em eventos e publicações científicas, com total garantia de sigilo/confidencialidade e anonimato. Foram ainda esclarecidas acerca da possibilidade de desistir da investigação a qualquer momento caso assim o considerassem.

Os áudios das entrevistas serão armazenados por um período máximo de 5 anos após a data da assinatura do TCLE. Esse período de guarda visa garantir

tempo hábil para transcrição, análise, apresentação do relatório final da pesquisa e publicação dos resultados em revistas científicas. As entrevistas não serão publicadas na íntegra e a gravação dos áudios visa apenas possibilitar a transcrição das entrevistas e garantir a fidedignidade das análises. Após esse período, os áudios serão descartados pelo pesquisador.

CAPÍTULO 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para efeito de apresentação, os resultados estão organizados em dois subcapítulos. O primeiro apresentará a caracterização dos contextos investigados, das participantes e das respostas inclusivas à luz da legislação. O segundo apresentará os dados obtidos nas entrevistas em estreita articulação com os objetivos da pesquisa e com os dados da literatura. Tais resultados serão apresentados em três tópicos, a saber: 1-Concepções e práticas de Educação Inclusiva; 2- Considerações sobre o trabalho intersetorial entre profissionais da Educação e Saúde; 3- Critérios para definição do público alvo de medidas inclusivas.

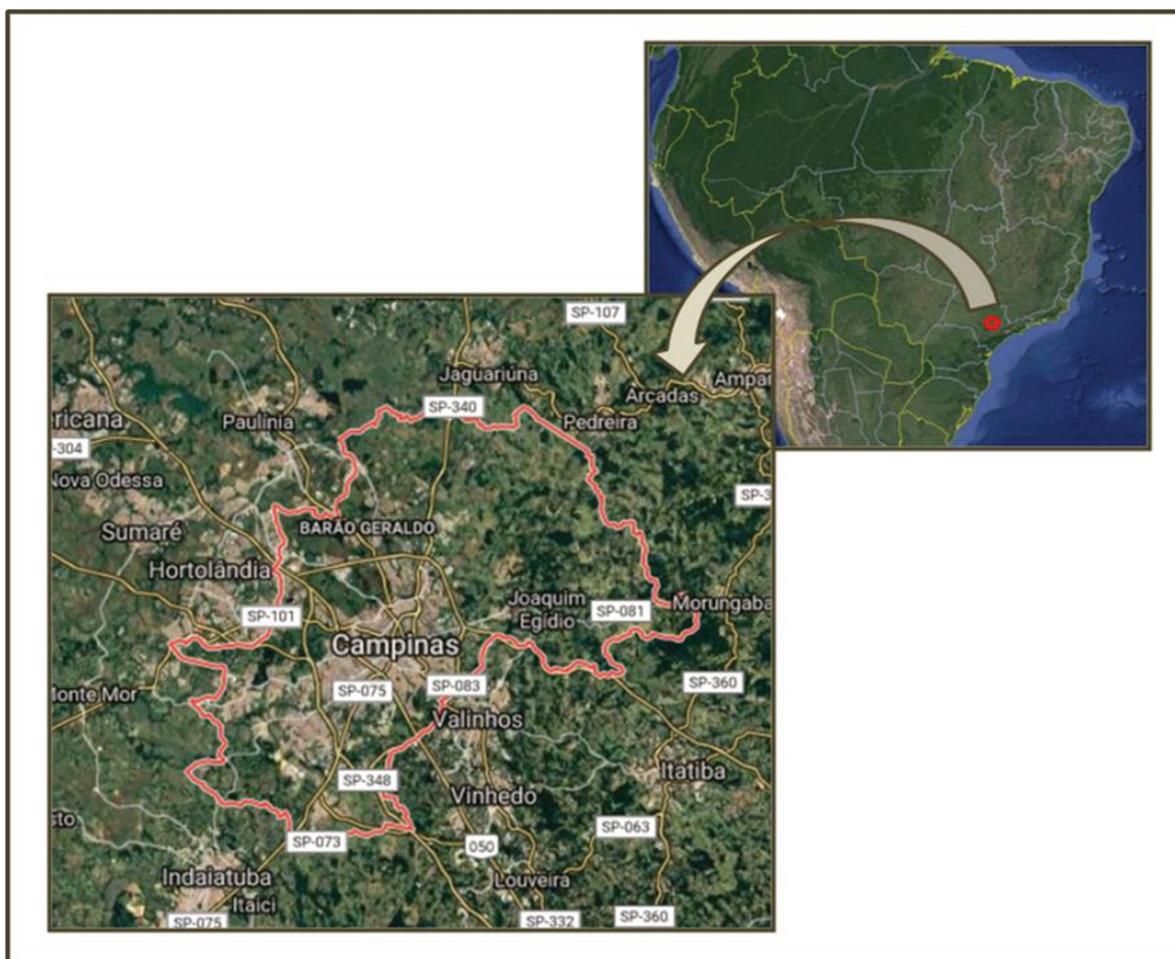
Como os resultados dizem respeito a dois contextos, serão apresentados primeiramente aqueles obtidos a partir da realidade brasileira e na sequência os provenientes da realidade portuguesa. Reitera-se que não se trata de um trabalho comparativo, contudo é feita a organização e discussão de modo a permitir aproximações e distanciamentos em relação aos dois contextos, tendo em vista a prudência para evitar análises reducionistas e parciais.

3.1 CARACTERIZAÇÕES

3.1.1 Contextos onde a pesquisa foi realizada

Contexto brasileiro- Município de Campinas

O município de Campinas localiza-se no Estado de São Paulo, na região Sudeste do Brasil e é sede da Região Metropolitana de Campinas, constituída por 20 municípios. De acordo com Censo (IBGE), o Município de Campinas possui área de 795,697 km², sendo 238,323 km² de zona urbana e 557,334 km² de zona rural e sua população foi estimada em 1.080.113 habitantes, o que o torna o terceiro município mais populoso do Estado (110).

Figura 2: Mapa do Município de Campinas

Fonte: Imagens do Google

Trata-se de uma região considerada polo tecnológico e de pesquisa, com indústrias e universidades, dentre as quais destaca-se a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). O produto interno bruto calculado em 2016 foi de R\$ 49.876,62 mi, o que a coloca na posição 272 de 5570 municípios brasileiros.

Ainda de acordo com o referido documento, em Campinas existem 374 escolas de Educação Infantil (de 0 a 5 anos), 313 de Ensino Fundamental (dos seis aos 14 anos) e 156 de Ensino Médio (de 15 a 17 anos) anos. Relativamente ao número de docentes, o documento informa que atuam no Município 2831 docentes de Educação Infantil, 6720 no Ensino Fundamental e 2874 no Ensino Médio.

Em relação ao número de matrículas no Município de Campinas, tem-se que: 123.678 alunos matriculados no Ensino Fundamental, 37.686 no Ensino Médio.

As três escolas visitadas durante a coleta de dados integram o segmento de escolas do Ensino Fundamental e são mantidas com recursos da Prefeitura Municipal de Campinas.

Contexto português- Municípios de Porto e Vila Nova de Gaia

Os Agrupamentos¹⁹ visitados localizam-se na região norte de Portugal nos municípios de Vila Nova de Gaia e Porto, que integram a área Metropolitana do Porto ou Grande Porto juntamente com outros 15 municípios, cuja sede é a cidade do Porto.

O município do Porto conta com 237.591 habitantes e área total de 45 km². É a segunda cidade e o quarto município mais populoso de Portugal. É mundialmente conhecido pelas pontes e arquitetura, também pelos monumentos do centro histórico, que carregam um patrimônio da humanidade reconhecido pela UNESCO. Possui intensa produção econômica ligada ao comércio, turismo e indústria. Conta ainda com inúmeras universidades, dentre as quais se destaca a Universidade do Porto, com mais de 100 anos história (111).

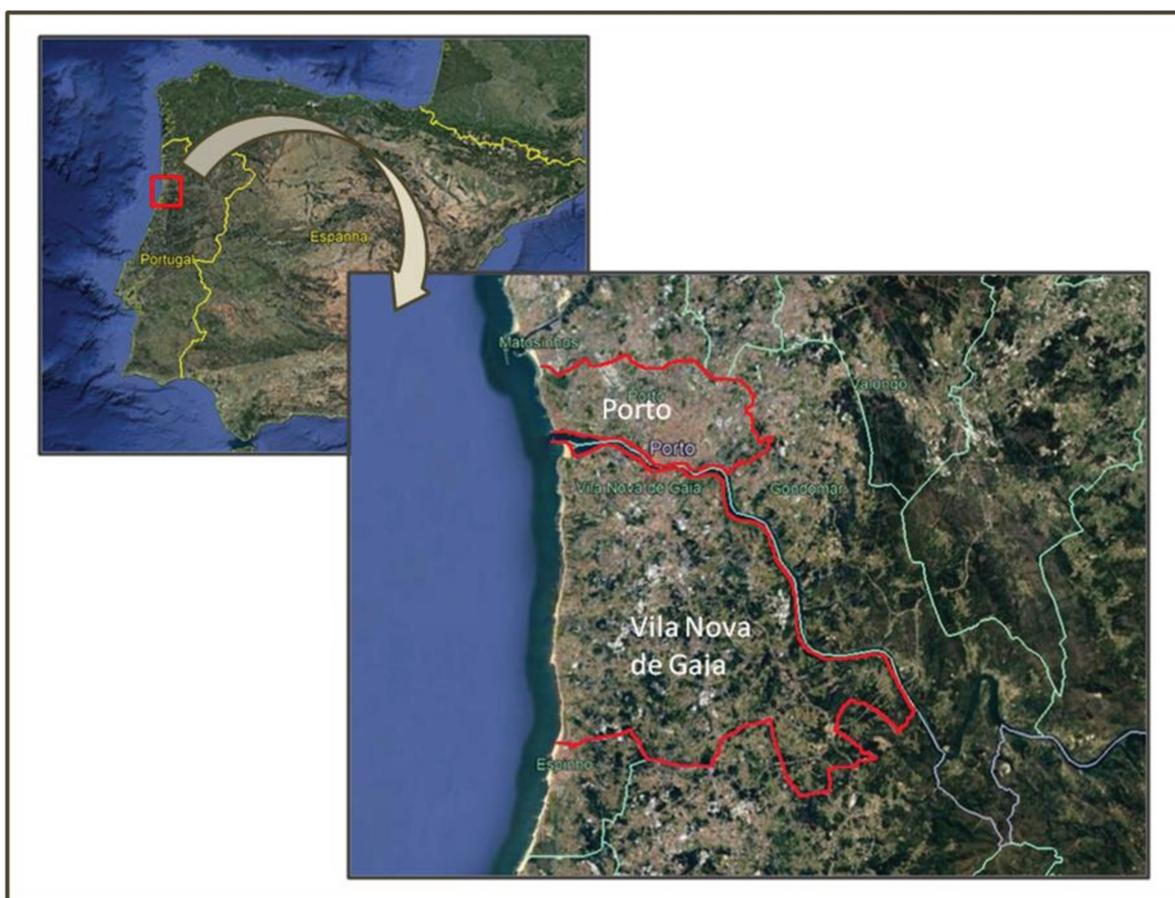
O município do Porto conta com 237.591 habitantes e área total de 45 km². É a segunda cidade e o quarto município mais populoso de Portugal, mundialmente conhecido pelas pontes e arquitetura, também pelos monumentos do centro histórico, que carregam um patrimônio da humanidade UNESCO. Possui intensa produção econômica ligada ao comércio, turismo e indústria. Conta ainda com inúmeras universidades, dentre as quais se destaca a Universidade do Porto, com mais de 100 anos história.

O Município de Vila Nova de Gaia é o maior da região metropolitana do Porto, possuindo 302.295 habitantes e 168,46 Km² de área geográfica. É o terceiro município mais populoso de Portugal e o mais populoso da região norte. Apresenta

¹⁹ O agrupamento de escolas “é uma unidade organizacional, dotada de órgãos próprios de administração e gestão, constituída por estabelecimentos de educação pré- -escolar e escolas de um ou mais níveis e ciclos de ensino, com vista à realização das seguintes finalidades: a) Proporcionar um percurso educacional sequencial e articulado aos alunos abrangidos numa dada área geográfica e favorecer a transição adequada entre níveis e ciclos de ensino; b) Superar situações de isolamento de escolas e estabelecimentos de educação pré-escolar e prevenir a exclusão social e escolar; c) Reforçar a capacidade pedagógica das escolas e estabelecimentos de educação pré -escolar que o integram e realizar a gestão racional dos recursos; d) Garantir o funcionamento de um regime de autonomia, administração e gestão” (Artigo 6.º, ponto 1, Decreto-Lei n.º 75/2008 de 22 de Abril) (112).

ampla atividade de comércio, indústria, pesca e produção agrícola, sendo conhecido, nacional e internacionalmente pelas quintas e caves de vinho, além do patrimônio histórico exuberante.

Figura 3: Mapa dos Municípios de Porto e Vila Nova de Gaia



Fonte: Imagens do Google

Relativamente à quantidade de Agrupamentos e escolas de cada município, tem-se (113):

Tabela 1: Agrupamentos e escolas por concelho

| Município | Número de Agrupamentos | Número de escolas ²⁰ |
|-------------------|------------------------|---------------------------------|
| Porto | 15 | 74 |
| Vila Nova de Gaia | 14 | 122 |

Fonte: Diretoria Geral de estabelecimentos escolares.

3.1.2 Participantes da pesquisa

Como citado anteriormente, os discursos das entrevistadas foram catalogados com a letra “E” de Entrevistado e numeradas sequencialmente, como segue: (E1, E2, E3, e assim sucessivamente), sendo entrevistas do E1 até o E12 referentes àquelas realizadas no contexto brasileiro e do E13 ao E24 referentes ao contexto português. No caso dos alunos, os nomes reais foram substituídos por nomes fictícios.

Contexto brasileiro

Em Campinas foram entrevistadas 12 professoras de Educação Especial que atuavam em escolas que atendiam alunos caracterizados como público alvo desta modalidade educacional. Uma vez que todas as entrevistadas eram do gênero feminino, passaremos a utilizar sempre a expressão no feminino. Dentre as participantes, uma acumulava a função de Coordenadora do Departamento de Educação Especial na Região Sul, 9 atuavam em atividades de suporte à Inclusão em sala de aula comum e 3 em Salas de Recursos Multifuncionais (SRM), destinadas ao Atendimento Educacional Especializado (AEE), que acontece no contra turno das aulas regulares.

²⁰ Não foi possível localizar o quantitativo referente ao número de alunos e docentes de cada município.

As entrevistadas possuíam atuação profissional que variou entre 3 e 25 anos. Relativamente a formação profissional, possuíam graduação em Pedagogia com especialização em Educação Especial e 3 também possuíam mestrado na área, nenhuma delas possuía o título de doutorado.

Contexto português

Na região do Grande Porto foram realizadas 12 entrevistas a professoras de Educação Especial que atuavam em três Agrupamentos de escolas, à semelhança da realidade brasileira, eram todas do gênero feminino. Dentre elas, 3 exerciam a função de coordenadoras do departamento da Educação Especial, as demais atuavam em Unidades de referência para a Inclusão de alunos com diagnósticos de TEA/PEA²¹ ou Multideficiência²² e em salas destinadas ao acompanhamento de alunos que possuíam medidas de adaptação curricular, como o Currículo Específico Individual (CEI). Convém ressaltar que essas respostas escolares aconteciam ao abrigo do Decreto lei 3/2008²³ (62).

As entrevistadas possuíam experiência profissional que variava entre 8 e 33 anos. Relativamente a formação profissional, 10 delas possuíam graduação em Ciências da Educação com mestrado na área de Educação Especial e duas possuíam doutorado em temas relacionados à área.

Nos dois contextos as professoras foram receptivas a participar da investigação, demonstrando disposição em informar acerca das principais questões que entrelaçam os objetivos da pesquisa e sua atuação profissional. Ressalta-se a hospitalidade de toda a equipe de docentes e gestores portugueses que se dispuseram a atender prontamente todas as solicitações inerentes à investigação.

Como se referiu, nos dois contextos, participaram apenas professoras. No contexto brasileiro, os dados relativos ao gênero são convergentes com o Censo da

21 TEA: Transtorno do Espectro do Autismo/ PEA: Perturbação do Espectro do Autismo.

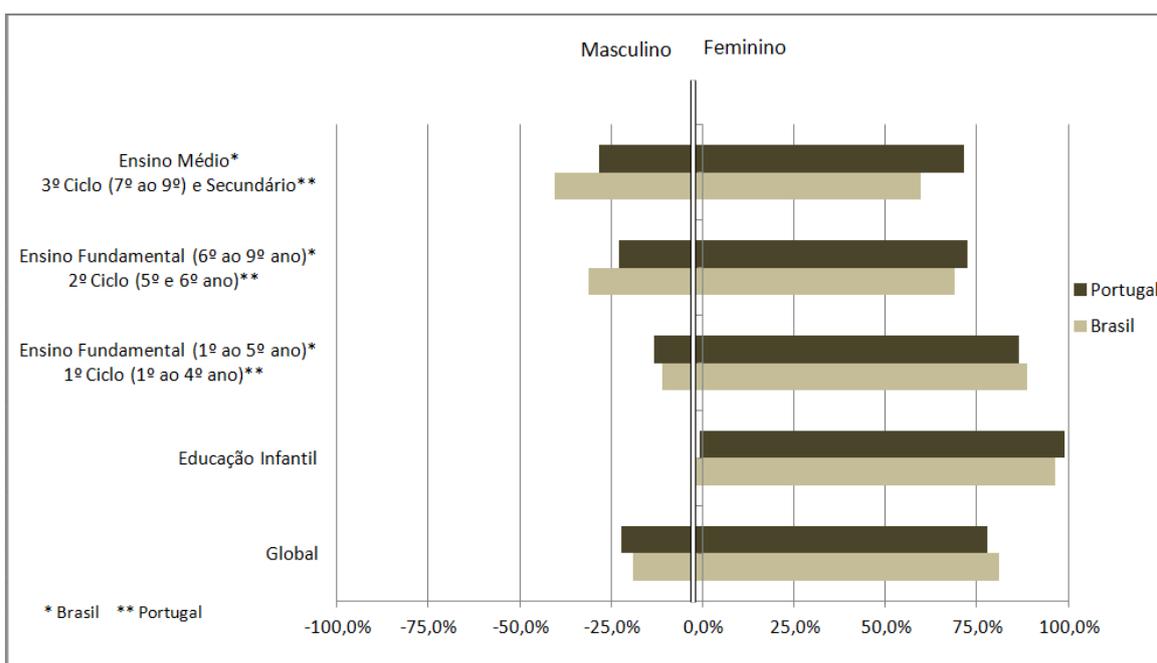
22 No âmbito do Decreto Lei 3/2008 eram previstas as seguintes medidas: Escolas de referência para a educação bilíngue de alunos surdos; Escolas de referência para a educação de alunos cegos e com baixa visão; Unidades de ensino estruturado para a educação de alunos com PEA; b) Unidades de apoio especializado para a educação de alunos com multideficiência e surdo cegueira congênita.

23 Revogado em 6 de julho de 2018 pelo Decreto lei 54/2018 (114).

Educação Básica (INEP) (115), que informa que o Brasil possuía 81% de professoras e 19% de professores à época da realização do levantamento. Na Educação Infantil 96,4% dos docentes são do gênero feminino e apenas 3,4% do gênero masculino; nos anos iniciais do Ensino Fundamental (1º ao 5º ano) 88,9% são do gênero feminino e 11,1% do gênero masculino; na segunda etapa (do 6º ao 9º ano), 68,9% são do gênero feminino, enquanto que 31,1% do gênero masculino; no Ensino Médio, 59,6% são do gênero feminino e 40,4% do gênero masculino.

Quanto à situação portuguesa, os dados concordam com o documento Perfil do docente 2014/2015 (116) que informa que Portugal possuía no ano letivo investigado 77,8% de professoras e 22,2% de professores. Em termos de segmentos educativos: a Educação Pré Escolar apresentava à data 99,1% de docentes do gênero feminino e apenas 0,9% do gênero masculino; o 1º Ciclo do Ensino Básico (do 1º ao 4º ano) 13,4% do gênero masculino e 86,6% do gênero feminino; no 2º Ciclo (5º e 6º ano), 27,7% do gênero masculino e enquanto que 72,3% eram do gênero feminino e no 3º Ciclo do Ensino Básico e Secundário, eram 28,4% professores e 71,6% professoras.

Gráfico 1: Divisão de professores por gênero.



Fonte: IBGE, 2017 e DGE, 2016.

Conforme demonstrado no gráfico, os dados estatísticos dos dois contextos informam sobre preponderância do gênero feminino nas atividades ligadas à docência, situação que se intensifica quanto mais novo for o aluno e quanto mais ligado às ações de cuidado estiver o núcleo da função do docente. Esta situação parece permitir inferir que prevalece uma lógica sexista com profundas raízes histórico-culturais nos dois contextos em que as atividades associadas “ao cuidar” ainda estão mais associadas ao gênero feminino.

Os documentos estatísticos consultados não relacionam o gênero com a área de atuação, o que inviabiliza saber quantos docentes de cada gênero atuam no segmento da Educação Especial em cada país.

3.1.3 Propostas educativas de orientação inclusiva expressas nos documentos legais

Contexto brasileiro²⁴

Embora os Estados e Municípios possuam certa autonomia acerca do planejamento e execução de respostas inclusivas, as políticas públicas que dependem da utilização de recursos do Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação (FUNDEB) são centralizadas no Ministério da Educação e estão vinculadas à Secretaria de Modalidades Especializadas de Educação²⁵. Esta é subdividida em 3 diretorias, a saber: 1. Diretoria de Acessibilidade, Mobilidade, Inclusão e Apoio a Pessoas com Deficiência; 2. Diretoria de Políticas de Educação Bilíngue de Surdos; e 3. Diretoria de Políticas para Modalidades Especializadas de Educação e Tradições Culturais Brasileiras (Decreto nº 9.465 de 2 de janeiro/ 2019) (117).

Além de estabelecer as diretrizes para a elaboração de políticas públicas nos estados e Municípios, essa Secretaria exerce um papel transversal às demais

²⁴ A despeito de todos os documentos que tratam da EI, vamos abordar apenas aqueles que dão sustentação às respostas inclusivas identificadas nesse contexto.

²⁵ Substituiu a Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão (SECADI) desde janeiro de 2019.

unidades do Ministério da Educação. Destacam-se algumas de suas atribuições que constam nos Artigos 34, 35 e 36 do documento citado:

“I - Planejar, orientar e coordenar, em parceria com os sistemas de ensino e participação social, a implementação da política nacional de Educação Especial na perspectiva da educação inclusiva;”

“II - Definir e implementar ações de apoio técnico e financeiro aos sistemas de ensino, visando a garantir a escolarização e a oferta do Atendimento Educacional Especializado - AEE em salas de recursos multifuncionais, classes, escolas ou serviços especializados, públicos ou conveniados, aos alunos público-alvo da Educação Especial²⁶, em todos os níveis, etapas e modalidades;”

“V - Formular e implementar políticas para apoiar os sistemas de ensino na Inclusão de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação e favorecer o acesso, a permanência e a aprendizagem nas instituições educacionais em ambientes que maximizem seu desenvolvimento acadêmico e social. ”

“VIII - promover o acesso a programas de educação linguística precoce e identificação de bebês surdos, por meio de parcerias com órgãos da área da saúde e da assistência social; ”

“I - Planejar, coordenar e orientar a formulação e a implementação de políticas educacionais que promovam o direito à educação das populações do campo, dos povos indígenas, das crianças, dos adolescentes e dos jovens em situação de itinerância, da população afro-brasileira e dos remanescentes de quilombos, em todos os níveis, etapas e modalidades de ensino;”

“VI - Propor políticas educacionais intersetoriais de Inclusão escolar de crianças, adolescentes e jovens em situações de pobreza e vulnerabilidade;”

“VII - apoiar ações educacionais para a qualificação da escolarização de adolescentes e jovens em cumprimento de medidas socioeducativas, em parceria com os sistemas e instituições de ensino. ” Artigos de 34 a 36.

Parece depreender-se destes excertos que em termos de políticas públicas, o Estado brasileiro vincula-se a uma perspectiva de Inclusão não restrita a Educação Especial, em linha com os princípios da EI e do Modelo Biopsicossocial, uma vez que considera ações inclusivas destinadas aos alunos com AFEC e também a outros públicos, como: povos indígenas, nômades, quilombolas, jovens em situação de vulnerabilidade etc. Embora de modo bastante discreto, o Decreto nº 9.465 de 2

26 No contexto brasileiro, usa-se a expressão: “alunos público-alvo da Educação Especial”

de Janeiro/ 2019 (117) já corrobora com a perspectiva de que outras situações, para além das AFECs podem produzir exclusão dentro e fora da escola. O documento também deixa clara a não dissociação entre os efeitos da exclusão social e da exclusão escolar, concordando com Vitello et al (93) e Ainscow (98), para os quais um dos principais objetivos da educação inclusiva é eliminar a exclusão social.

Além desse, outros documentos normatizam a Inclusão escolar no Brasil, cabendo citar os mais relevantes: a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira-Lei n. 9394/96 (118); o Decreto n. 6.571/2008 que dispõe sobre o Atendimento Educacional Especializado (119); a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, publicada pelo MEC (120); Lei Brasileira de Inclusão e a Lei n. 13.146/2015 (121).

Embora o atendimento em tempo integral seja uma tendência das escolas brasileiras, com grandes alterações em muitos contextos escolares, na grande maioria das escolas comuns brasileiras, o atendimento aos alunos ainda acontece em apenas um período do dia, assim destaca-se que a legislação garante aos alunos com deficiência enquadrados nos critérios informados o direito à dupla matrícula dentro do sistema público de educação. Deste modo, o aluno deve frequentar meio período na escola comum obrigatória e se assim desejar ou necessário for, pode também matricular-se no contra turno em sala de Atendimento Escolar Especializado (AEE) no sistema público ou em instituições parceiras, tal como se lê no Decreto no 6.253, de 13 de novembro de 2007 (122):

“4º O Poder Público estimulará o acesso ao atendimento educacional especializado de forma complementar ou suplementar ao ensino regular, assegurando a dupla matrícula”
(art. 9º-A)

É evidente constatar que há uma ampliação do conceito de EI, uma vez que ainda de modo incipiente, os normativos citados visam normatizar o atendimento educacional no que diz respeito à Inclusão de todos com todos na escola comum, não se restringindo a organizar apenas a Educação Especial.

No que diz respeito ao atendimento da EE, nota-se que os critérios utilizados para definir as características do público alvo atendido por essa modalidade educacional, conforme informado no Inciso V do art. 34 do Decreto nº 9.465 já citado, demonstram uma forte influência do Modelo Biomédico, uma vez que condicionam o

oferecimento de respostas educacionais a critérios exclusivamente de ordem biomédica vinculadas às características individuais dos alunos. Entretanto demonstram uma transição que pode ser percebida a partir da Nota Técnica 04/2014 (123) e clarificada no Glossário da Educação Especial para o Censo Escolar (124) do mesmo ano.

Em alguns contextos educacionais, a necessidade do aluno apresentar um CID para acessar serviços/respostas educacionais pedagogicamente diferenciadas como o Atendimento Educacional Especializado (AEE) ou o suporte da EE, dentre outros, ainda persiste nos dias atuais, o que levou o Ministério da Educação brasileiro a publicar a Nota Técnica n. 04 de 2014 (123) que desobriga as escolas e seus sistemas a exigir o laudo médico com registro do CID do aluno para o provimento de suportes educacionais diferenciados, como pode ser observado a seguir:

Excerto da Nota Técnica n. 04 de 2014 MEC/ SECADI (123)

“Neste liame não se pode considerar imprescindível a apresentação de laudo médico (diagnóstico clínico) por parte do aluno com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação, uma vez que o AEE caracteriza-se por atendimento pedagógico e não clínico. Durante o estudo de caso, primeira etapa da elaboração do Plano de AEE, se for necessário, o professor do AEE, poderá articular-se com profissionais da área da saúde, tornando-se o laudo médico, neste caso, um documento anexo ao Plano de AEE. Por isso, não se trata de documento obrigatório, mas, complementar, quando a escola julgar necessário. O importante é que o direito das pessoas com deficiência à educação não poderá ser cerceado pela exigência de laudo médico.”

Contudo a Nota técnica citada convive com certo paradoxo entre um conceito de Inclusão que visa tornar-se independente dos critérios de ordem biomédicas e uma prática que reforça esses mesmos condicionantes, uma vez que indica a Resolução CNE/CEB, nº 4/2009 (125) como referência para a definição de respostas escolares para efeitos de registro no Censo Escolar Anual. Referido documento é fortemente influenciado por critérios de ordem biomédica, marcado pela categorização dos alunos a partir de características ligadas aos seus diagnósticos, como será demonstrado a seguir.

Excerto da Nota Técnica n. 04 de 2014 MEC/ SECADI (123) que cita a Resolução CNE/CEB, nº 4/2009 (125)

“Dessa forma, a declaração dos estudantes público alvo da educação especial, no âmbito do Censo Escolar, deve alicerçar-se nas orientações contidas na Resolução CNE/CEB, nº 4/2009, que no seu artigo 4º, considera público-alvo do AEE:

I – Alunos com deficiência: aqueles que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial²⁷.

II – Alunos com transtornos globais do desenvolvimento: aqueles que apresentam um quadro de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotípias motoras. Incluem-se nessa definição alunos com autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses) e transtornos invasivos sem outra especificação.

III – Alunos com altas habilidades/superdotação: aqueles que apresentam um potencial elevado e grande envolvimento com as áreas do conhecimento humano, isoladas ou combinadas: intelectual, liderança, psicomotora, artes e criatividade.”

A partir da leitura das reflexões de Nabuco (126), é possível inferir que em face da utilização de uma linguagem claramente vinculada ao CID, a norma indicada como referência pela Nota Técnica se mostra bastante influenciada por critérios de ordem biomédica, uma vez que acentua a noção de categorização dos sujeitos, influencia que também pode ser notada no próprio Glossário e nas diretrizes impostas pelos governos estaduais e municipais, permitindo inferir que, de certo modo, na intenção de conferir autonomia aos processos pedagógicos, os documentos orientadores ainda legitimam o discurso médico.

Para exemplificar a problemática apontada anteriormente, constam no Apêndice 4 as informações necessárias para que os alunos possam acessar respostas pedagogicamente diferenciadas como a EE nos sistemas local, estadual e federal do contexto brasileiro. Ressalta-se que é com base nesses registros que são disponibilizados os recursos financeiros e materiais às escolas. Como pode ser notado nos três sistemas apontados, os mesmos ainda exigem o registro do CID ou fazem uso de nomenclaturas próximas às utilizadas nessa Classificação.

Desse modo, é possível inferir que no campo da política pública há uma espécie de hierarquia que subjaz o saber pedagógico ao saber médico, fazendo surgir um paradoxo conceitual, que é revelado no próprio texto do documento e materializado na seguinte reflexão: Ou a escola tem meios de definir quais alunos

²⁷ Texto adaptado da Convenção da Organização das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006), da qual o Brasil é signatário.

acessam recursos diferenciados a partir de critérios pedagógicos fazendo valer sua autonomia e protagonismo processual ou prevalecem os critérios biomédicos pela caracterização das deficiências por meio da exigência/ e uso de uma linguagem associada à CID nos registros oficiais? Essa dependência dos setores médicos dificulta que gestores de políticas públicas educacionais encontrem meios capazes de subsidiar as opções pedagógicas para cada aluno a partir de critérios educacionais, substituindo de vez os critérios de ordem biomédica por critérios pedagógicos, uma vez que na prática é com base no registro do CID ou da caracterização dos alunos com recurso a uma linguagem próxima (125).

Na direção de sanar o questionamento apresentado anteriormente e avançar na direção do protagonismo da escola sobre os próprios processos, além da publicação da nota técnica, desde 2014 é publicado o Glossário da Educação Especial do Censo Escolar (124), com mais clareza que a Nota Técnica (123) e na mesma intencionalidade, o documento caracteriza o laudo médico como um documento de subsídio ao Plano do Atendimento Educacional Especializado e não determinante ou indispensável para o fornecimento de respostas educacionais como a Educação Especial, contudo utiliza-se ainda de uma linguagem muito próxima da codificação/ classificação encontrada na CID. Segundo o documento publicado em 2019 são previstas as seguintes formas de comprovar a necessidade de um atendimento diferenciado:

“Para a declaração dos alunos com deficiência, transtorno do espectro autista (TEA) e altas habilidades/superdotação ao Censo Escolar, a escola deverá valer-se das informações contidas em pelo menos um dos seguintes documentos comprobatórios: 1- Plano de AEE: documento que reúne informações sobre os estudantes públicos da educação especial, elaborado pelo professor de AEE com a participação do professor da classe comum, da família e do aluno, quando for possível, para atendimento às necessidades específicas desse público. Durante o estudo de caso, primeira etapa da elaboração do Plano de AEE, o professor do AEE poderá articular-se com profissionais da área de saúde e, se for necessário, recorrer ao laudo médico, que, nesse caso, será um documento subsidiário, anexo ao Plano de AEE. 2- Avaliação biopsicossocial da deficiência, conforme a Lei nº 13.146/2015. 3- Avaliação psicopedagógica do aluno realizada por profissionais ou equipes da escola ou do sistema de ensino. 4- Laudo médico: documento que pode ser utilizado como registro administrativo comprobatório para a declaração da deficiência ou do transtorno

do espectro autista (TEA) ao Censo Escolar. Cabe destacar que o laudo médico não é documento obrigatório para o acesso à educação, ao atendimento educacional especializado, nem para o planejamento das ações educacionais, que devem estar alicerçadas em princípios pedagógicos, e não clínicos.” (124)

Nota-se a partir desse documento existe uma tentativa de conferir maior autonomia para a escola na definição do público-alvo de respostas escolares como a Educação Especial ou o Atendimento Educacional Especializado (AEE). Contudo prevalece a classificação dos alunos a partir de termos associados às deficiências e à CID, como exemplo, o documento traz ainda nas seções “Público alvo da EE” e “Tipos de Deficiência” sendo possível ler toda uma classificação que de certo modo valida o discurso médico, como é demonstrado nos trechos a seguir:

“Público da educação especial- (...) Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. Transtorno do espectro autista (TEA): Pessoas que apresentam quadro clínico caracterizado por alterações qualitativas nas interações sociais recíprocas e na comunicação, tendo um repertório de interesses e atividades restrito e repetitivo. Altas habilidades/superdotação: Pessoas com altas habilidades/superdotação demonstram potencial elevado em qualquer uma das seguintes áreas, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, artística, psicomotora e de liderança, além de apresentar grande criatividade, envolvimento na aprendizagem e realização de tarefas em áreas de seu interesse.”

“Tipos de deficiência- os tipos de deficiência coletados no Censo Escolar são: Deficiência física: Impedimentos físicos e/ou motores que demandam o uso de recursos, meios e sistemas que garantam acessibilidade ao currículo e aos espaços escolares. São exemplos de deficiência física: paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, entre outros. Deficiência auditiva e surdez: Impedimentos permanentes de natureza auditiva, ou seja, perda parcial (deficiência auditiva) ou total (surdez) da audição (...) Deficiência visual: Perda total ou parcial da visão, congênita ou adquirida, variando o nível, podendo ser classificada como cegueira ou baixa visão. Cegueira Perda total da função visual ou pouquíssima capacidade de enxergar. (...) Deficiência intelectual: Alterações significativas tanto no desenvolvimento intelectual como na conduta adaptativa e na forma de expressar

habilidades práticas, sociais e conceituais. Deficiência múltipla: Associação de duas ou mais deficiências. Surdocegueira: Deficiência única, caracterizada pela deficiência auditiva e visual concomitantemente."

A partir da leitura dos excertos, é possível inferir que a escola pode por meios próprios e critérios pedagógicos mais abrangentes definir quais alunos serão atendidos por respostas educacionais como a Educação Especial, sendo que na prática e na base das Políticas Públicas educacionais, como demonstrado ainda subjaz à critérios de ordem médica, uma vez que os critérios para atendimento ainda não estão baseados nos objetivos aos quais a escola deseja atingir com cada aluno e sim estruturados a partir da presença da deficiência e do registro do CID no laudo médico, muito bem descrita nos documentos orientadores e nos procedimentos adotados pelas redes de ensino (Apêndice 4).

Por outro lado, é importante refletir se não seria exigir demais dos profissionais da escola que tenham domínio de conhecimentos do campo da saúde para unilateralmente definir quais os suportes necessários para cada aluno. Exemplificando, todo o professor deve saber fazer a adaptação de materiais, mas seria razoável exigir que também soubesse qual tipo de ampliação melhor beneficiaria cada aluno com baixa visão? O que permite inferir que existem especificidades em cada área e campo de atuação, as quais parece inviável que o professor acesse e dê uma resposta coerente com a necessidade do aluno, mesmo com total abertura e intenção de fazer um bom trabalho. Tal fato ressalta a necessidade de um trabalho intersetorial e colaborativo.

A seguir serão apresentadas as características das respostas escolares identificadas no contexto brasileiro. As informações que serão apresentadas resultam da observação do cotidiano das escolas e dos dados obtidos durante as entrevistas. Nesse contexto foram identificadas 3 respostas mais comumente citadas pelas participantes: A) Atendimento dos alunos de Educação Especial dentro do contexto de sala comum; B) Atendimento Educacional Especializado nas Salas de Recurso Multifuncionais e C) Reuniões Intersetoriais.

Ressalta-se que no contexto brasileiro não ocorrem intervenções conjuntas entre professores e profissionais da saúde ou unilaterais por parte de profissionais da saúde no espaço escolar. Na escola, o foco do trabalho é sempre pedagógico,

amparado por uma perspectiva vinculada ao Modelo Social. Toda e qualquer intervenção no âmbito da saúde é realizada em espaços externos à escola, sejam instituições, clínicas ou hospitais. Uma reflexão importante para esse contexto reside no fato de propor estratégias capazes de envolver a todos no interior da sala de aula. Reconhece-se a promoção de métodos e recursos para todos e cada um dos alunos um imenso desafio para os docentes e para a organização da escola;

A - Atendimento dos alunos da Educação Especial dentro do contexto de sala comum no horário regular de aulas

No contexto brasileiro, amparando-se na lógica da escola inclusiva, todos os alunos, incluindo aqueles considerados da EE frequentam os mesmos espaços e tempos pedagógicos durante o período letivo regular, entretanto os alunos atendidos pela modalidade da Educação Especial, bem como os docentes das turmas comuns são apoiados no interior da sala e fora dela por um/a professor/a de Educação Especial e por outros profissionais de apoio (cuidador, auxiliar de vida escolar etc.), caso necessário.

De acordo com o Relatório da Agência Europeia para o Desenvolvimento da Educação Especial (AEDEE) (127), essa abordagem está alinhada com os pressupostos da *One Track Approach*, caracterizada pela presença de todos os alunos no ensino comum, compartilhando os mesmos espaços e tempos pedagógicos, respeitada a flexibilidade necessária ao respeito às características individuais de cada aluno.

A opção pelo atendimento de todos os alunos nos mesmos espaços e tempos pedagógicos parece oportunizar o contato com as diferentes formas de ser, estar e aprender gerando aprendizagem para todos. Por outro lado, esta situação parece também evitar o efeito da responsabilização exclusiva dos professores de EE pela educação dos alunos atendidos por essa modalidade. Contudo, numa perspectiva Biopsicossocial cabe reconhecer que casos mais complexos encontram bastante dificuldade com a organização formal dos tempos e espaços pedagógicos das turmas regulares, o que levanta a discussão sobre a necessidade de espaços mais estruturados para o atendimento de alunos que apresentem quadros de saúde

mais complexos e que se beneficiariam de tempos e espaços pedagógicos mais estruturados.

B - Atendimento Educacional Especializado (AEE) nas Salas de Recurso Multifuncionais

Com base em perspectiva influenciada pelo paradigma da Integração. Essa modalidade de atendimento escolar acontece no contra turno, o aluno público alvo da EE pode contar com o Atendimento Educacional Especializado (AEE) que acontece individualmente ou em pequenos grupos nas Salas de Recursos Multifuncionais (SRM), organizadas de acordo com o diagnóstico do aluno, sempre no contra turno das aulas regulares. A responsabilidade por esse atendimento é de um professor de EE com formação específica.

Esse atendimento também pode ser feito por instituições e/ou escolas de Educação Especial. Identificam-se nesta forma de organizar a resposta escolar à abordagem *Two Track Approach* (AEDEE) (127), caracterizada pela existência de dois sistemas educativos independentes.

C- Reuniões Intersectoriais

Além das respostas inclusivas vinculadas à Educação Especial e ao Atendimento Educacional Especializado em Sala de Recursos Multifuncionais, nas escolas visitadas no município de Campinas foi identificada a realização de Reuniões Intersectoriais entre profissionais da Educação, Saúde, Assistência Social, Fundações e Associações que atuam nos diversos equipamentos dirigidos ao atendimento da comunidade de cada região. O principal objetivo dos encontros era elaborar e implementar políticas públicas de atendimento à comunidade em parceria de modo multi ou interdisciplinar, o que inclui promover respostas às necessidades dos alunos atendidos pelas escolas de cada região.

As políticas públicas vinculadas a essas reuniões são coordenadas pelo Comitê Municipal Intersectorial, que é composto por membros das áreas da Assistência

Social, da Saúde, da Educação, do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA); do Conselho Tutelar; das Fundações e Associações Comunitárias com atuação no atendimento de criança, adolescentes e famílias; e demais representantes dos órgãos que compõem o Sistema de Garantia de Direitos (SGD).

Após essa breve apresentação das respostas encontradas no contexto brasileiro, passamos agora a identificar aquelas encontradas no contexto português.

Contexto português²⁸

No que respeita à realidade portuguesa, em termos da política educativa, é, sobretudo, a partir da Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE), Lei n.º 46/86, de 14 de outubro (128) que o desafio da Inclusão, pela via da Educação Especial, é enunciado. O referido diploma legal preconiza a Educação Especial como uma modalidade especial de educação e confere a esta o seguinte objetivo:

“A Educação Especial visa à recuperação e a integração socioeducativas dos indivíduos com necessidades educativas específicas devidas a deficiências físicas e mentais” (Art. 17 da 1.ª versão da LBSE²⁹)

Em uma perspectiva claramente vinculada ao paradigma da Integração e ao Modelo Biomédico, informa que:

“A Educação Especial organiza-se preferencialmente segundo modelos diversificados de integração em estabelecimentos regulares de ensino, tendo em conta as necessidades de atendimento específico, e com apoios de educadores especializados.” (Art. 18 da 1.ª versão da LBSE)

Entretanto essa tendência não se concretiza plenamente em alguns normativos, como o Decreto lei n. 319 de 1991³⁰ (129), que em seu preâmbulo propõe

²⁸ A exemplo da realidade brasileira e a despeito de todos os documentos legais que tratam da EI nesse contexto, serão abordados apenas aqueles que contribuíram para a organização das respostas inclusivas identificadas nos agrupamentos visitados.

²⁹ A Lei de Diretrizes Bases do Sistema Educativo em Portugal está atualmente em sua 4.ª versão, publicada em 2009, lei n.º 85/2009; 3.ª versão, lei n.º 49/2005, de 30/08; 2.ª versão, lei n.º 115/97, de 19/09; 1.ª versão, lei n.º 46/86, de 14/10.

³⁰ O Decreto lei n. 319 de 1991 (129) estabelece, à data, o regime educativo especial aplicável aos alunos com necessidades educativas especiais.

a substituição da “categorização” dos estudantes por tipos de deficiência baseados em decisões de foro médico pelo conceito de NEE baseado em critérios pedagógicos, tal como pode ser observado a seguir:

“A substituição da classificação em diferentes categorias, baseada em decisões de foro médico, pelo conceito de alunos com necessidades educativas especiais, baseado em critérios pedagógicos.” (129)

Esta orientação, em concordância com o Relatório Warnock (47), propõe a substituição da designação alunos com deficiência para alunos com NEE, por esse motivo parece romper com classificações fundadas em critérios médicos, o que possibilitou que os alunos passassem a ser avaliados também a partir de critérios de ordem pedagógica, e não exclusivamente de elementos expressos no diagnóstico/ laudo médico.

Na esteira das ideias trazidas pela Declaração de Salamanca (2), o Decreto Lei 319/1991 (129) foi substituído pelo Decreto lei 3/ 2008 (62), que passou a definir os apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos setores público, particular e cooperativo. Assumindo como propósito “promover a igualdade de oportunidades, valorizar a educação e promover a melhoria da qualidade do ensino” considerando-se que “um aspecto determinante dessa qualidade é a promoção de uma escola democrática e inclusiva, orientada para o sucesso educativo de todas as crianças e jovens” (62). Entretanto observa-se que o documento aponta para uma definição de organização da Escola Inclusiva assente exclusivamente no trabalho da Educação Especial e na perspectiva do *déficit* individual como pode ser notado nos excertos a seguir:

“A Educação Especial tem por objectivos a Inclusão educativa e social, o acesso e o sucesso educativo, a autonomia, a estabilidade emocional, bem como a promoção da igualdade de oportunidades, a preparação para o prosseguimento de estudos ou para uma adequada preparação para a vida profissional e para uma transição da escola para o emprego das crianças e dos jovens com necessidades educativas especiais nas condições acima descritas”. (62)

“Todos os alunos têm necessidades educativas(...). Existem casos, porém, em que as necessidades se revestem de contornos muito específicos, exigindo a activação de apoios especializados. Os apoios especializados visam responder às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações

significativas ao nível da actividade e da participação, num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social e dando lugar à mobilização de serviços especializados para promover o potencial de funcionamento biopsicossocial.” (62)

Analisando os excertos é possível inferir que os mesmos revelam certa ambiguidade discursiva. No primeiro, embora haja o reconhecimento de que todos os alunos possuem diferenças e necessidades educativas, o mesmo antevê uma leitura, a respeito dessas diferenças e necessidades educativas, aportada ao Modelo Biomédico, uma vez que reforça a necessidade de apoios especializados a alunos identificados a partir de características individuais entendidas como desvantagens.

Já no segundo é feita referência a uma perspectiva biopsicossocial, entretanto a OMS preconiza no documento intitulado CIF que esta abordagem se dirige a todos e principalmente à construção de ambientes inclusivos por meio da redução de barreiras a aprendizagem, participação e interação, sendo assim não pode aplicar-se apenas às pessoas que apresentem incapacidades de carácter permanente como preconizava o Decreto lei.

O Decreto lei 03/2008 (62) introduz ainda a CIF como um instrumento de suporte aos processos de referenciação e planeamento de ações inclusivas, como demonstrado nos excertos a seguir:

“Do relatório técnico-pedagógico constam os resultados decorrentes da avaliação, obtidos por referência à Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, da Organização Mundial de Saúde, servindo de base à elaboração do programa educativo individual. ” (Art. 5º)

“O modelo do programa educativo individual integra os indicadores de funcionalidade, bem como os factores ambientais que funcionam como facilitadores ou como barreiras à actividade e participação do aluno na vida escolar, obtidos por referência à Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, em termos que permitam identificar o perfil concreto de funcionalidade. ” (Art. 9º)

Em outras palavras, é possível inferir que há uma forte ambiguidade que pode ser percebida no fato do normativo propor uma perspectiva intitulada de biopsicossocial, o que em tese deveria fazer com que o normativo se centrasse nas

intervenções necessárias no ambiente e nas estruturas das organizações para a promoção da redução das barreiras à participação, ao invés disso o documento segue organizando o atendimento individual dos alunos atendidos pela EE com base em categorizações por tipos de deficiência ou características entendidas como desvantagens, reassumindo fortes influências do Modelo Biomédico.

Reconhece-se, assim, que permanece uma perspectiva com enfoque em apoios especializados, típica da supervalorização da especialização que é uma das marcas do Modelo Biomédico, associado ao paradigma da Integração. No paradigma da Integração muitas práticas que antes eram realizadas em ambientes segregados orientados apenas para a reabilitação ganharam versões próprias na escola dita comum (34).

Infere-se que, embora o normativo veicule um discurso sobre a Inclusão Escolar, restringiu-se a definir normas e procedimentos exclusivamente direcionados para a Educação Especial. Como pode ser notado no documento, as referências voltadas para o paradigma da Inclusão restringem-se ao seguinte excerto:

A educação inclusiva visa a equidade educativa, sendo que por esta se entende a garantia de igualdade, quer no acesso quer nos resultados. No quadro da equidade educativa, o sistema e as práticas educativas devem assegurar a gestão da diversidade da qual decorrem diferentes tipos de estratégias que permitam responder às necessidades educativas dos alunos. Deste modo, a escola inclusiva pressupõe individualização e personalização das estratégias educativas, enquanto método de prossecução do objectivo de promover competências universais que permitam a autonomia e o acesso à condução plena da cidadania por parte de todos". (62)

Entretanto, observa-se que no normativo permanece como pré-requisito para acesso aos suportes inclusivos previstos a necessidade de que o aluno possua limitações significativas decorrentes de alterações funcionais e estruturais de carácter permanente, o que remete para a ideia de deficiência baseada num diagnóstico, sendo assim a prerrogativa de "carácter permanente" destoa da própria perspectiva que o orienta, segundo a qual a incapacidade, assim como as NEE não são vistas como necessariamente permanentes.

As concepções expressas nos documentos legais acima apresentados demonstram que o propósito de atender a todos numa escola inclusiva oscila entre políticas e medidas marcadas por fortes ambiguidades. Talvez o esforço de responder

a essa ambiguidade tenha justificado a recente implementação do Decreto Lei 54/2018, que regulamenta a educação especial/escola inclusiva atualmente. Este normativo revela um conceito Inclusão alargada ao atendimento de todos os grupos vulneráveis a processos de exclusão e de insucesso escolar, incluindo, para além das questões ligadas às deficiências, questões de ordem social e psicológica etc.

Constata-se, neste Decreto, a existência de uma transição conceitual que subscreve uma visão de escola inclusiva como contexto “onde todos e cada um dos alunos, independentemente da sua situação pessoal e social, encontram respostas que lhes possibilitam a aquisição de um nível de educação e formação facilitadoras da sua plena Inclusão Social” (114). Nesta referência à Inclusão social podemos vislumbrar orientações que se a aproximam das características de um Modelo Social (23).

Embora não informe explicitamente estar orientado por uma perspectiva vinculada ao Modelo Biopsicossocial, o Decreto lei 54/2018 (114) reconhece como essencial uma abordagem integrada considerando que fatores pessoais, ambientais, sociais e emocionais interferem na aprendizagem, interação e participação dos alunos na escola, como pode ser notado nos excertos a seguir:

“O presente decreto-lei consagra, assim, uma abordagem integrada e contínua do percurso escolar de cada aluno garantindo uma educação de qualidade ao longo da escolaridade obrigatória. Para a visão integrada e contínua da abordagem educativa que agora se advoga contribui decisivamente um processo de avaliação de apoio à aprendizagem — que considera aspetos académicos, comportamentais, sociais e emocionais do aluno, mas também fatores ambientais —, uma vez que desse processo resulta toda a sequencialização e dinâmica da intervenção.”

Ao informar que se orienta pelo respeito à diferença e diversidade de todos e de cada um, o decreto reitera que as ações inclusivas previstas não estão restritas ao campo da EE. Como é enunciado, o normativo.

“Estabelece os princípios e as normas que garantem a Inclusão, enquanto processo que visa responder à diversidade das necessidades e potencialidades de todos e de cada um dos alunos, através do aumento da participação nos processos de aprendizagem e na vida da comunidade educativa”

No sentido de aprofundar a mudança paradigmática, avançando para um modelo cada vez mais inclusivo, o Decreto lei 54/2018 (114) articulou-se com pelo menos outros três documentos relevantes para a organização dos processos educativo-curriculares em Portugal, a saber: O primeiro deles é o Decreto Lei 55/ 2018 de 6 de julho (130) que “estabelece o currículo dos ensinos básico e secundário e os princípios orientadores da avaliação das aprendizagens” e trata ainda das medidas voltadas ao desenvolvimento da autonomia e flexibilidade curricular dos ensinos básico e secundário; O segundo é o Despacho Normativo n.º 12.045/2006 (131) que trata do Programa Nacional de Saúde Escolar e o terceiro é o Despacho n.º 6478/2017 (132), que informa acerca do Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade Obrigatória.

No normativo que trata do currículo é possível encontrar referências explícitas à Educação Inclusiva, como:

“Uma escola inclusiva, promotora de melhores aprendizagens para todos os alunos e a operacionalização do perfil de competências que se pretende que os mesmos desenvolvam, para o exercício de uma cidadania ativa e informada ao longo da vida, implicam que seja dada às escolas autonomia para um desenvolvimento curricular adequado a contextos específicos e às necessidades dos seus alunos. ”

O documento citado visa assumir perspectivas ligadas ao desenvolvimento holístico dos alunos, atendendo às dimensões do saber, do saber fazer e do saber estar, com especial atenção ao respeito à diversidade, à equidade e à democracia, marcando posição quanto à promoção de aprendizagens que levem ao desenvolvimento de competências, permitindo o protagonismo das escolas, dos alunos e professores, na organização de processos de gestão do currículo de forma flexível e contextualizada por meio da:

“Garantia de uma escola inclusiva, que promove a igualdade e a não discriminação, cuja diversidade, flexibilidade, inovação e personalização respondem à heterogeneidade dos alunos, eliminando obstáculos e estereótipos no acesso ao currículo e às aprendizagens, assente numa abordagem multinível, que integra medidas universais, seletivas e adicionais de suporte à aprendizagem e à inclusão; ” (130)

Nessa direção, as respostas inclusivas incluem:

“1) Medidas universais de suporte à aprendizagem e à Inclusão, dentre as quais se incluem: diferenciação pedagógica; as acomodações curriculares; enriquecimento curricular;

promoção do comportamento pró-social; intervenção com foco acadêmico ou comportamental em pequenos grupos. ”

“2) Medidas Seletivas de suporte à aprendizagem e à Inclusão, dentre as quais se incluem: percursos curriculares diferenciados; adaptações curriculares não significativas; apoio psicopedagógico; antecipação e o reforço das aprendizagens; apoio tutorial”

“3) Medidas Adicionais de suporte à aprendizagem e à Inclusão, dentre as quais se incluem: frequência do ano de escolaridade por disciplinas; adaptações curriculares significativas; plano individual de transição; desenvolvimento de metodologias e estratégias de ensino estruturado; desenvolvimento de competências de autonomia pessoal e social. ” Artigos 8 a 10 (130)

O referido Decreto informa ainda acerca da articulação com os profissionais da saúde e da necessidade da intervenção precoce por meio do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE). Assim, introduz no campo da educação, novos conceitos ligados à saúde, como Necessidades de Saúde Especiais (NSE) e Plano de Saúde Individual (PSI), o que o coloca em linha com uma perspectiva vinculada ao Modelo Biopsicossocial, uma vez que considera aspectos individuais, sem desconsiderar aqueles ligados ao ambiente, às atitudes das pessoas e ao trabalho intersetorial com diversas áreas. As ideias relacionadas com o campo da Saúde reportam-se aos seguintes aspectos:

“Equipa³¹ de saúde escolar, a equipa de profissionais de saúde dos agrupamentos de centros de saúde ou das unidades locais de saúde (ACES/ULS), que, perante a referenciação de crianças ou jovens com necessidades de saúde especiais, articula com as equipas de medicina geral e familiar e outros serviços de saúde, a família e a escola, com as quais elabora um Plano de Saúde Individual (PSI), apoiando a sua implementação, monitorização e eventual revisão”;

“Intervenção precoce na infância, o conjunto de medidas de apoio integrado, centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social; ”

“Necessidades de saúde especiais (NSE), as necessidades que resultam dos problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem; ”

³¹ No Brasil, usa-se o designativo “Equipe”.

Plano de saúde individual, o plano concebido pela equipa de saúde escolar, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, para cada criança ou jovem com NSE, que integra os resultados da avaliação das condições de saúde na funcionalidade e identifica as medidas de saúde a implementar, visando melhorar o processo de aprendizagem. ” (114)

O diploma em análise reitera também a necessidade da articulação entre as Equipes Multidisciplinares de Apoio à Educação Inclusiva³² e de sua articulação com as equipas de saúde locais, como será demonstrado no excerto a seguir.

“Sempre que necessário, a equipa multidisciplinar pode solicitar a colaboração de pessoa ou entidade que possa contribuir para o melhor conhecimento do aluno, nomeadamente a equipa de saúde escolar dos ACES/ULS, com o objetivo de construir uma abordagem participada, integrada e eficaz. ” (114)

Em resumo, o Decreto lei 54/2018 (114), visa abandonar os sistemas de categorização de alunos e o modelo de “legislação especial” para “alunos especiais”. Centra-se na qualidade das respostas educativas e não em categorizar alunos a partir das características ligadas às Alterações nas Funções e Estruturas do Corpo (AFEC) de carácter permanente consideradas desvantagens, por meio de um *continuum* de respostas para todos os alunos, ancoradas em propostas vinculadas aos princípios da “Abordagem Multinível” e do “Desenho Universal para a Aprendizagem”, e da ampliação da articulação entre profissionais da saúde e educação e da flexibilidade curricular, objetivando respostas coerentes com as necessidades e potencialidades de cada um dos alunos.

Além de vincular-se a importantes normativos do ordenamento jurídico educacional português, um inédito significativo salto qualitativo do Decreto Lei 54/2018 (114) foi tornar-se um Decreto voltado para a EI e não restrito a EE. Por outro lado, esse também pode essa também é uma perspectiva que pode trazer riscos, uma vez que rompe com a tradição de normativos voltados para a EE, o que requer de gestores das Políticas públicas e professores um grande empenho para não perder as conquistas que foram alcançadas ao longo dos anos.

³² Composta por elementos permanentes, dentre os quais estão docentes, psicólogos e membros do conselho pedagógico com funções de coordenação pedagógica, dentre os membros variáveis podem estar: o professor titular da turma ou o diretor de turma, outros docentes do aluno, técnicos dos Centros de Recursos para a Inclusão (CRI), profissionais da equipa de saúde escolar local, dentre outros.

Na região do Grande Porto³³, nos Agrupamentos visitados foram identificadas as seguintes medidas inclusivas: A- Atendimento da Educação Especial; B- Interlocução e parceria com profissionais da Saúde vinculados ao Programa Nacional de Saúde Escolar; C- Apoio Tutorial Específico; D- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI); E- Serviço de Orientação e Psicologia (SPO); F- Centros de Recursos para a Inclusão (CRI)e ; G- Equipas Multidisciplinares de Apoio à Educação Inclusiva na escola.

Relativamente a cada uma das modalidades de respostas inclusivas identificadas nesse contexto, tem-se:

A - Atendimento da Educação Especial

Durante o período da coleta de dados, no quadro das diretrizes do Decreto lei 3/2008 foi possível identificar o Atendimento da Educação Especial nas “Escolas de referência”³⁴ para a educação bilíngue de alunos surdos, nas “Escolas de referência” para a educação de alunos cegos e com baixa visão, nas Unidades de ensino estruturado” para a educação de alunos com PEA, nas Unidades de apoio especializado para a educação de alunos com multideficiência e surdocegueira congênita, nas salas destinadas ao atendimento de alunos que necessitavam de readaptações curriculares, como o Programa Educativo Individual (PEI) e Currículo Específico Individual (CEI). Tais espaços contavam com recursos materiais e humanos, e estrutura física pensada para atender as especificidades dos alunos, contudo dependendo da forma como o trabalho acontecia, podem tornar-se espaços de Segregação no interior da escola.

Embora seja notório que os alunos eram atendidos em contexto de sala de aula regular no âmbito do Decreto Lei 3/2008 (62), no período da coleta de dados não foi possível identificar o acompanhamento dos alunos caracterizados como público alvo da Educação Especial nos espaços das salas de aula regular em período de aulas por parte de professores de EE. Ressalta-se que o período da coleta de dados

³³ À época da coleta de dados, a organização das respostas inclusivas estava vinculada ao Decreto Lei 3/2008 (62).

³⁴ Por “escolas de referência” e unidade de ensino estruturado, entende-se uma sala de aula organizada para o atendimento exclusivo de alunos que apresentam diagnósticos semelhantes.

foi relativamente curto e que, por isso não poderia avaliar com exatidão a rotina do atendimento escolar em cada Agrupamento visitado.

Os locais onde os alunos considerados da EE³⁵ eram atendidos aludem às concepções que embasam tais medidas. Ainda que numa perspectiva vinculada ao Modelo Biomédico, o Decreto Lei 3/2008 (62), como se pode constatar da análise feita no ponto anterior, preconizava respostas inclusivas a partir de características dos alunos designando espaços de atendimento conforme seus diagnósticos. Embora os documentos oficiais expressassem objetivos que tendiam para a inclusão, essas respostas assumiam um caráter de atendimento segmentado. Como consequência disso, é possível inferir que à época a segmentação do atendimento podia levar os docentes das turmas regulares a acreditarem que a resposta escolar a esses alunos era de responsabilidade exclusiva do docente de EE, que atuava na respectiva sala de atendimento especializado, levando a um processo de “terceirização da resposta”, em frontal oposição ao conceito da escola inclusiva, segundo o qual informa que a Inclusão não pode ser de responsabilidade exclusiva de uma categoria profissional apenas.

Nesse sentido, o Relatório da Agência Europeia para o Desenvolvimento da Educação Especial (AEDEE) (127) informa acerca da abordagem *Multi Track Approach*, que se define pela convivência entre dois sistemas, Escola Comum e Escola Especial, oferecendo grande diversidade de serviços e podendo vincular-se tanto ao Modelo Social, uma vez que preconiza a Integração de todos com todos, independentemente da presença ou não de AFEC, quanto ao Modelo Biomédico, uma vez que reconhece a importância do desenvolvimento de habilidades e competências associadas à reabilitação do aluno e à estruturação do ambiente escolar.

Outro efeito dessa forma de organização identificado era a formação de “pequenos grupos com similaridades” a partir de diagnósticos médicos. Para exemplificar, uma vez que os alunos com TEA/PEA são atendidos em espaços e por docentes específicos poder-se-á gerar a ideia de que os tempos e espaços dos alunos que utilizam esse recurso são diferentes, contribuindo assim para a formação de estigmas e preconceitos, contrariando a lógica de Goffman (90) segundo a qual o conhecimento e a interação podem reduzir os efeitos do medo e do preconceito,

³⁵ Em Portugal não se usa essa nomenclatura, usa-se “alunos com NEE” para referir a alunos com deficiência atendidos pelos serviços da EE.

potencializando a aprendizagem de todos, deslocando a importância da Inclusão do campo individual e caritativo (em linha com o Modelo Biomédico) para o campo das conquistas de caráter coletivo, preconizadas pelo Modelo Social.

B - Interlocução e parceria com profissionais da Saúde vinculados ao Programa Nacional de Saúde Escolar

A parceria com os profissionais da saúde que atuam a nível local se desenvolve em cada escola em parceria entre docentes e ao menos um profissional de saúde que atue na microrregião. De acordo com o Despacho Normativo n.º 12.045/2006 (131), essa parceria visa contribuir para a promoção e proteção da saúde, do bem-estar e do sucesso educativo dos alunos.

No protocolo da parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde (133) é possível ler que:

“A promoção da educação para a saúde em meio escolar é um processo em permanente desenvolvimento para o qual concorrem os sectores da Educação e da Saúde. Este processo contribui para a aquisição de competências das crianças e dos jovens, permitindo-lhes confrontar-se positivamente consigo próprios, construir um projecto de vida e serem capazes de fazer escolhas individuais, conscientes e responsáveis. A promoção da educação para a saúde na escola tem, também, como missão criar ambientes facilitadores dessas escolhas e estimular o espírito crítico para o exercício de uma cidadania activa.”

No documento orientador acerca dessas práticas de parceria, intitulado Referencial de Educação para Saúde (89), podemos identificar pelo menos quatro grandes temas (com subtemas) de interesse e ação conjunta entre profissionais da Saúde e Educação: 1- Saúde Mental e Prevenção da Violência (subtemas: Identidade; Pertença; Comunicação; Emoções; Autonomia; Interação; Risco; Proteção; Violência; Escolhas; Desafios e perdas; Valores; Resiliência). 2- Educação alimentar (Subtemas: Alimentação e influências socioculturais; Nutrição e saúde; Escolhas individuais; O ciclo do alimento- do produtor ao consumidor; Ambiente e alimentação; Compra e preparação de alimentos; Direito à alimentação e segurança alimentar; Alimentação em meio escolar. 3- Atividade física (Subtemas: Comportamento sedentário; Atividade

física e desportiva; Comportamentos aditivos e dependências; Tabaco; Álcool; outras substâncias psicoativas; outras adições em substância; 4: Afetos e Educação para a Sexualidade (Subtemas: Identidade e gênero; Relações Afetivas; Valores; Desenvolvimento da Sexualidade; Maternidade e Paternidade; Direitos Sexuais e Reprodutivos. Alguns dos temas e subtemas identificados no documento são constituem preditivos do risco de exclusão dentro e fora da escola (14,15).

Desse modo, no quadro do atual Decreto que regulamenta os processos inclusivos no contexto português, acerca da parceria entre profissionais da Saúde e Educação é possível ler:

“A concretização de uma política educativa que garanta a igualdade de oportunidades e promova o sucesso educativo importa mobilizar todos os meios da educação, da saúde e da inclusão social para responder à diversidade de necessidades dos alunos. [...] O reconhecimento de uma escola inclusiva implica a cooperação, de forma complementar, dos recursos da comunidade, nomeadamente da saúde, com as escolas. As equipas de saúde escolar, no quadro do Programa Nacional de Saúde Escolar, desempenham neste contexto um importante papel no acesso a um ensino inclusivo centrado no desenvolvimento, físico e psicossocial, do pleno potencial de cada aluno. Também as parcerias com as autarquias potenciam sinergias com importantes ganhos em saúde. Assim, através deste guia de apoio à prática para uma educação inclusiva, promove-se o investimento numa maior articulação dos recursos a favor de cada um dos alunos, constituindo objetivo comum da Educação e da Saúde, a capacitação de toda a comunidade educativa para a saúde e bem-estar.” (114)

C - Apoio Tutorial Específico (ATE)

Regulamentado pelo Despacho Normativo nº 4-A/2016 (134). Trata-se de uma tutoria por professores, destinada ao acompanhado mais próximo de alunos que demonstrem dificuldades com o processo de escolarização. No documento que regulamenta essa ação podemos encontrar os seguintes excertos:

“O apoio tutorial a alunos com um historial³⁶ de retenção é outra medida central que visa possibilitar um trabalho de

³⁶ No Brasil, usa-se histórico.

acompanhamento permanente daqueles de modo a encontrar respostas adequadas às dificuldades específicas de cada aluno, facilitando e apoiando-os no estudo, na sua Integração na turma e na escola, no cumprimento das regras escolares e no projeto de vida escolar. ”

Relativamente aos princípios que regulamentam a necessidade dessa medida, podemos encontrar na alínea D do Art. 2 do Despacho citado:

“Intervenção preventiva sobre os fatores/preditores de insucesso e abandono escolar; e) Promoção da inovação e a diversificação de metodologias de ensino e aprendizagem; f) Promoção de um acompanhamento próximo dos alunos que transitam de ciclo e de escola; g) Identificação de dificuldades de Integração e de aprendizagem dos alunos. ” (134)

Identifica-se nos princípios que regulamentam essa medida a preocupação com situações vivenciadas pelos alunos que de alguma forma podem levar ao risco de exclusão ou a dificuldades de Integração e aprendizagem no interior da escola, perspectiva compatível com as diretrizes do Modelo Biopsicossocial.

D- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)

Segundo o Decreto-Lei nº 281/ 2009 (135), essa medida visa garantir o acesso a Intervenção Precoce na Infância, entendida como um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança de 0 a 6 anos e sua família, incluindo ações de natureza preventiva e de reabilitação, no âmbito da Educação, da Saúde e da Assistência Social. São objetivos do Sistema Nacional de Intervenção Precoce:

“(i) assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, através de ações de IPI em todo o território nacional; (ii) detetar e sinalizar todas as crianças com risco de alterações ou alterações nas funções e estruturas do corpo ou risco grave de atraso de desenvolvimento; intervir, após a deteção e sinalização em função das necessidades do contexto familiar de cada criança de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso de desenvolvimento; (iii) apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos da segurança social, da saúde e da educação e (iv) envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.” (136)

Nos Agrupamentos visitados haviam professoras de EE que compunham a Equipa de Intervenção Precoce da microrregião³⁷, e que puderam relatar como esse trabalho se materializa no cotidiano escolar. Tais relatos serão expostos mais à frente no capítulo que apresentará os resultados da pesquisa.

E- Serviço de Psicologia e Orientação (SPO)

Pela leitura dos Decretos-Lei nº 300/97 (137) e nº 190/91 (138), é possível depreender que o principal objetivo dos profissionais de saúde que atuam nessa medida inclusiva são: Integrar e atuar em estreita articulação com os outros serviços de apoio educativo, designadamente os de apoio a alunos com NEE, os que necessitam dos serviços da Assistência Social escolar e os que são acompanhados pelo serviço de apoio à saúde escolar.

Os profissionais que atuam nessa medida possuem formação em Psicologia e Serviço Social e atuam para a melhoria do sucesso escolar, para a redução do abandono escola, para o desenvolvimento de habilidades socioemocionais e na orientação de responsáveis pelos alunos³⁸.

F- Centros de Recursos para a Inclusão (CRI)

Na esteira do que informa o *Policy of Guidelines on Inclusion in Education* (3):

“As instituições educacionais não devem se ver como os únicos especialistas em educação. A especialização nem sempre precisa estar disponível em todas as escolas, mas é importante garantir o acesso a competências específicas quando necessário. Isso é refletido na transição gradual em alguns países de escolas especiais para centros de recursos com serviços de extensão para apoiar o sistema escolar regular e

³⁷ As equipas são formadas por profissionais de diversas áreas, como: Saúde, Educação, Serviço Social, dentre outras.

³⁸ Em Portugal, usa-se o termo encarregados de educação.

oferecer orientação às famílias em seus esforços para apoiar seus filhos. ”

Nessa direção, Portugal reestruturou suas escolas de EE, de modo a torná-las Centros de Recursos para a Inclusão (CRI). Tratam-se de serviços especializados presentes em cada região, conveniados com o Ministério da Educação que objetivam apoiar a Inclusão na escola.

G- Equipes Multidisciplinares de Apoio à Educação Inclusiva na escola

Como demonstrado a seguir, o Decreto lei 3/2008 trouxe de modo incipiente nos itens 6 e 7 quando trata da educação de alunos surdos, o cerne do conceito que mais tarde no Decreto Lei 54/2018 seria consolidado como as Equipes Multidisciplinares:

“6- Para os alunos surdos, o processo de avaliação, referido no artigo 6.º, deve ser desenvolvido por equipas a constituir no agrupamento de escolas ou nas escolas secundárias para a educação bilíngue destes alunos.

7 - As equipas referidas no número anterior devem ser constituídas pelos seguintes elementos:

- A). Docente que lecciona grupo ou turma de alunos surdos do nível de educação e ensino da criança ou jovem;
- B) Docente de educação especial especializado na área da surdez;
- C). Docente surdo de LGP;
- D) Terapeutas da fala;
- E). Outros profissionais ou serviços da escola ou da comunidade. ” (62).

Já no Decreto Lei 54/2018, as equipas multidisciplinares objetivam a presença e ação em diversos processos inclusivos de toda a escola e não exclusivamente na ação destinada a grupos específicos determinados por critérios ligados à presença de AFEC como era no Decreto anterior, desse modo as equipas são assim constituídas:

“A equipa multidisciplinar é composta por elementos permanentes e por elementos variáveis. São elementos permanentes da equipa multidisciplinar:

- A) Um dos docentes que coadjuva o diretor;
- B). Um docente de educação especial;

- C) Três membros do conselho pedagógico com funções de coordenação pedagógica de diferentes níveis de educação e Ensino;
- D). Um psicólogo. ” (114)

Para o Decreto Lei 54/2018 as equipas multidisciplinares são compostas por elementos permanentes e variáveis. Dentre os elementos permanentes da Equipe Multidisciplinar encontram-se docentes, psicólogos e 3 membros do conselho pedagógico com funções de coordenação pedagógica de diferentes níveis de educação. Dentre os elementos variáveis podem encontrar-se o educador do aluno, o professor titular da turma ou o diretor de turma do aluno, outros docentes do aluno, bem como técnicos dos Centros de Recursos para a Inclusão (CRI) que prestam apoio à escola e profissionais que atuam na equipe de saúde escolar local, dentre outros intervenientes chamados a participar de acordo com o estudo de cada caso.

Assim como no Decreto Lei 54/2018, o Manual de Apoio à Prática (136) elaborado para subsidiar a ação das escolas, também informa que as equipas multidisciplinares nas escolas/ agrupamentos podem solicitar apoio às Equipas de Saúde Escolar³⁹, uma vez que é desta a responsabilidade por elaborar o Plano de Saúde Individual (PSI), que são documentos:

“[...] concebidos pela equipa de saúde escolar, no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar, para cada criança ou jovem com necessidades de saúde especiais, que integra os resultados da avaliação das condições de saúde na funcionalidade e identifica as medidas de saúde a implementar, visando melhorar o processo de aprendizagem. O Programa Educativo Individual (PEI) e o Plano de Saúde Individual (PSI) são complementares no caso de crianças com necessidades de saúde especiais, devendo ser garantida a necessária coerência, articulação e comunicação entre ambos. As necessidades de saúde especiais são as necessidades que resultam dos problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem. ” (136)

Nota-se que o documento que disciplina a Educação Inclusiva em Portugal atualmente não exclui a necessidade da análise de funcionalidade, porém atribui aos

³⁹ Conforme referido anteriormente, as equipas de saúde escolar são compostas por profissionais de saúde dos centros de saúde ou das unidades locais de saúde.

profissionais da saúde essa obrigação e delega à Equipe Multidisciplinar a construção do Plano Educativo Individual (PEI) em estreita articulação com o Plano de Saúde Escolar (PSI). Segundo o mesmo documento, os objetivos da Equipe de Saúde Escolar são:

“Permitir que as crianças e jovens/famílias tenham acesso a um ensino inclusivo centrado no desenvolvimento, físico e psicossocial, do pleno potencial de cada aluno e (ii) assegurar às crianças e jovens a proteção dos seus direitos, na aceitação da diferença, na promoção de atitudes de respeito, do reconhecimento do valor e do mérito pessoal.” (136)

Os excertos selecionados demonstram que desde o Decreto Lei 3/2008 (62) as equipes multidisciplinares têm sido consideradas opções para tornar o planejamento dos alunos atendidos pela Educação Especial mais alinhado às necessidades e potencialidades de cada um dos alunos, situação que se consolida na implementação do Decreto lei 54/2018. No sentido de aprofundar e esclarecer com maior clareza a participação dos profissionais de saúde no contexto escolar, o referido decreto cria ainda o Plano de Saúde Individual (PSI) em estreita articulação com o Programa Nacional de Saúde Escolar.

Feita a qualificação das respostas escolares identificadas em cada contexto, passamos agora a apresentar as categorias dos dados obtidos nas entrevistas.

3.2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS NAS ENTREVISTAS

Nesse bloco serão apresentados e discutidos os resultados obtidos nas entrevistas, em estreita articulação com os objetivos da pesquisa. Conforme informação anterior, os dados serão apresentados em 3 tópicos/ categorias, assim intitulados: 1-Concepções de Educação Inclusiva; 2- Critérios para definição do público alvo de medidas inclusivas e 3 - Considerações acerca do trabalho colaborativo entre profissionais da Educação e Saúde.

Após breve comentário do pesquisador, que introduz a natureza das contribuições, serão apresentados excertos citações literais. O critério para a seleção

de cada trecho se dá por seu potencial de síntese das contribuições das participantes sobre o tema apresentado.

Como referido anteriormente e com o objetivo de assegurar o anonimato, as entrevistadas foram assim identificadas: Entrevistada 1 (E1), entrevistada 2 (E2) e assim sucessivamente), sendo as referências de 1 a 12 compostas por dados obtidos no contexto da cidade de Campinas/Brasil e de 13 a 24 por dados obtidos na região do Grande Porto/Portugal.

3.2.1 Concepções e práticas de Educação Inclusiva

Nos dois contextos, a apresentação e discussão dos dados estruturou-se em torno das categorias: A) Entre a Integração e a Inclusão e B) Ambiguidades no campo da prática. Na primeira serão apresentadas as concepções das docentes acerca do conceito de EI, já a segunda apresentará as considerações das participantes que dizem respeito às diferenças entre o que é preconizado na legislação e o que se concretiza nas práticas escolares. Serão discutidos ainda os motivos apontados pelas docentes para o surgimento das ambiguidades identificadas.

A despeito de todos os excertos que surgiram sobre essa temática, foram selecionados aqueles que expressam fragilidades e possibilidades dos processos inclusivos, com vistas aos objetivos da investigação.

Contexto brasileiro

A - Entre a Integração e a Inclusão

Como pode ser notado nos excertos que, a seguir se explicitam, as participantes desse contexto demonstraram que a perspectiva de educação inclusiva que predomina no contexto brasileiro ainda está restrita à Educação Especial, com exceção de uma escola, cujas professoras já propõem ações inclusivas para todos os

alunos, informando a realização de ações inclusivas para além daquelas voltadas aos alunos com AFEC de caráter permanente.

Quando questionadas sobre os sentidos que atribuem à Inclusão e sobre quais os objetivos de uma escola inclusiva, de um modo geral as professoras entrevistadas revelaram um entendimento de que a Inclusão é o principal objetivo da educação escolar, como evidenciam os seguintes excertos:

“Eu acho que ela [referindo-se à concepção de Inclusão que orienta a escola] fica ali entre a Inclusão e a Integração, né? Porque a gente tem esse norte da Inclusão, o objetivo é incluir o aluno, mas acho que muitas vezes acaba ficando mais na Integração do que na Inclusão de fato, como a gente gostaria que fosse. ” (E-1)

“Quando a gente tem essa noção do que é Inclusão, a gente tenta fazer na escola, mas dependendo mesmo da política de onde você trabalha, tudo pode mudar. Então se é para pegar um caso específico daqui da região de Campinas, a gente tem uma orientação de Inclusão, porém a gente não tem todas as condições para incluir. Então, na verdade, acaba sendo, muitas vezes, apenas a Integração, que é deixar a criança na escola, porém a gente não faz a Inclusão de fato. ” (E-4)

“Eu acredito que ela está orientada para a Inclusão, para a exclusão de maneira nenhuma. Assim, de um modo geral, a gente não pode nem pensar que a escola queira pensar em excluir uma criança. Embora numa situação de falta de atenção, de falta de cuidado, isso possa até acontecer. ” (E-7)

“(...) a escola está orientada para a Inclusão, porque eu digo que mesmo que na escola ainda tenha exclusão, eu acho que a gente caminha para que ela seja menos excludente pelo menos. ” (E-9)

“Está orientada (referindo-se à escola] para a Inclusão, porém, nem sempre é o que acontece. A gente vê que muitos alunos ainda permanecem excluídos, muitos estão na Integração e poucos realmente na Inclusão. ” (E-10)

“(...) eu acho que [a escola] ainda não está na perspectiva da Inclusão, acho que alguns casos estão bem tranquilos, mas tem outros que não, então talvez esteja ainda na Integração. Ainda falta muito para que se efetive, de fato, a Inclusão. Isso para todos, não é só para o aluno de Educação Especial. A escola ainda precisa mudar muito para que a gente, de fato, tenha essa Inclusão. ” (E-11)

Uma análise destes depoimentos mostra uma forte crença na ideia de que a educação/escola é inclusiva, e/ou caminha no sentido da Inclusão. Todavia, com um olhar mais aprofundado com referência a outros testemunhos, revela-se que essa não é ainda uma realidade. Situação que segundo as participantes se dá pela ausência de condições estruturais para efetivar os processos inclusivos para todos os alunos, levando a escola a restringir-se à Integração.

Perspectiva corroborada por outras participantes que informaram que a escola ainda está orientada para a Integração, uma vez que é muito difícil que todos os profissionais da educação sigam o movimento da Inclusão. Tal perspectiva é ponderada pelas participantes que informam que a Inclusão é feita por pessoas, reiterando o disposto no documento da UNESCO (3).

“As atitudes positivas dos professores em relação à Inclusão dependem fortemente da sua experiência com alunos que são percebidos como "desafiadores". Atitudes negativas de professores-chefes, inspetores de educação, professores e adultos (pais e outros membros da família) são grandes barreiras à Inclusão. Assim, capacitar todos esses indivíduos, equipando-os com nova confiança e habilidades no processo de introduzir a Inclusão como um princípio orientador terá implicações nas atitudes e desempenhos dos professores. A Inclusão requer mudanças nas atitudes e valores das pessoas, das quais a escola e seus profissionais não podem se esquivar. Tal mudança leva tempo e envolve uma reavaliação significativa das concepções individuais. A conscientização deve envolver tanto uma melhor compreensão da educação inclusiva e que as sociedades se tornem mais tolerantes e compreensivas” (3).

Ainda, segundo as participantes, a maioria dos profissionais da educação tem aderido ao movimento da Escola Inclusiva, contudo há barreiras nas atitudes de alguns profissionais que oferecem resistência ao desenvolvimento dos processos inclusivos.

“Eu creio que ainda para a Integração, porque mesmo que exista as resoluções, as formações e as informações que a gestão dá para a escola, nem todos os profissionais da educação seguem o movimento da Inclusão. Que é muito maior e mais intenso do que a Integração.” (E-2)

“(…) a Inclusão é feita de pessoas. E existem pessoas que incluem, pessoas que excluem e pessoas que integram. Então de modo geral, falando da rede municipal de Campinas, eu penso que a maioria dos espaços têm tentado fazer uma

Inclusão. Eu penso que os profissionais, não só da Educação Especial, mas da educação como um todo, têm procurado. E é claro que, entre eles, tem aqueles que ainda não conseguem, que ainda, mesmo com todo o estudo, mesmo que tenham um conhecimento, ainda não têm uma abertura pessoal para esse diferente, e aí fica mais difícil trabalhar. ” (E-8)

Como se depreende destes excertos discursivos, parece haver, por um lado, uma forte consciência sobre a importância de uma educação/escola inclusiva e, por outro, uma certa “desconfiança” quanto à possibilidade de se alcançar esse objetivo, uma das dificuldades citadas diz respeito às atitudes de profissionais que ainda resistem à Inclusão de todos em ambientes comuns e à presença de dificuldades estruturais das escolas e de seus sistemas.

Neste sentido, em face dos depoimentos explicitados parece ser possível inferir que a perspectiva das professoras entrevistadas sobre a educação/escola brasileira pode estar situada entre a Integração e a Inclusão.

B – Ambiguidades no campo da prática

Embora, como se evidenciou na categoria anterior, muitas professoras acreditam na Educação/escola inclusiva e referem acerca de práticas inclusivas, a análise dos seus discursos permitiu compreender certas ambiguidades no campo das práticas que podem ser associadas à ideia de que algumas delas vinculam-se a princípios do paradigma da Integração, o que remete a afirmação de Mattos et al (139) que informa que a falta de entendimento quanto aos conceitos de Inclusão e Integração é um dos elementos que dificulta a consolidação de práticas inclusivas.

Em alguns depoimentos essa ambiguidade surge relacionada ao fato de, embora as escolas se orientarem por normas/ legislações que orientam na direção da construção de uma escola inclusiva, ainda existem profissionais que desconhecem a legislação, realizando o seu trabalho mais numa lógica de Integração, como evidencia o excerto a seguir:

“(...) hoje a escola está voltada para a Inclusão. Não falamos mais em Integração e muito menos em exclusão. Temos

algumas leis para a Inclusão, principalmente a LDB⁴⁰ e LBI⁴¹, onde fala que a criança deve estar na rede regular. Em Campinas nós temos algumas leis também que diz que ela tem que estar na rede, tanto no infantil, como no fundamental e no EJA. Então ela é inclusiva, todas as escolas. Mas para que isso aconteça, a Inclusão, a criança tem que ter o acesso e a permanência na escola com qualidade, o que nem sempre acontece.” (E-3)

“(…) a orientação que as escolas têm depende de quem está trabalhando nelas e depende do acesso às informações que cada um tem. As escolas são orientadas para a Inclusão, porque em 2015 saiu a LBI, então a orientação é essa, a gente tem que trabalhar de acordo com a lei que está aí, que surgiu. Mas, na prática, a gente vê que os profissionais ainda não têm tanto conhecimento sobre ela, porque é uma lei recente. De 2015, então ainda tem bastante coisa para andar. E aí as pessoas, muitos profissionais acham que estão fazendo a Inclusão, mas, na verdade é Integração, porque é diferente o conceito de Inclusão e de Integração. A Inclusão, a gente tem que preparar a sociedade, preparar a escola para receber o aluno com deficiência. E a Integração não, a gente prepara o aluno para ele estar nesse ambiente. Então a gente percebe que a prática é uma prática de Integração” (E-12).

O movimento da Integração (ainda influenciado pelo Modelo Biomédico) deu início ao acesso das pessoas com deficiência às escolas, contudo, manteve uma perspectiva de segregação e busca por reabilitação (2). Como herança desse processo muitos professores da turma regular tinham/ têm a perspectiva de que o aluno da EE deveria/deve ser ensinado apenas pelo Professor de EE. Essa prática acabava/acaba por gerar o estigma de “aluno da EE” ou “aluno especial”, por sua vez os alunos, muitas vezes se recusavam/ recusam a assumir esse papel.

Uma outra razão apontada nos excertos e que indicia essa ambiguidade no campo da prática, diz respeito à dificuldade de apropriação de todos os professores de uma visão inclusiva de educação para todos e cada um pela forma como tem se dado o atendimento dos alunos, evidenciando que a lógica de transplantar práticas de saúde utilizadas em ambientes de reabilitação para o contexto escolar sem a devida adequação aos objetivos de aprendizagem da escola gerou certa confusão conceitual nas práticas pedagógicas (34).

⁴⁰ Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n.º 9394/96 (118)

⁴¹ Lei Brasileira de Inclusão n.º 13146/15 (121)

Em outras palavras, o fato de haver professores de Educação Especial que “em tese” eram destinados a alunos com quadros ligados às AFEC levou a que muitos professores da turma regular tenham construído a percepção e o entendimento de que o aluno caracterizado como sendo da EE não era seu aluno, mas sim, da responsabilidade do professor de EE, efetivando assim o que poderia ser intitulado como uma espécie de terceirização da resposta pedagógica.

“(…) a gente tem uma trajetória, a gente começa com uma questão de Integração, Integração bem assim: é legal ele estar aqui, ele estar em alguma sala, mas quem tem responsabilidade por ele é a professora de Educação Especial, e a gente (referindo-se aos professores de Educação Especial) tem que resolver tudo.” (E-5)

Nesta mesma linha de raciocínio, situam-se outros testemunhos. Entretanto alguns deles são reveladores de que tem havido mudanças no modo de pensar o atendimento dos alunos referenciados à EE. Como refere uma das entrevistadas:

“Eu acho que a gente já passou por esse processo de Integração, onde era o aluno que tinha que se adaptar à escola. Hoje, quando a gente recebe um aluno da Educação Especial, na verdade, assim, quando a gente sabe que vem um aluno para cá, que ele é da Educação Especial, a gente já procura ver o que ele vai precisar. Então se é um cuidador, a gente já pede esse cuidador antes dessa criança estar na escola; se é um transporte adaptado, a gente já faz a solicitação de um transporte adaptado antes de ele chegar na escola. Então, assim, e os professores da escola, eles também não ficam à espera do professor de Educação Especial ir lá, sentar com ele, para ele começar a trabalhar com esse aluno. O próprio professor já se disponibiliza e já pensa em algumas intervenções para fazer com essa criança em sala de aula.” (E-6)

Este testemunho é indicativo de que os professores das turmas regulares/comuns estão muito mais conscientes da sua responsabilidade na Inclusão dos alunos com AFEC, enquadrados como público alvo da EE. Parece haver já a compreensão de que os professores reconhecem que a Inclusão requer uma atuação ativa por parte de todos, considerando o professor de EE um recurso para a ampliação da capacidade de resposta da escola e não meramente como um suporte exclusivo para o aluno da EE.

Parece, pois, ser claro, a partir da leitura dos excertos selecionados que esse contexto está passando por uma transição na perspectiva dos docentes de turmas regulares. Se antes, os alunos da EE estavam em sala de aula, mas eram totalmente “assistidos” pelos professores de EE, atualmente esses já procuram assumir sua responsabilidade por todos os alunos, sem exceção.

Se antes nas práticas de intervenção docentes imperava uma espécie de “terceirização” onde o professor da turma atribuía ao professor de Educação Especial a responsabilidade pela Inclusão dos alunos, atualmente, esse processo tende a dar espaço à ideia de que todos os professores são responsáveis por todos os alunos, devendo atuar em parceria para efetivar a Inclusão para cada um.

Esta situação tem, naturalmente, implicações no modo de pensar o papel do professor de EE, assumindo-o como parceiro e como um recurso ao serviço da melhoria dos processos educativos não apenas do aluno da EE, mas para todos os alunos.

Um outro aspecto referenciado pelas participantes diz respeito a um importante tema para o planejamento e execução de ações inclusivas, tem a ver com alunos que não lidam bem com o “rótulo” de aluno de EE.

“Eu tenho uma aluna no 9º ano, em que levo algumas coisas para ela, atividades, recursos, na aula de matemática, material dourado. Há alguns anos, ela me sinalizou que não queria mais. Isso me fez repensar muito a prática, me procurou depois, falou que ela estava com vergonha. Propôs vir em um outro período para poder fazer a atividade e aí me fez repensar muito a minha prática. E aí eu fiquei lutando contra isso durante um ano, 2015 foi um ano bem difícil, assim, de: até que ponto eu consigo conversar com os professores, consigo estar na escola, consigo movimentar isso, porque essa prática é uma prática que é muito comum. Vi que tinha pessoas que faziam da mesma maneira que eu estava fazendo ou até, assim, todas as aulas de língua portuguesa, tirava aluno da sala ou juntava todos esses alunos em uma sala só e transformava a escola numa escola especial, com uma classe especial. Então, para mim, isso foi um choque e eu comecei a pensar e falei: “não, Inclusão não é isso”, não adianta a gente querer incluir segregando. E aí a gente está fazendo de conta e, para mim, isso não dá.” (E-5)

A entrevistada revelou que uma de suas alunas solicitou não ser atendida pela professora de EE no contexto da aula comum, pois para a aluna, a presença da docente suscitava a formação de rótulos e estigmas. Uma possibilidade encontrada

pela docente foi retirar a aluna da sala e fazer atividades diferenciadas em outros espaços. Contudo a professora após refletir acerca do que seria incluir segregando em espaços diferenciados dentro da escola optou por investir no planejamento de intervenções pedagógicas juntamente com os docentes dos componentes curriculares de modo que a aluna pudesse permanecer na turma e ao mesmo tempo ser atendida em suas especificidades pelo mesmo docente que os demais alunos, avançando assim na qualidade do processo inclusivo.

Segundo o depoimento da professora acima referida, a prática citada acabava por gerar o estigma de “aluno da EE”, com implicações no comportamento dos alunos que, muitas vezes, não aceitavam esse “rótulo” e também no trabalho/ investimento na aprendizagem por parte dos professores dos componentes curriculares.

De modo geral, as entrevistadas relataram que as escolas estão direcionadas para a Inclusão, contudo é possível perceber que existem barreiras estruturais, culturais e atitudinais que impedem que esse processo seja efetivado com qualidade no contexto educacional. Dentre essas, as participantes citam a ausência de garantias de acesso e permanência com qualidade e a compreensão de Inclusão ainda muito restrita aos alunos caracterizados como público da EE, o que evidencia que ainda existem fortes influências do Modelo Biomédico, levando muitas escolas a reproduzirem práticas ligadas à Integração e não a Inclusão.

Contexto português

A – Entre a Integração e a Inclusão⁴²

De modo geral, os discursos das entrevistadas evidenciaram uma compreensão do conceito de Escola Inclusiva como sendo um direito de todos os

⁴² Parte dos dados dessa categoria foram publicados em artigo homônimo na Revista de Educação Especial de Santa Maria, v. 32, 2019 - Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial>

alunos e não apenas direcionado a alunos atendidos no quadro da EE, tal como sugerem os seguintes excertos:

“(…) parece-me haver uma preocupação mais redobrada com uma Inclusão efetiva das crianças, não apenas os que têm necessidades educativas especiais, mas todos aqueles que, no fundo, estão em situação de risco de exclusão, ou que manifestem outro tipo de necessidades. A Inclusão não se circunscreve à definição bio e psíquica, mas também à social, econômica e cultural, entre outras. Portanto, às vezes, isto é um cluster de questões que acabam por abranger todos os alunos.” (E14)

“A escola está muito voltada, na minha perspectiva, para a Inclusão, ou seja, ser uma escola para todos (…).” (E20)

“(…) hoje o grande pilar, a meu ver, é pôr a escola acessível a todos os alunos e a toda comunidade. E quando falo da comunidade refiro-me a todos, sejam aqueles que têm dificuldades físicas, aqueles que têm problemas ao nível cognitivo, psicoemocionais também ou aqueles que estão acima da média, e que também precisam de ser incluídos.” (E22)

“(…) hoje [a escola] está muito voltada, na minha perspectiva, para a Inclusão, ou seja, a escola ser acessível para todos, e não apenas a um grupo restrito que corresponde a um determinado padrão ou a um determinado perfil.” (E23)

Estes discursos mostram um entendimento de Inclusão que parece enunciar a transição de um paradigma educativo restrito às AFEC de caráter permanente, com forte influência do Modelo Biomédico, para outro que preconiza processos educacionais sistêmicos e abrangentes, ancorados em pressupostos próximos da perspectiva do Modelo Biopsicossocial, podendo também enquadrar-se na perspectiva de Booth et al (1) ao reconhecerem o respeito da/pela diferença e diversidade, numa lógica de Inclusão como um direito de todos.

Todavia, quando se pede às professoras para se pronunciarem sobre os conceitos de Integração e Inclusão, algumas delas revelaram certa ambiguidade conceitual misturando argumentos que podem ser associados a um ou outro paradigma:

“Também estamos a falar da Integração. Porquê? Nós podemos pôr os alunos dentro de uma sala de aula, mas, a Inclusão...é outra coisa, é estarem integrados nessa mesma sala. Mas, as pessoas podem estar a coabitar no mesmo espaço, estando

incluídas, mas não estar integradas. Se eu trazer um aluno com multideficiência para uma sala em que não haja materiais de apoio, materiais adaptados àquele aluno, àquela realidade, eu não vou integrar, posso ter incluído, mas não ter integrado. ” (E13)

“A perspectiva é de Inclusão, embora se perceba que em determinados casos não se verifique tanto a Inclusão, mas mais um Modelo integrativo. Mas apostamos sempre na Integração o mais que pudermos. ” (E18)

“Para mim, a ideia: ele [o aluno com deficiência] vai à sala, mas todas as crianças estão a desenvolver a atividade que toda a turma estiver a fazer não se justifica. E pode haver sempre um momento em que a turma faz uma atividade que se adéqua àquela criança que tem multideficiência, porque também acaba por ser uma aprendizagem para quem não tem essas limitações todas. ” (E21)

“Neste momento, acho que há duas vertentes. Há a vertente da Educação Especial propriamente dita, em que os meninos estão dentro das salas incluídos, mas não existe, na realidade, uma Inclusão. ” (E24)

Esta ambiguidade discursiva pode ser justificada pela própria concepção de Integração que, tem o seu alicerce na “aceitação dos diferentes” no espaço dos ditos “normais”, sendo influenciada pelo Modelo Social, que marcou o acesso das pessoas com deficiências aos ambientes que antes eram exclusivos daqueles que se encaixavam nos padrões normativos e socialmente reconhecidos (12).

As contribuições das professoras desse contexto nos permitem ainda refletir sobre o sentido semântico da palavra “Integração”. Segundo o Dicionário Michaelis (140) da Língua Portuguesa. Integração consiste em:

“Ato ou efeito de integrar-se; Condição de constituir um todo pela adição ou combinação de partes ou elementos; Processo que consiste na assimilação cultural, linguística e jurídica, de forma plena, por indivíduos estrangeiros em qualquer comunidade ou nação. ” (140)

Já a “Inclusão” é definida pelo mesmo dicionário como:

“Ato ou efeito de incluir-se; Introdução de uma coisa em outra, de um indivíduo em um grupo etc; Inserção; Política educacional que consiste em incluir indivíduos com necessidades especiais em turmas consideradas regulares, fazendo-os participar de atividades não só educacionais, mas também comunitárias, esportivas e sociais. ” (140)

Pela análise das definições apresentadas, é possível inferir que embora a opção pelo uso de termos associados ao sentido literal da palavra integração definido pelo dicionário citado, o que vincularia o sentido contextual feito pelas professoras ao paradigma da Inclusão e não da Integração, nota-se que ao utilizar os termos, as professoras do contexto remetem-se a práticas ligadas ao paradigma da Integração, o que reforça a tese de que existem ambiguidades conceituais que se repercutem nas práticas de intervenção adotadas no terreno.

Outra inferência que pode ser feita a partir da análise destes excertos é a de que a concepção de Inclusão se resume à ideia de colocar todos os alunos no mesmo ambiente, no caso, a sala de aula, medida que, por si só não garante a Inclusão, podendo, até, por vezes, representar profundas dificuldades a alunos que, pelas suas características, necessitem de ambientes e respostas mais estruturadas.

Nesta alegação importa ter presente que um dos objetivos centrais da Inclusão é a promoção da aprendizagem, participação e interação de todos com todos. Contudo, no intuito de incluir, seria um grande equívoco desconsiderar situações complexas que poderiam expor os alunos a processos de exclusão, ou de não atendimento às suas condições individuais, incorrendo no erro de excluir do interior da escola/ sala aqueles que ela deveria incluir Estes serão argumentos que poderão fundamentar o posicionamento cético de algumas professoras relativamente à Inclusão:

“(...) não existe, na realidade, uma Inclusão. E, depois, há uma perspectiva, que é: ajudem-na, porque há aqui uma pessoa que é diferente dentro desta sala e eu preciso de continuar o meu trabalho. E esta está aqui a mais. E, portanto, se houver Educação Especial, essa pessoa... a Educação Especial cuida.” (E15)

“(...) na Integração, sim... porque a Inclusão, efetivamente, não existe ainda.” (E16)

“(...) a Inclusão é muito mais uma utopia do que concretamente uma realidade.” (E19)

“Hoje, aqui [em Portugal], acho que [a perspectiva] é a Inclusão. Mas, efetivamente, a Inclusão propriamente dita acho que ainda não se preconiza nas salas de aula. Acho que ainda há um longo caminho a percorrer.” (E20)

Os dados permitem inferir que, se por um lado, algumas professoras têm um entendimento amplo de Inclusão, alinhadas com a visão de vários autores (1,12,141) por outro, há professoras que se revelam confusas e céticas. Este ceticismo pode estar relacionado com certa incongruência que parece persistir entre os princípios de Educação Inclusiva enunciados na legislação e no convívio de diferentes estratégias de atendimento aos alunos com NEE na escola pública portuguesa.

Como evidenciaram os excertos mobilizados, embora as professoras se posicionem em acordo com uma concepção de Inclusão, elas parecem reconhecer que na prática permanecem abordagens enraizadas numa lógica de categorização dos alunos, assente mais nos seus *deficits* do que nas suas potencialidades, demonstrando claras influências dos Modelos Biomédico (48, 28, 92).

Reconhece-se a importância de continuar a investir em processos de intervenção que a todos ofereçam a oportunidade de interagir, de estar e de aprender juntos. Apoiados em Goffman (90) sustenta-se que o conhecimento e a interação contribuem para reduzir o medo e o preconceito e, assim, potencializam a aprendizagem de todos, deslocando a importância da Inclusão do campo individual e caritativo (em linha com o Modelo Biomédico) para o campo das conquistas de carácter coletivo, ligadas às perspectivas vinculadas aos Direitos Humanos e a visões multissistêmicas, como o Modelo Biopsicossocial.

B – Ambiguidades no campo da prática

A análise dos discursos mostra, por um lado, que as professoras, na sua globalidade, reconhecem a importância de se atender às características, ritmos e necessidades de cada aluno, numa perspectiva de Educação Inclusiva e, por outro, que a escola pode não estar ainda em condições de atender esse desafio. Esta dupla leitura é evidenciada, de forma clara, pelas professoras entrevistadas:

“(…) fazer a Inclusão é atender às características de cada menino (...), mas, as escolas não estão preparadas para ter todo o tipo de meninos, sobretudo quando vamos para os 2.º e 3.º ciclos. Enquanto o Jardim de Infância e o 1.º ciclo são escolas pequenas e em que a maior parte está adaptada para ter casos

bastante graves, quando nós chegamos ao 2.º e ao 3.º ciclo e secundário, é completamente diferente.” (E13)

“Naquilo que diz respeito à escola, eu penso que a organização que regula, no fundo, a identificação de estratégias, de condições de Integração, tem-nos feito perceber que nem sempre as escolas conseguem dar resposta àquilo que os alunos e crianças necessitam, nomeadamente ao nível das condições físicas das escolas. Desde obstáculos arquitetónicos, desde a própria configuração dos espaços. Todos aqueles obstáculos, escadas, janelas perigosas, etc., que não deveriam existir, mas, por várias razões, deparamo-nos com situações dessas que são difíceis de ultrapassar.” (E14)

“(…) a Inclusão de todos é fundamental, é importante respeitar as características de cada aluno, mas se pretendemos, de facto, uma Inclusão, não é a pô-los a fazer um trabalho completamente marginal ao que a turma faz. A Inclusão pressupõe que eles estão envolvidos na turma, e que cabe ao professor, titular de turma, regular o tipo de tarefas, diferenciar o tipo de tarefas que este aluno deverá fazer, do ponto de vista do seu próprio currículo (…).” (E15)

“(…) porque um professor trabalha com um grupo, numa sala. E tem de dar resposta a várias necessidades. Cada aluno tem uma necessidade específica, seja emocional, seja fisiológica, seja de outra ordem qualquer. E não consegue, de fato, fazer um atendimento sistemático que uma perturbação de linguagem necessita.” (E17)

Como deixam transparecer os excertos, o respeito pela individualidade dos alunos parece constituir um pré-requisito para a Inclusão de cada um. Este pressupõe reconhecer e respeitar a diversidade na sala de aula e recorrer às práticas de diversificação pedagógica que potencializam situações de aprendizagem que permitam que todos aprendam de modo significativo e se sintam incluídos, corroborando com a perspectiva de Santos (142), no atendimento de cada aluno devem ser consideradas as suas características, necessidades e potencialidades, levando cada um a aprender e a desenvolver-se a partir das experiências que vivencia por meio de estratégias e técnicas pedagógicas diferenciadas.

Na mesma direção, Trindade et al, (143) informam que:

“(…) do ponto de vista das suas responsabilidades como gestores curriculares, a possibilidade dos professores identificarem os desafios educativos particulares que dizem respeito às singularidades da relação entre cada um dos seus

alunos e os objetos de saber sobre os quais estes se debruçam, amplia-se no momento em que estes desafios passam a ser abordados, também, em função da análise e compreensão das vicissitudes históricas do próprio processo de construção, afirmação e desenvolvimento daqueles objetos de saber. (...) A reivindicação de uma gestão curricular diferenciada deixa de estar subordinada, apenas, a propósitos educativos compensatórios para se construir como uma actividade que deverá permitir a cada um, independentemente do que é e do que sabe, defrontar-se com desafios escolares significativos” (143).

A ambiguidade que atravessa os discursos das professoras dos 2 contextos é simbólica da complexidade que se materializa nas práticas pedagógicas e que se repercute no modo como as instituições escolares e seus profissionais se organizam para proporcionar recursos que deem conta dos desafios enfrentados, assim reduzindo ou eliminando as barreiras à aprendizagem, participação e interação.

Os excertos selecionados parecem ser paradigmáticos da transição pela qual passam as práticas pedagógicas. As ambiguidades identificadas nos discursos, que provavelmente também podem ser encontradas nas práticas de intervenção, demonstrando ainda uma transição que marca a passagem do paradigma da Integração vinculado ao Modelo Social, para o da Inclusão influenciado por um Modelo Biopsicossocial e multissistêmico, uma vez que considera diversos fatores condicionantes da aprendizagem, interação e participação na escola, bem como as influências do ambiente e das atitudes das pessoas para os processos inclusivos.

3.2.2 Considerações sobre o trabalho intersetorial entre profissionais da Educação e Saúde

Conforme apontado pela literatura e já indicado no Capítulo 1. 2, várias são as formas de trabalho intersetorial entre profissionais da saúde e educação, dentre elas destacam-se a: Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade.

O trabalho em redes constitui uma importante ferramenta de articulação e de proteção às crianças e adolescentes que enfrentam situações de vulnerabilidade. Dentre essas, destacam-se como espaços de promoção do desenvolvimento,

aprendizagem e saúde da criança e do adolescente: a família, escola, comunidade em geral, serviços de saúde, espaços de cultura e lazer, assistência social e o sistema de proteção judicial (92).

Os ganhos com as parcerias entre profissionais da saúde e educação foram relatados em diversos estudos, dentre eles Pelosi et al (144) referiram uma experiência de trabalho conjunto entre professores e profissionais da saúde em torno da Inclusão escolar de 4 alunos com paralisia cerebral. No final da intervenção, os resultados apresentados demonstraram efeitos positivos na postura dos alunos, no desenvolvimento de recursos, materiais e estratégias diversificadas de aprendizagem, comunicação oral e escrita, além de favorecer maior autonomia dos alunos e independência para as atividades escolares.

Uma escola orientada para a diversidade precisa criar uma rede de apoio e cuidado, incluindo diretores, pais, professores, psicólogos, terapeutas e supervisores, instituições da comunidade. Assim, passamos a informar acerca das questões que envolvem as parcerias entre profissionais da saúde e educação na perspectiva das entrevistadas em cada contexto (84).

Para facilitar a apresentação das contribuições das participantes acerca desse tópico, os dados foram agrupados em subtópicos intitulados: A- Categorias profissionais que atuam junto a professores; B- Formas de comunicação e interação entre profissionais da Educação e Saúde; C- Considerações acerca do trabalho Intersetorial; D- Dificuldades/ constrangimentos e tensões decorrentes da intersetorialidade; E- Considerações sobre Medicalização e Patologização. Devido às especificidades do contexto português, este possui duas subcategorias a mais intituladas: F- Considerações sobre a perspectiva biopsicossocial e G- Considerações sobre o uso educacional da Classificação Internacional de Funcionalidade; Incapacidade e Saúde (CIF).

Contexto brasileiro

A história do Ministério da Educação brasileiro remonta ao ano de 1930 e ao Decreto n.º 19.402 (145), que criou o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, setor governamental que deveria responsabilizar-se pela elaboração

e execução das políticas públicas voltadas para as áreas de Educação e Saúde pública. Contudo em 1937, esse setor foi redesignado, passando a se chamar apenas Ministério da Educação e Saúde e suas atividades restringiram-se à organização da educação escolar e aos aspectos ligados à saúde pública.

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, que passa a responsabilizar-se pelas políticas relacionadas à saúde pública, desse modo a Educação migra para o Ministério da Educação e Cultura (MEC). Na prática, essa reorganização representou uma cisão entre as políticas públicas das áreas de Saúde e da Educação, cujos efeitos para a elaboração e execução de políticas educacionais voltadas para a Promoção da Saúde e principalmente para a vertente dela no ambiente escolar são sentidos ainda hoje.

Em 1985 o Ministério da Cultura⁴³ foi desvinculado da Educação. Em 1992, o então Ministério da Educação passou a acumular as questões do Desporto, passando a se chamar Ministério da Educação⁴⁴ e do Desporto. Apenas em 1995, o Ministério passa definitivamente a ser exclusivo para as questões da Educação.

Para além das nomenclaturas, em cada momento histórico a nomeação denota em que posição o tema da Educação se encontra na pauta governamental e quais são as aproximações planejadas para cada momento. Nesse sentido, pode-se notar que a Educação é considerada peça chave para diversas áreas estruturais da política pública e da vida em sociedade, evidenciando que a ela estão intrinsecamente ligados diversos setores, o que a caracteriza como um tema transdisciplinar e fundamental.

Ao mesmo tempo, ter espaço exclusivo na agenda e na destinação de recursos dos governos foi uma grande conquista, entretanto também representou uma espécie de “fechamento” da educação em si mesma com o conseqüente afastamento de áreas como a Saúde, Cultura e Desporto.

A médio e longo prazo, o afastamento entre as políticas de saúde e de educação também se expandiu para as práticas de intervenção, o que pode ser demonstrado nas tensões que circundam o trabalho intersectorial entre profissionais

⁴³ Na atual gestão governamental os temas relacionados à Cultura são gerenciados por uma Secretaria de Governo vinculada ao Ministério do Turismo.

⁴⁴ Inadvertidamente, a sigla MEC (Ministério da Educação e Cultura) ainda é utilizada por inúmeros meios de comunicação, inclusive pelo próprio órgão do Governo Federal.

dessas áreas até os dias atuais. Soma-se a isso que a história da Educação Especial surge vinculada aos setores da Saúde e às práticas de reabilitação.

O afastamento histórico na formulação e implementação das políticas públicas de Educação e Saúde produz a errônea interpretação de que os profissionais da Saúde cuidam apenas do corpo, numa perspectiva estritamente biomédica, ou seja, restringindo os processos ligados a participação e ao exercício dos direitos sociais ao bom funcionamento das partes do corpo, e aos profissionais da educação, cabe apenas o papel de ensinar os conteúdos curriculares. Dito isto, passamos a apresentar as percepções das participantes quanto à realização do trabalho voltado para a inclusão escolar de modo intersetorial.

Na esteira das ideias de Scaffner et al (84), a participante a seguir introduz o tema com bastante clareza, informando acerca da necessidade do trabalho intersetorial e colaborativo para a efetivação da Inclusão.

“Ou a escola defende o trabalho coletivo e a mudança nas práticas, ou o nosso trabalho no sentido de promover a Inclusão vai ficar comprometido, e esta ideia assistencialista de que este sujeito não pode ser sem outra pessoa vai vir com tudo! Não há protagonistas no processo inclusivo, é um trabalho coletivo.”
(E9)

Na concepção dessa entrevistada, a escola precisa promover mudanças nas suas práticas além de incorporar as parcerias com novos intervenientes, tornando o trabalho inclusivo o resultado das contribuições de diversos profissionais, sob o risco de a escola não dar conta da Inclusão para todos e ficar restrita a um trabalho meramente assistencialista.

A – Categorias profissionais que atuam junto a professores

Para iniciar a apresentação dos dados desse tópico, é necessário identificar quais categorias profissionais da área da saúde que interagem com mais frequência com os profissionais da educação.

“A maioria [referindo aos alunos] faz um acompanhamento com neurologista, mas aí, assim, é mais periódico, né? E fazem também acompanhamento nas instituições, onde têm

atendimentos diversos, psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiólogo⁴⁵, apoio psicopedagógico.” (E1)

“Eles passam geralmente com um pediatra e depois o pediatra é quem designa para qual [profissional] encaminhar. Aí passa para um neurologista, um psiquiatra, às vezes um psicólogo, né? E aí eles vão encaminhando um para o outro para fechar um laudo de uma situação de qual deficiência encaixaria, no que os médicos observarem e determinarem, né? O que encaixa melhor nos laudos.” (E2)

“A gente consegue conversar com mais facilidade com a psicologia, a fonoaudiologia e assistente social. A gente tem o contato direto do CAPs⁴⁶, que é quem organiza a rede de atendimento.” (E10)

Pelos excertos selecionados, os alunos são atendidos por diversos intervenientes/ profissionais da área da saúde, desde médicos de diversas áreas como pediatria, neurologia, psiquiatria, até profissionais especializados como psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais.

B – Formas de comunicação e interação entre profissionais da Educação e Saúde

Dentre as formas de comunicação entre os profissionais da saúde e educação, as mais frequentes, segundo as participantes são: reuniões presenciais com os profissionais da saúde, intercâmbio de relatórios, comunicações por meio de aplicativos de mensagens, e-mails e contato telefônico.

Sobre as reuniões presenciais, a participante entende como uma mais-valia e reitera esse momento que oportuniza o alinhamento de estratégias de trabalho intersetorial e colaborativo.

“Nós fazemos alguns encontros [com profissionais da área da saúde] para tentar alinhar, conversar um pouco sobre o que está

⁴⁵ Terapeuta da fala.

⁴⁶ Centros de Atenção Psicossocial (CAPs). Trata-se de unidade especializada em saúde mental, que integram profissionais com formações diversas que atuam de modo interdisciplinar, geralmente as equipes são compostas por médicos, assistentes sociais, psicólogos, psiquiatras, pedagogos, dentre outros especialistas.

sendo desenvolvido na instituição, sobre o que seria legal ser desenvolvido na escola. Mas eu sinto que precisaria ter mais, sabe? Alinhar melhor. E não só, com o professor de Educação Especial, né? Seria legal que esses profissionais pudessem estar com um grupo de professores. ” (E1)

Sobre os relatórios enviados pelos profissionais da saúde, a participante a seguir informa que esses apresentam algumas dificuldades, como o uso de uma linguagem de difícil compreensão para os profissionais da educação, e mais especificamente com relação aos médicos, informam acerca da dificuldade de ler os relatórios, em decorrência da grafia não muito clara, o que contraria as diretrizes impostas pela Portaria SAS/ MS n. 1011/2014 (146), que determina que os laudos/ relatórios médicos devem ser legíveis, sem abreviaturas e impressos.

“Então, a maioria deles tem entraves sim [referindo-se aos relatórios produzidos pelos médicos], tem dificuldades. Primeiro como o médico escreve, né? Eu não sei se é obrigação, eles escrevem com letras que a gente quase não dá para interpretar. E, segundo, não são objetivos, não são. Quando nós fazemos relatórios aqui [na escola], que a gente vai... digamos que nós vamos falar sobre as fases da escrita, as hipóteses da escrita: a gente coloca a hipótese da escrita entre parênteses, por exemplo, “não consegue dar significado à escrita. A gente explica isso para eles, mas quando vem de lá para cá, não vem detalhado, não vem objetivo, vem bastante vago e a gente precisa se esmerar e às vezes pesquisar muito, ou também dar um retorno por telefone ou ir lá e pedir mais detalhes. ” (E2)

A participante a seguir informa que os relatórios médicos chegam à escola fechados e que desconsideram as subjetividades dos processos individuais de cada aluno e escola, não informando aspectos relevantes do desenvolvimento dos alunos que impliquem em demandas ao contexto escolar para que o aluno seja melhor atendido, ao que pode ser citado como exemplo: um médico oftalmologista pode informar a escola os principais aspectos acerca da acuidade visual de determinado aluno, a partir disso a escola pode pensar em estratégias e métodos que melhorem as condições de interação e aprendizagem do aluno, por outro lado, o médico pode simplesmente restringir-se a informar usando termos técnicos que a criança possui uma capacidade visual reduzida sem detalhar as características do comprometimento, o que dificultaria a ação da escola.

Desse modo, cada qual em seus contextos podem trabalhar colaborativamente para a redução de barreiras a aprendizagem, interação e

participação dos alunos ou permitir que elas se perpetuem, permitindo inferir que a qualidade da resposta depende da forma como se dá a interação entre essas duas áreas

Por outro lado, é possível inferir que a participante tenha o desejo de que o médico diga o que fazer com o aluno, expectativa que não se concretiza, gerando alguma insatisfação por parte da participante, situação que pode ser percebida no excerto a seguir:

“Então eu acho que os relatórios dos médicos vêm sempre muito fechados, né? Eles não falam assim: “ah, mas ela pode...”, não vem. E para mim, quando chega aqui, eu preciso saber para eu poder conseguir trabalhar em cima disso, né? Agora, os nossos relatórios que a gente manda para alguns especialistas, normalmente quem tem deficiência a gente não manda o que a gente acha. Então nesses relatórios a gente costuma sempre... não falar, a gente não pode falar o que a criança tem, porque nós não somos especialistas nisso, mas a gente descreve tudo o que a gente observa e pede uma avaliação.” (E3)

Nota-se no excerto acima mais uma das influências do Modelo Biomédico que podem ser identificadas nos contextos escolares, ao dizer que não é especialista, a participante 3, de certo modo, ressalta e válida o poder do discurso médico/especializado e reitera certa dependência desses profissionais, o que pode produzir efeitos danosos nas práticas escolares, além de tirar da escola o protagonismo dos próprios processos, uma vez que a mesma pode assumir uma posição de espera pelo parecer do especialista para tomar as medidas necessárias baseadas no conhecimento pedagógico.

As participantes a seguir informam que a maneira encontrada para a comunicação e promoção do trabalho intersetorial com profissionais da saúde foi a utilização de aplicativos de comunicação instantânea como o *Whatsapp*⁴⁷ e os contatos telefônicos, informa ainda que tem boa receptividade por parte desses.

“Eu tenho uma conversa muito boa com o posto de saúde, a gente conversa pelo WhatsApp e, assim, eu vou mandando para eles, eles vão verificando, a gente tem contato lá com a psicóloga, com agente de saúde, com assistente social, então tem um grupo grande. Quando tem necessidade, a gente senta e conversa pessoalmente, senão a gente já vai encaminhando.

⁴⁷ Aplicativo utilizado para comunicação instantânea.

Vai conversando: “e aí, será que já não dá para encaixar o aluno para fazer uma avaliação com vocês no CAPs? ”. O M. [referindo-se ao responsável pela articulação no CAPs] já dá um jeitinho e encaixa, vai mais rápido. Se não fosse o grupo, eu teria que mandar para o posto, passar pelo pediatra, o pediatra tem que ver para depois ele ver, sugerir, para que se mande para o psicólogo, para o psicólogo ver, para depois ir para o CAPs, para depois ir... entendeu? Então o trâmite é bem moroso, pelo grupo é bem mais rápido, por conta desse contato mesmo que a gente tem de WhatsApp, a gente vai conversando.” (E10)

“Eu ligo nas instituições que eles [referindo-se aos alunos] frequentam e a maioria me atende... não digo que prontamente, assim: “ah, venha amanhã aqui para a gente conversar”, não, mas atendem sim, eles marcam uma data para eu ir até lá conversar com eles, converso com todos os profissionais que atendem, trago as informações para a escola e caso haja a necessidade, a gente traz os profissionais para cá, para fazer uma assessoria aqui dentro da escola. E eles são muito atenciosos... sempre que eu entro em contato, eles respondem, eu acho que existe essa parceria sim nas instituições. No posto de saúde é um pouco mais demorado, é um pouco mais difícil, porém lá [referindo-se às instituições] é super fácil o acesso, então vai da região também e do profissional que está atendendo.” (E12)

Um aspecto ressaltado pelas participantes diz respeito à morosidade do atendimento, entretanto a aproximação entre os profissionais da saúde e educação por meio das reuniões intersetoriais e da participação em grupos de comunicação instantânea contribui para diminuir o tempo de resposta às necessidades dos alunos, das famílias e dos profissionais, o que pode contribuir para melhores condições ligadas ao bem estar, estar, favorecendo assim um contexto mais favorável à aprendizagem por parte dos alunos.

Convém observar que a participante 12 relata que quando necessário os profissionais da saúde vão até a escola para fazer uma espécie de “consultoria, assessoria”, o que pode ser entendido como uma ingerência dos profissionais da saúde na escola, intervenção desejada pelos profissionais da escola, entretanto também pode revelar um chamado desses a trabalhar em parceria, revelando a compreensão dos profissionais da educação de que cada área de trabalho possui delimitações naturais em sua atuação e que a Inclusão conclama a cada uma dessas áreas a atuar colaborativamente para efetivar o direito à escola para cada um dos

alunos com respeito às características que trazem por meio da redução de barreiras ligadas às atitudes e às estruturas.

As entrevistadas ressaltam que é muito raro os profissionais da saúde frequentarem as escolas e por isso procuram encontrá-los nas instituições de saúde, segundo elas essa troca de informações pode gerar ganhos para os alunos e para as famílias.

“Então, isso também é uma das atribuições da Educação Especial aqui do município. Se eu tenho um aluno que é atendido numa entidade com fono, fisio e TO, a gente vai até lá e faz a ponte. E por que eu preciso ir lá conversar? Ela [referindo-se aos profissionais de Saúde] não vai me dizer o que eu preciso fazer. Quando eu vou, eu sempre levo a professora da sala. Porque eu acho que as três conversando, a gente consegue avançar no que o aluno está precisando. Tanto é que às vezes a gente vai e descobre que lá a criança é de um jeito e aqui é de outro. Óbvio, lá ela está sozinha, aqui ela está em grupo. Então às vezes as pessoas, a fisio, a fono, a pedagoga: “nossa, mas eu não sabia desse lado dele, que legal.” (E3)

“Embora eles [referindo-se aos professores titulares de sala] não tenham contato direto com a saúde, eu que faço esse intercâmbio, são poucas as vezes que os profissionais da saúde vêm até a escola, eu tenho a maior liberdade para ir e trazer as informações, devido aos atendimentos deles, eles não têm muito horário disponível para sair da instituição e vir, né? Mas eu acho muito importante, sempre que eu saio de lá, eu registro tudo que eu conversei, eu sento com o professor da sala regular e vamos conversando item por item. E aí elas vão perguntando: “ah, isso eu não entendi”, se eu não entendi, eu ligo para lá e peço a informação de novo e dá mais segurança sim. A gente fica com medo, né? “Ah, eu não sei tal coisa”, “ah, isso é da saúde”, “ah, posso dar tal alimento? ”, “ah, eu posso falar tal coisa para a mãe?” (E12)

A contribuição da participante 12 demonstra certa insegurança relacionada a como lidar com crianças que apresentem quadros clínicos específicos que demandem maiores cuidados, por esse motivo, segundo ela, o contato com os profissionais da saúde na busca por orientação sobre como proceder atribui a prática docente maior segurança, contudo confere aos profissionais da saúde a posição de assessoria ao trabalho educacional, o que pode levar a uma espécie de hierarquia do atendimento, gerando tensões no cotidiano escolar, por outro lado a participante 3

reitera que não cabe aos profissionais de Saúde dizer o que os professores devem fazer nos aspectos pedagógicos.

Outra contribuição que pode ser observada nos excertos anteriores demonstra a necessidade da delimitação de campos de atuação, a participante 12 informa que existe certa insegurança em fazer o trabalho pedagógico quando temas ligados a saúde não estão suficientemente informados, permitindo inferir que a parceria entre os profissionais de diferentes áreas confere maior segurança a ação docente, e na ponta do processo também conferem o mesmo sentimento aos familiares.

As participantes a seguir informam que na maioria das vezes, os acompanhamentos são feitos por meio de relatórios que ambos os profissionais da saúde e educação emitem e que os responsáveis levam aos acompanhamentos da saúde e trazem as devolutivas aos profissionais da educação.

“Primeiramente, a professora de educação especial conversa com a professora do aluno, depois chamo os pais, peço autorização para encaminhá-lo, porque não podemos pular a família, tem que deixar a família ciente desse encaminhamento. E aí o pai marca a consulta e às vezes a professora de Educação Especial vai junto para relatar melhor, dar alguns detalhes. Às vezes a família vai e traz o retorno para a escola. E depois, com o passar do tempo, se precisar ir lá conversar com os profissionais, intersetorial, no caso, nós vamos.” (E2)

As participantes a seguir informam que quando não é possível fazer reuniões presenciais, utilizam-se de contatos telefônicos ou emails, acrescentam que alguns Centros de Saúde já têm agenda de reuniões mensais junto com os profissionais da educação e que essa metodologia facilita o atendimento e acompanhamento dos alunos.

“Quando não dá para fazer reunião com a profissional [da saúde], a gente já conversa por e-mail e por telefone.” (E8)

“Então, com os Centros de Saúde, alguns já apontam um horário mensal para as pessoas se reunirem, a educação e saúde se reunirem, né? Então, por exemplo, aqui no bairro a gente tem dois centros de saúde que fazem isso: tem um, por exemplo, que eu ainda não consegui ir até lá, porque eles não têm um horário de reunião, o centro estava em reforma. Aí com esse eu faço mais o contato por telefone. Agora, por exemplo, Assistência Social: até hoje eu só conversei por telefone.” (E9)

Como referido anteriormente, no Município de Campinas, os profissionais das áreas da Saúde, Educação, Assistência Social e Proteção Civil realizam mensalmente as reuniões intersetoriais por região. Nesses encontros, os profissionais de cada área podem trocar informações acerca dos alunos e das famílias daquele território.

As entrevistadas a seguir informam que nesses encontros são planejadas ações de todos os setores para o atendimento das demandas dos alunos e das famílias, entretanto, nos excertos é possível inferir que as definições são tomadas a partir de decisões dos profissionais da saúde, o que reitera as influências do Modelo Biomédico e da legitimação do saber médico feita pelos profissionais de outras áreas como a educação, o que pode evidenciar que os profissionais da educação tem expectativas quanto a atuação dos profissionais da saúde que podem não se concretizar, podem ainda demonstrar que os profissionais da escola entenderam que a responsabilidade pelos processos inclusivos diz respeito a toda a sociedade, incluindo profissionais de diversas áreas, como educação, saúde e proteção civil etc, desde que exista o respeito às delimitações naturais de cada campo de atuação.

“Em Campinas tem essas reuniões intersetoriais, que a escola faz junto com a saúde, aí nessa reunião participa enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, a escola leva o relatório da criança e aí se discute vários casos, né? Então é falado sobre a criança, como está. Aí na saúde define: “ah, então a assistente social vai fazer visita na casa”, “então vamos chamar a família para uma orientação. ” (E4)

“Então na segunda segunda-feira do mês, tem intersetorial, levamos todas as demandas da escola e conversamos com os profissionais da saúde, principalmente com a psicóloga e a pediatra. Em alguns momentos, tem representação do CAPs, na pessoa da fono ou algum enfermeiro e aí tem essas reuniões que a gente chama de matriciamento, para organizar, para ver o que vai fazer, quais encaminhamentos são possíveis de se fazer. ” (E5)

A participante 6 ressalta que tem tido uma boa experiência com a atuação em parceria com os profissionais da saúde devido às reuniões intersetoriais e que essa tem favorecido o atendimento das demandas dos alunos.

“Por mais que a maioria das pessoas falem mal em relação à saúde, aqui eu estou te falando da minha realidade: eu tenho reuniões intersetoriais uma vez por mês com a equipe de saúde

do posto e, assim, eles são o nosso braço direito. Eu posso dizer que é uma parceria funciona muito bem. Acho que de uns 4 anos para cá, a gente está com uma equipe fixa no posto de saúde, que a gente tem conseguido desenvolver um trabalho bem legal. Então, assim, durante o ano todo, toda segunda-feira do mês, eu tenho a reunião intersetorial com a psicóloga e a pediatra do posto, onde a gente discute aqueles casos que preocupam a escola. Por exemplo, uma criança que precisa de fono, então a gente discute o caso dessa criança; uma criança que a professora não está dando conta do comportamento dessa criança, a gente não sabe o que é, precisa ver se essa criança passa por alguma agressão em casa ou se, de repente, essa criança não tem comida ou suspeita que essa criança esteja sofrendo alguma agressão física então a gente leva o caso para ser discutido na intersetorial, a gente solicita a visita dos agentes de saúde para conhecer a realidade dessa criança.” (E6)

A entrevistada a seguir ressalta a importância das parcerias principalmente para o atendimento de casos considerados complexos, que demandam possibilidades de trabalho que não estão na discricionariedade da atuação dos profissionais da educação, como a prescrição de medicamentos⁴⁸ e recursos de acessibilidade, como órteses e próteses.

“Tem todo um trabalho da rede com a intersetorial, professoras de Educação Especial vão nessas reuniões, conversam, aí tem médico que participa dessa, tem outras ONGs que participam, CAPs também. Então envolve todos esses profissionais e é importante, dependendo do caso que você tem, você precisa de ajuda de outros profissionais para resolver, porque sozinha, às vezes, a escola não dá conta.” (E11)

Pelos excertos selecionados é possível inferir que a atuação das professoras de Educação Especial desse contexto não está restrita ao atendimento dos alunos com AFEC de caráter permanente, embora esse seja um dos pré-requisitos para tornar-se um aluno público alvo da EE, nota-se que as docentes atuam também em função de suporte aos docentes titulares de turma, na interlocução com a família e com profissionais de outras áreas em casos de alunos não caracterizados, mas que necessitam de um suporte adicional.

⁴⁸ Mais adiante serão apresentadas as considerações das participantes sobre a medicalização do ensino.

A seguir, identificamos as considerações feitas acerca do diagnóstico/laudo. Nesse contexto, segundo as participantes, o laudo médico ainda é obrigatório para o provimento de respostas educacionais, como demonstrado a seguir:

“O laudo médico é obrigatório para o atendimento da Educação Especial. A gente pede um laudo médico para colocar no prontuário e inserir no sistema. E é com base no sistema que a gente faz o lançamento desses alunos, e, a partir disso, o núcleo de Educação Especial que vai determinar quantos professores são necessários para atuar em cada escola. Acho que quando a gente chega numa escola e não conhece ninguém, é importante você ter esse documento, saber quais são os alunos, quais as deficiências. Mas ele não pode ser determinante, né? Ele é o ponto de partida para você começar a conhecer. Depois só quando, na interação com o aluno, ali na sala de aula, que você vai conseguir, de fato, saber quem é. E aí, assim, esse laudo fica num segundo plano.” (E1)

A participante 1 informa que a princípio o laudo médico é importante para definir o público alvo da Educação Especial, contudo, após o conhecimento de quem é o aluno, como aprende e interage no contexto escolar, esse documento deixa de ser a melhor baliza para o planejamento de ações.

A exigência desse documento por parte do poder público pode ser extremamente excludente com aqueles que por inúmeras questões não consigam acesso ao laudo, ao mesmo tempo em que estimula uma supervalorização desse registro e reforça a dependência dos profissionais da Educação aos profissionais da Saúde, como demonstrado nos procedimentos das três esferas de poder (Apêndice 4) que disciplinam os critérios que definem o direito ao suporte da Educação Especial, nesse contexto o laudo médico é condição indispensável para que o aluno disponha desse recurso pedagógico, como será demonstrado nos excertos a seguir:

“A gente tem a obrigatoriedade da prefeitura, para inserir a criança no sistema, para ela ter acesso ao que a Educação Especial, ela tem que ter um diagnóstico, tem que ter o laudo, é difícil, por exemplo, então a criança que a família não consegue levar, não tem acesso à saúde, você sabe que a criança tem uma dificuldade, mas que por outras questões, ela não consegue chegar no diagnóstico, ela fica sem o atendimento. Então a criança, ah, ela não é deficiente físico, mas você vê que ela tem o atraso motor, que a escola não é acessível para ela. Ela não vai poder ter acesso a nada? Nem um auxílio para descer as escadas, porque ela não é deficiente, ela não tem um laudo! Então isso acaba interferindo negativamente para a criança, até

porque a escola que não está sendo acessível para ela, né? ” (E4)

“Infelizmente é política da rede do Município de Campinas: para o aluno ter acesso a um transporte, a um cuidador, a um atendimento numa sala de recursos, infelizmente ele tem que ter um diagnóstico, é obrigatório. Aqui na escola, a gente não fica preso ao diagnóstico para oferecer um atendimento diferenciado para esse aluno, mas, por ser política do Município, o diagnóstico acaba sendo algo importante para ele poder obter os recursos além da escola. ” (E6)

“De acordo com o MEC os alunos já podem ter o apoio do professor de Educação Especial mesmo sem ter o laudo. O que acontece? Por que o professor de Educação Especial fala tanto de ter um laudo, para ter um acompanhamento? Primeiro que para a gente conseguir outros serviços, além da Educação Especial, como um cuidador, como, às vezes, até um material diferente aqui na prefeitura, a gente precisa ter o laudo. Então a gente acaba pedindo para a área médica, faz os encaminhamentos, pede avaliação dos médicos. ” (E12)

Diferentemente do que preconiza a nota técnica MEC/SECADI 04/2014 (123) que orienta os sistemas de ensino a não condicionar o oferecimento de respostas inclusivas à apresentação do laudo médico, as participantes informam que esse documento ainda é obrigatório para a definição do público alvo de medidas inclusivas como a EE. Contudo as participantes apontam que o trabalho não deve ser guiado apenas pelo diagnóstico e sim pela observação de cada aluno, sendo o laudo paradoxalmente uma obrigação para fins de registro nos sistemas e consequente disponibilização dos recursos necessários para a Inclusão dos alunos considerados público dessa modalidade de educação.

A participante a seguir informa acerca de um outro viés para a compreensão da importância do diagnóstico médico. Segundo ela, na ausência do diagnóstico, muitas vezes os alunos acabam sofrendo com estigmas e preconceitos, quando familiares e professores têm acesso ao diagnóstico acabam por entender muitas características dos alunos e aceitar a diferença com mais facilidade, o que também ajuda na proposição de estratégias diferenciadas, o que sugere que o diagnóstico, em alguns casos pode constituir um fator de proteção para os alunos.

“Eu acho que antes mesmo do diagnóstico as pessoas já observam algumas diferenças em algumas crianças que acabam ficando mais evidentes conforme crescem... eles já

ficam... é claro para todo mundo, todo mundo consegue perceber que alguns têm umas certas dificuldades e aí sem o diagnóstico, ele fica assim: “não, o fulano é burro”, “ah, o fulano não aprende”. Com o diagnóstico, pelo menos em relação à família, as famílias, às vezes, cobram demais do aluno, só que a questão é dele, ele tem mesmo uma deficiência, não é porque ele não quer, é porque realmente há uma defasagem, ele tem mesmo ali uma certa dificuldade, uma coisa que ele vai levar mais tempo para conseguir certas coisas. Então eu acho que o diagnóstico ajuda principalmente na questão da família, como também em relação aos professores, porque também ficam achando que o aluno não está a fim de nada, não quer saber de fazer. Enfim, ele tendo o diagnóstico, o professor tem um olhar diferenciado para ele também, não só o professor, como a família e aí dependendo do tipo de diagnóstico, também a gente já envolve toda a comunidade escolar, todo mundo já fica sabendo, já conhece como é o aluno, já tem essa compreensão para poder evitar certas situações.” (E10)

Dessa forma, o diagnóstico médico pode auxiliar no planejamento da ação pedagógica, em alguns casos, a partir do conhecimento das características ligadas ao funcionamento das estruturas e funções do corpo do aluno, os professores podem estruturar o ambiente e respostas pedagógicas de modo a atender as necessidades dos alunos, promovendo aprendizagem e participação com respeito às características individuais. A escola pode ainda auxiliar na orientação das famílias para gerar melhores condições de aceitação do filho real.

“As pessoas falam: “olha, se você ficar muito fundamentada no diagnóstico, de achar o que ele não faz, o que ele não é capaz de fazer, não é para isso o diagnóstico”. Vem de um médico e depois você faz toda uma avaliação dentro da escola, para saber o que, realmente, esse aluno necessita, como ele aprende, qual caminho que a gente tem que seguir com esse aluno, o diagnóstico te orienta sim. Então, às vezes, por exemplo, na área da deficiência visual, o diagnóstico vai te dar toda a direção de que tamanho de letra aquele aluno precisa, qual recurso ele vai precisar, vai ser braile, não, vai ter que ter uma lupa eletrônica... mas isso não é só na área da deficiência visual, em relação aos outros, vai precisar da comunicação alternativa... Então, o diagnóstico, ele te direciona e essa avaliação que você faz para o planejamento te mostra quais caminhos, quais estratégias você vai ter que trabalhar, o que você tem que priorizar e aí, assim, a gente fala muito da questão de adaptações. Nós estamos discutindo muito na rede essa questão de adaptação curricular. Nós estamos hoje falando de adequações ajustáveis, porque, assim, é entendido que a adaptação reduz, então ter ajustes necessários nesse conteúdo, nesse planejamento,

porque o professor tem o planejamento dele da aula. Então é preciso fazer alguns ajustes nessa aula, nesse conteúdo, para você atingir essa criança. O diagnóstico é importante, não para dizer o que o aluno pode ou não fazer, mas sim para direcionar o trabalho, para você fazer essa avaliação e saber qual caminho tomar. Então, às vezes, chega um relatório, só para te dar um exemplo da área de deficiência visual, tipo assim, aluno com visão subnormal, só, encaminha para sala de recursos. E aí, e as outras coisas que a gente precisa? A gente precisa saber qual é a acuidade visual dele, porque a partir dessa acuidade visual, a gente sabe para que tamanho de letra vai adaptar. A gente precisa saber se foi prescrito um recurso óptico ou não óptico, uma lupa eletrônica, alguma coisa, e não vem isso. E nas outras áreas também, acho que poderia ter uma conversa mais de perto com a saúde, com os médicos, que estão dando os relatórios.”
(E11)

Conforme observado no excerto anterior, o relatório médico pode ser facilitador da comunicação e intervenção com outros setores, como a saúde, entretanto essa conversa precisa ir além dos laudos que se restringem a tipificar características entendidas como desvantagens. Possuir esses documentos facilita a interlocução com os diversos intervenientes que atuam com os alunos, contudo como informado por uma participante alguns profissionais agem com preconceito com alunos que apresentam dificuldades nos processos escolares ou que possuem alguma AFEC de caráter permanente.

“A gente pede bastante o laudo, por quê? Senão alguns profissionais [da saúde], professores, geralmente de sala de aula, acham que todos os alunos têm deficiência, e, às vezes, eles não têm uma deficiência, eles têm uma dificuldade, que pode ser superada com alguma estratégia diferenciada, [e não ter uma] deficiência, acabam rotulando. Muitas vezes, essa dificuldade que eles têm é uma dificuldade apenas de aprendizagem e é temporária, ela vai passar de acordo com o ritmo diferente, com o tempo, com os estímulos, vai passar.”
(E12)

Contudo, na perspectiva de outras participantes, possuir um laudo médico pode estimular a geração de preconceitos e estigmas, já a entrevistada 12 discorda dessa concepção. Segundo ela alguns profissionais ao constatarem que determinado aluno possui um laudo médico, acabam por motivar-se mais ainda e procuram estratégias diferenciadas para alcançar os objetivos educacionais. A participante 2 salienta a importância de conhecer como cada aluno responde aos processos escolares.

“Eu creio que o laudo atrapalha. Seria favorável quando a gente sabe a situação da saúde, do que a criança tem, né? A limitação dela para entender. Mas o laudo atrapalha. Deveríamos pensar antes do laudo, do CID, deveríamos pensar em como a criança responde, né? O CID atrapalha sim, eu creio que atrapalha e traz estigma, porque os alunos percebem que o seu coleguinha não alcança as coisas como ele, eles já chegam do lado e falam: “senta aqui comigo para eu te ajudar”. As crianças não têm essa dificuldade de limitar. Mas, ao passar do tempo, como a gente sabe que a nossa mente é plástica, é elástica, que pode desenvolver de repente coisas que... desenvolver a área que os médicos disseram: “vai até aqui”, não vai, né? Eu acredito que atrapalha sim, principalmente para o futuro da criança.” (E2)

“Então, eu acho assim: alguns [referindo-se ao laudo médico] a gente precisa saber sim. Não que a gente vá fazer um trabalho em cima do laudo fechado, não é isso. Mas, por exemplo, eu tenho uma aluna de baixa visão e eu preciso saber o quanto que ela enxerga, né? Porque através do quanto ela enxerga, é o que eu vou adaptar para ela conseguir fazer a atividade. O menino que é cadeirante, que ele tem, por exemplo, uma Mielomeningocele, que ela tem uma protuberância para fora. Eu preciso saber o quanto isso vai influenciar na cadeira, se eu vou poder colocá-lo no chão do parque junto com os colegas da turma.” (E3)

“A gente tem a obrigação com a prefeitura, a gente tem que ter o laudo para inserir no sistema, até pelo recurso, mas como prática mesmo de professor em sala, a gente acredita que o laudo mesmo, em si, não é o que define o que o aluno precisa ou não, se a gente vai intervir ou não. Então a gente acaba, sim, intervindo com todo mundo, mesmo sem laudo.” (E4)

“Eu acho que o laudo estigmatiza a criança. Tem alguns professores que falam: “ah, mas é porque ele tem autismo, então ele não vai aprender, ele não vai conseguir”, e, às vezes, nem tentou. Mas também tem profissionais que falam: “ah, agora ele tem esse laudo, então ele não fala ainda, ele tem autismo e não fala ainda, ah, então a gente tem que pensar em alguma coisa diferente”, aí motiva a pensar em alguma coisa diferente. Outros se acomodam, falam: “ah, ele não vai aprender mesmo, olha só, sabia que ele tinha isso, por isso que ele não estava aprendendo”, não era porque ela não estava fazendo uma prática diferenciada, era porque ele tem a deficiência e não estava aprendendo por isso mesmo. E outros não, outros já motivam: “ah, veio isso, eu vou ler sobre isso”, “ah, eu li tal reportagem, tal bibliografia e agora eu posso trabalhar de tal jeito com ele”, então depende de quem recebe esse laudo, da escola que recebe.” (E12)

Embora o atendimento educacional tenha natureza pedagógica e não clínica, pelas considerações feitas é possível inferir que o diagnóstico médico e a atribuição de um laudo/ CID, embora controverso, pode funcionar enquanto suporte para a ação pedagógica, visão expressa na Nota Técnica 04/2014 (123) e endossada pelo Glossário da Educação Especial (124) elaborado pelo Ministério da Educação Brasileiro, contudo também oferece riscos ligados à patologização e estigmatização que precisam ser objeto de resposta por parte das escolas para não se traduzirem em preconceito ou na redução do investimento pedagógico no aluno que possui o laudo.

Contudo, as escolas e seus profissionais devem tomar muito cuidado para que o laudo ou ausência dele não se torne uma barreira ao atendimento pedagógico dos alunos, sustentando visões segregacionistas e justificando a ausência de atendimento adequado por não possuir formação específica/ estrutura/ material/ pessoal ou de não fazer um trabalho coerente por não saber o que fazer, deixando alunos à margem dos processos.

A seguir, a participante 4 aponta para a importância de a escola promover as mudanças estruturais necessárias para o atendimento de todos os alunos, segundo ela, mesmo que o aluno não tenha o laudo, a escola deve promover as mudanças no ambiente para atender a todos nesse contexto o laudo também surge como um documento que fundamenta as solicitações de mudanças nas estruturas físicas, recursos materiais e humanos.

“A gente tem uma aluna que não tem laudo nenhum, mas ela tem um atraso motor na perna, as pernas mais curtinhas e a escola tem escada, então o problema é nosso, se a escola não tivesse escada, ela não precisaria de auxílio nenhum. Lá embaixo não tinha rampa para acessar o parque, mas ela não consegue descer aquelas arquibancadas. Então a gente que está fazendo com que ela seja uma deficiente na escola. Então tem várias questões que são difíceis, não é um laudo que vai resolver. Só que aí a gente liga, a gente pede autorização, a gente faz todo um relatório, porque a gente não pode também inserir nada no sistema sem autorização, sem ter o registro, porque essa é uma obrigação que a gente tem pela prefeitura. Mas a gente tenta fazer, porque o problema não é do aluno, o problema é nosso, enquanto ambiente. Então, na verdade, o laudo vem com essa questão de: o aluno precisa estar inserido para usar a sala de recurso, para o professor poder adaptar o material, para o professor poder encaminhar, para fazer as pontes com a instituição, para encaminhar para a instituição e até para solicitar adaptações nas estruturas físicas” (E4).

A contribuição da participante 4 demonstra a importância que a reflexão proposta pelo Modelo Social atingiu nos contextos escolares. A participante deixa claro que a deficiência não é da aluna e sim da estrutura escolar que não consegue promover as adequações necessárias a plena Inclusão daquela aluna devido à forte influência que o Modelo Biomédico ainda oferece aos sistemas escolares. Segundo a participante, como a aluna não possui um laudo médico, o poder público nesse contexto não realiza as obras estruturais no espaço físico da escola, fazendo com que a acessibilidade física seja uma barreira para a Inclusão da aluna.

C – Considerações acerca do trabalho intersetorial

Nessa subcategoria foram catalogadas as informações acerca dos benefícios de uma abordagem intersetorial que integre profissionais da educação e saúde, ressaltando a importância de orientações conjuntas às famílias, o que confere maiores ganhos aos alunos na percepção das participantes. Entretanto informam que existe uma interdependência entre as áreas profissionais que atuam conjuntamente para a orientação das famílias, subjaz às contribuições a seguir, novamente, a expectativa de “orientação” que profissionais da educação tem em relação aos profissionais da saúde, como se esses fossem detentores de um conhecimento “salvador”, o que pode evidenciar influências do Modelo Biomédico.

“Eu acho que fortalecer essa rede de saúde/assistência/escola/proteção civil é muito importante, se cada um trabalhar no seu cantinho, a gente não consegue fazer a ponte, né? E acho que com certeza os alunos se beneficiam com a atuação de vários profissionais tratando de temas que são da convivência deles, que estão latentes e que talvez a educação não consiga dar conta. Com certeza a saúde agrega.” (E1)

“Então eu acho que a conversa com a saúde é importante, porque a gente acaba juntando as informações, tendo uma orientação um pouco além da educação, mas a gente acaba dependendo também da saúde e eles também da escola, porque se a gente não tem a parceria, a gente não tem como caminhar com a família, porque, muitas vezes, a família vai para a escola, para a reunião, e fala: “olha, eu estou aguardando uma consulta faz tempo, não me chamaram”. E aí a gente vai lá na saúde,

conversa e eles conseguem agilizar essa consulta com a família.
” (E4)

As entrevistadas ressaltam o caráter formativo dessa rede de parcerias. Uma vez que os profissionais da saúde possuem formação especializada em aspectos específicos da saúde, dos alunos e os profissionais da educação possuem a capacidade de observar o aluno em interação com pares e com os objetos e demandas da vida, os olhares de ambos os setores podem se complementar em torno da realização de intervenções mais atentas às especificidades dos alunos, das famílias e dos ambientes.

“Eu acho que uma parceria para a formação é legal, acho que para os professores era importante uma formação sim: “então, olha, vamos trabalhar as questões do autismo, então, o que é? Quais são as formas de intervenção que a gente tem? E aí cada professor possa ter o seu tempo para pesquisar e ver de que forma ele acha que é a melhor intervenção, até porque a gente não é especialista, né?” (E4)

A contribuição da participante anterior reitera a relevância para o campo da Educação Especial do “conhecimento especialista”, definido por um saber técnico do campo da saúde, capaz de trazer soluções para a presença e aprendizagem do “diferente” na escola, destoando dos princípios da Educação Inclusiva, na qual todos devem trabalhar para inclusão de todos e de cada aluno, não aguardando a ação dos professores de Educação Especial ou dos profissionais da saúde.

A participante a seguir evidencia a relação entre o trabalho individual feito pelos terapeutas em ambiente clínico e pela escola no coletivo, informa ainda acerca da importância do trabalho em parceria deixando o exemplo do suicídio, segundo ela para saber lidar com essa importante questão de saúde pública que aflige adolescentes e até crianças em todo o mundo, sendo uma importante questão de saúde pública é importante a parceria com os profissionais da saúde.

“A escola sempre em parceria, em contato com o pessoal da saúde, recebe orientação, você observa alguma coisa, leva para o terapeuta, está sempre junto, porque aí trabalha lá o individual e você trabalha aqui o coletivo. Esse ano, a gente teve uma ação de um profissional da saúde, um psicólogo, que veio até a escola conversar sobre suicídio tanto com os alunos, quanto com os pais e professores e foi bem legal, porque até muitos pais e até professores encaram isso como: “ah, quer chamar minha atenção, não tem nada para fazer, vai estudar”, então é bem complicado.” (E5)

“A gente tem muitos pedidos de encaminhamento para fono, por exemplo. Então as professoras começaram a falar: “ah, mas o que a gente tem que observar numa criança, o que é normal, o que não é, para eu encaminhar essa criança para a fono? ”. Então qual foi a estratégia que a gente fez aqui na escola? Nós trouxemos uma fonoaudióloga, uma profissional da Policlínica, e ela fez uma palestra para os professores num TDC. Então, sempre que possível, o tema de interesse levantado pelos professores, se eu não dou conta de esclarecer, a gente busca parcerias entre os profissionais da rede, para virem conversar.”
(E6)

As contribuições das participantes anteriores permitem refletir sobre a relação entre os profissionais da educação e da saúde no campo da inclusão escolar, se são pautadas exclusivamente pela hierarquia entre essas áreas ou se existe uma espécie de delimitação de campos profissionais que em algum momento se interseccionam para a efetivação do propósito que os une: o atendimento aos alunos e a promoção dos Direitos Humanos nas áreas da Educação e Saúde.

Entretanto, as participantes anteriores, assim como outras já referenciadas utilizam termos como “orientação” e “assessoria”, o que motiva os seguintes questionamentos, dentre outros que podem ser feitos: Por que os profissionais da escola clamam por orientação e assessoria? O que a escola faz com a “orientação” que recebe dos profissionais da saúde? Por que essa orientação é importante na percepção das participantes? Essa orientação marca um processo hierárquico entre as duas áreas de saberes ou trata-se de uma espécie de delimitação de áreas profissionais que devem construir formas colaborativas de atuação? Quanto os profissionais da educação submetem dos seus processos aos profissionais da saúde? Pergunta-se ainda o que os profissionais da saúde fazem com os relatos descritivos sobre a aprendizagem, interação e desenvolvimento dos alunos feitos na escola? De certo modo, essas são questões complexas que conclamam um estudo específico e aprofundado. Contudo, a partir da análise dos excertos selecionados, pode-se inferir que uma das finalidades dessa troca de orientações é a promoção de processos inclusivos mais próximos das necessidades e potencialidades dos alunos, infere-se ainda que esse é um processo em construção, que envolve inúmeras tensões e disputas para as duas áreas profissionais.

A participante a seguir reforça que o olhar da escola para a criança não pode se restringir aos aspectos cognitivos, e que por meio da parceria com os profissionais da saúde são proporcionadas formas de atendimento em parceria capazes de melhorar a qualidade de vida dos alunos o que, provavelmente pode gerar implicações na aprendizagem, participação e interação desses na escola, evidenciando a realização de ações direcionadas ao cuidar intrinsecamente vinculado ao educar realizadas pelas escolas objetivando a promoção do acesso aos serviços da comunidade, efetivando assim a realização dos Direitos Humanos por meio de ações de proteção social voltadas às crianças e adolescentes aos quais está vinculada.

“Aqui a minha fonte mais direta é a psicóloga do posto. Mas a gente já tem uma rotina de primeiro agendar pediatra, porque às vezes o que acontece: a criança só passou pela pediatra quando bebê e depois nunca mais foi. Então a gente não vê só a questão do emocional, a gente vê a questão da saúde da criança. Então agenda uma audiometria, agenda exame de sangue, agenda uma consulta oftalmológica, odontológica. Então, na verdade, essa criança passa por um check-up.” (E6)

A participante a seguir informa que quando a definição de estratégias e objetivos acontece com a parceria entre profissionais, o desenvolvimento dos alunos é facilitado.

“O que eu vejo de ganho é exatamente isso: olha, qual é o objetivo com esse aluno? Nós vamos trabalhar primeiro o quê? A linguagem? Primeiro é a autonomia dele, independência? O que nós vamos fazer? Então, assim, é traçar objetivos para que todo mundo [referindo-se a profissionais da saúde e educação] esteja junto nesse objetivo e a gente perceba ganho, passe para o passo seguinte, para o seguinte, para o seguinte, e cada um dentro da sua área. Então eu acho que, assim, eu vejo bastante progresso. E vejo também as dificuldades que a gente tem com as famílias que não têm os atendimentos em saúde. Então a gente vê claramente, assim, que a criança que tem esse trabalho junto com a saúde, com os profissionais da área clínica, a fono, a terapeuta ocupacional, psicólogo, psicomotricista, seja o que for, geralmente o desenvolvimento deles é mais acelerado.” (E8)

A entrevistada informa ainda acerca do caráter da generalização do conhecimento, segundo ela proporcionar informação acerca do desenvolvimento dos alunos a todos os professores amplia a capacidade de observação de cada um e de resposta da escola, uma vez que todos os docentes passam a conhecer aspectos

relacionados ao desenvolvimento dos alunos e às formas de interação e funcionamento em determinados contextos.

A participante evidencia ainda a importância de os profissionais da escola conhecerem aspectos importantes de situações que possam afetar a vida dos alunos, conseqüentemente a aprendizagem e participação, para que possam contribuir com ações voltadas para a Promoção da Saúde e do bem-estar, evidenciando o papel social transformador da ação da escola e seu protagonismo frente aos processos de mudança social.

“E quando a gente diz de o professor conhecer esse desenvolvimento, entra uma coisa muito interessante, que é um trabalho com a criança mesmo sem diagnóstico. Então, por exemplo, se o professor percebe que uma criança está demorando muito para falar, né? Independente de ela ter outras características que possam levar ao diagnóstico ou não, qual que é o nosso papel? Encaminhar para quem trabalha com linguagem, um fonoaudiólogo. E aí então a Educação Especial entra junto, né? Vamos olhar. Na verdade, entra junto, para alguns profissionais, muito mais só para uma parceria, mas quem traz a visão é o próprio professor.” (E8)

Na mesma compreensão, a entrevistada a seguir ressalta que a parceria com os profissionais da saúde atribui maior segurança à atuação docente. Segundo ela, os alunos trazem questões que, embora pareçam simples, como realizar a alimentação ou a locomoção, em alguns aspectos são necessárias orientações de profissionais especializados para evitar prejuízos aos alunos e que tendo essa orientação por parte dos profissionais da saúde, a entrevistada se sente mais segura para atuar com tais alunos.

“Traz ganhos sim [referindo-se as parcerias], porque A gente aqui na escola entende mais da parte pedagógica e quando a gente vai até a instituição, a gente tem fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assim, que a gente entende um pouquinho pelo trabalho já de anos e do dia a dia, mas a gente não é o profissional específico para falar sobre isso, né? A gente entende um pouquinho de fonoaudiologia, porque a gente estimula a linguagem das crianças aqui na escola, mas os exercícios em si, a gente não sabe. Então, às vezes, questão da alimentação: “ah, essa criança já pode comer sólido? Eu insisto, eu não insisto? ”, é a fono que vai dizer se ela tem alguma dificuldade de deglutição, se é perigoso eu insistir com algum alimento que é oferecido na escola, se é perigoso ela engasgar. Então eles dão mais segurança na nossa ação aqui do dia a dia,

nessas áreas de saúde, no caso, né? Psicologia também eu acho muito importante. Quando a gente sente alguma dificuldade com a mãe aqui na escola, algum receio com a mãe da criança, “ah, eu não quero deixá-la até tal horário ainda”, a gente vê que a criança tem condição de ficar, a gente vê que é uma insegurança da mãe, então eu entro em contato com a instituição, para a instituição de psicologia trabalhar esse lado com a mãe. Então eu acho que é de extrema valia esse intercâmbio com a saúde, acho que é muito importante.” (E12)

No geral, as participantes ressaltam o caráter de suporte à ação pedagógica que as parcerias com os profissionais da saúde conferem à atuação docente, como exemplo, a participante a seguir informa acerca de dois casos onde a escolha de equipamentos para o atendimento escolar foi feita com a participação de profissionais da saúde, entretanto ressaltaram que é necessário respeitar a delimitação natural de cada área de atuação.

“E eu pedi para comprar um recurso para um aluno, primeiro eu conversei com a fono, porque tem isso também, eu não sou fisioterapeuta, eu não sou TO, para prescrever. Então fui aonde eles fazem, elas indicaram o melhor equipamento, eu pedi para o diretor, o diretor entendeu, comprou e a gente usou.” (E3)

“Então, assim, tipo, o aluno precisava de uma cadeira, a gente estava querendo uma cadeira para ele colocar na mesinha, porque ele só fica na cadeira de rodas. Mas ele tem condições, ele fez fisioterapia e agora está conseguindo sustentar a cabeça. Então o que a gente pensou: vamos colocá-lo na mesa, para ele ficar com os colegas, porque a cadeira dele é maior do que a mesa nossa, né? Para ficar junto, né? E as crianças querem que ele fique sentado junto. Então nós fomos na Pestalozzi, onde ele faz o atendimento no contraturno. E as TOs fizeram uma cadeira para ele, estão fazendo, confeccionando, para colocar na mesinha baixa, que ele vai ficar junto com os outros alunos. Então essa parceria surge para somar, para poder pensar numa coisa para a criança avançar, né? Então é importante, né?” (E3)

Para encerrar essa subcategoria, a participante a seguir informa sobre a experiência de atuar de modo inter e transdisciplinar. Segundo ela, compartilhar as ações de intervenção pode trazer ganhos para o trabalho de todos os profissionais, principalmente para os alunos. Ressalta que existe uma tensão que surge no interior das relações entre os profissionais da Educação e da Saúde, segundo ela existe uma tendência de não reconhecer que o mesmo indivíduo que é aluno em um contexto pode ser paciente no outro e que nem todas as situações podem ser reduzidas à

partes, como se fosse possível dividir os alunos em partes passíveis de serem solucionadas por profissionais especializados, seja, da saúde ou educação.

“Em uma escola que trabalhei, a terapeuta ocupacional, a fono e a fisioterapeuta de uma criança foi conhecer o espaço, ajudar a gente a fazer as adaptações necessárias. Eu acho que nós temos que aprender ainda muito a trabalhar em parceria, a trabalhar em conjunto, dividir esse trabalho e não querer... a educação tem uma característica de achar que o aluno é sempre só dela, então a gente tem que compartilhar esse aluno e o trabalho. O resultado é sempre bom, quando a gente compartilha, discute o caso, conversa, o outro tem sempre a contribuir com a gente, a gente divide aquilo que consegue observar e partilhar com o outro é sempre muito mais produtivo do que um trabalho solitário.” (E8)

A participante lembra ainda que uma atuação conjunta é baseada numa compreensão sistêmica dos processos e oferece a possibilidade de ganhos para alunos, familiares e profissionais de diversas áreas.

D – Dificuldades, constrangimentos e tensões decorrentes da intersetorialidade

Quanto às considerações das entrevistadas acerca dos constrangimentos, tensões e dificuldades com as parcerias com os profissionais da saúde, as participantes informaram alguns fatores que dificultam sua realização, como: 1- Distanciamento entre as áreas profissionais; 2- Excesso de demandas dos profissionais da saúde e falta de pessoal; 3- Morosidade no atendimento da demanda; 4- Disputas de poder entre áreas diversas; 5- Dificuldades na comunicação entre as áreas; 6- Dificuldade em lidar com a categoria médica;

“Eu acho que a saúde está longe da educação, né? A saúde é muito mais técnica. Eu acho que quanto mais tivesse isso [referindo-se ao trabalho colaborativo], seria melhor para eles entenderem que a educação está precisando da saúde e que a saúde está em falta. Muitos problemas nossos da escola se resolveriam muito rápido, se a gente tivesse um apoio, uma psicopedagoga, uma psicóloga infantil, uma fono.” (E3)

Se por um lado, a participante explicita seu anseio por uma parceria de trabalho colaborativo com os profissionais da saúde, por outro deixa clara sua esperança de obter respostas por meio da ação desses profissionais, o que pode

evidenciar uma expectativa de “solução”, talvez de normalização, que pode ser frustrada mesmo se a parceria for colaborativa. A participante demonstra ainda dificuldade para perceber que a ação colaborativa da escola também pode contribuir significativamente para o trabalho dos profissionais da saúde.

Foi também mencionado nos excertos que o distanciamento dos profissionais da saúde se deve ao excesso de demandas desses e a falta de recursos humanos suficientes para o atendimento da demanda, como poder observado a seguir:

“Então eu acho que é difícil isso, a gente não tem essa troca (referindo-se a parceria com a saúde). É algo que a gente não tem proximidade, essa parceria é importante, porém a gente sabe que hoje, igual no posto aqui próximo à minha escola, não tem psiquiatra, não tem psicólogo, porque exoneraram, então a gente não tem para onde encaminhar”. Aí a gente tem o CAPS Infantil, que onde é tem essa avaliação e atendimento, mas para públicos específicos. Então a gente tem isso também, a saúde está com defasagem de profissionais, então a gente acaba não tendo muito esse atendimento, esse laudo, a família continua esperando mesmo. (...). É uma parceria importante, mas que hoje está defasada, a gente não tem um apoio. Você encaminha, fica na lista esperando. Mas a gente acaba nisso, então a gente acaba tendo as reuniões com a saúde, a gente encaminha, faz os relatórios, não tem devolutiva. Então acaba que a gente encaminha, faz a conversa, eles chamam a família e a família acaba aguardando para ser atendida.” (E4)

Na mesma compreensão, outra participante informa que, pela contribuição que dão aos processos, as parcerias entre a saúde e educação precisam acontecer com mais efetividade, embora existam excessos de demanda e falta de recursos humanos em número adequado à necessidade.

“O que eu gostaria de ver acontecendo era a saúde olhar: “o nosso tema que é a Inclusão de uma maneira geral. Eu não posso demorar um ano e meio para dar um laudo para uma criança. Eu não posso demorar um ano e meio para uma criança ir para uma fono. Aquela criança com dificuldade de fala, ela leva aquilo para escrita. Uma aluna que convulsiona com frequência em uma sala de aula, que cria um transtorno para ela, porque ela é adolescente, ela se vê convulsionando, ela precisa de um apoio psicológico, eu vou demorar um ano e meio para pôr essa menina em um grupo para falar da deficiência dela. Então é isso que eu gostaria de ver e acredito que a gente vai conseguir ver sim, a gente tem que acreditar que vai conseguir ver.” (E7)

Embora a contribuição da participante anterior informe acerca da necessidade de maior participação dos profissionais da saúde nos temas relacionados a inclusão na escola, também foram lembradas tensões e disputas profissionais que surgem no trabalho intersetorial, ressaltando que a parceria com os profissionais da saúde não pode acontecer de modo impositivo, que tanto profissionais, quanto contextos de atuação precisam ser respeitados para que as parcerias não se limitem a disputas profissionais.

Tal situação remete ao seguinte questionamento: A inclusão na escola estaria resolvida se essa dispusesse de profissionais de saúde em seu quadro de funcionários? As contribuições das participantes permitem inferir que a ausência do acesso a esses profissionais por parte dos alunos e profissionais da escola gera efeitos danosos, porque não é razoável exigir dos profissionais da escola que conheçam todos os meandros da Promoção da Saúde.

Ressalta-se que os profissionais da escola não devem ocupar o lugar dos profissionais da saúde, nem o contrário, mas é dever da escola trabalhar para a efetivação dos Direitos Humanos e da inclusão para cada um dos alunos, independente de características individuais que apresentem, bem como de seus contextos sociais e que a redução do medo e do preconceito passam pela construção de conhecimento sobre a Promoção da Saúde e Direitos Humanos.

Assim, talvez não seja necessário, nem recomendável que os profissionais de saúde atuem diretamente na escola na perspectiva clínica, contudo o poder público deve garantir condições para efetivação do direito ao acesso à saúde, como defende o acesso à escola. E a efetivação do trabalho intersetorial precisa ser garantida pela política pública, uma vez que na perspectiva holística de compreensão dos processos inclusivos é impossível restringir qualquer um a apenas um aspecto de sua vida, seja a presença ou não do “estar saudável” ou da “aprendizagem”.

Por outro lado, quando não há garantias das Políticas Públicas, abertura pessoal para a diferença e uma delimitação clara da atuação de cada área, as tensões podem se avolumar e o trabalho intersetorial pode perder a oportunidade de ser positivo para alunos, profissionais e familiares, reduzindo-se a uma disputa de saberes e “egos” profissionais, como será demonstrado nos excertos a seguir.

“Então, acho que é importante a gente pensar, porque, depende de onde vêm esses profissionais da saúde e de que forma seria essa parceria. A gente tem tido muitas solicitações de grupos da saúde querendo entrar na escola, só que aí são coisas diferentes. Você observar, você orientar um professor é uma coisa e aí tem essa questão da política, por exemplo, um grupo específico em Campinas quer intervir de uma forma que vai contra a política da rede. Então você está dentro do espaço escolar, como você trabalha? A gente tem muitas solicitações de Grupos Específicos, para entrar nas questões do autista, então a família paga particular o grupo e ele orienta as famílias e quer orientar na escola. O problema é que eles têm uma metodologia de trabalho muito diferente, e aí eles querem que o professor faça, mas não entendem que o contexto da clínica é bem diferente da escola.” (E4)

A participante anterior cita um exemplo de ingerência de grupos ligados a Saúde nas práticas escolares. Segundo ela, grupos específicos que atendem alunos com TEA/PEA tentam transpor abordagens clínicas aos profissionais da escola e que esse tipo de postura não colabora com os processos inclusivos, o que acaba por gerar tensões e frustrações entre profissionais das duas áreas e familiares, situação definida pela participante a seguir:

“Temos o nosso trabalho e nossas prioridades. Temos um trabalho pontual na escola. Ser parceiro é uma coisa, interferir é outra.” (E10)

Na mesma linha, a participante a seguir considera a importância de respeitar as delimitações de cada área de atuação, pois nenhum profissional deve desmerecer a atuação do outro, nem da família.

“Eu só acho que a gente não pode tentar vender varinha de condão e pó de pirilimpimpim para as famílias, porque todo mundo tem o seu papel no desenvolvimento da criança, a escola tem o seu, os terapeutas têm os deles, e eu acho que temos que mostrar para as famílias o nosso papel nesse trabalho, a importância que ele tem e mostrar para as famílias que todo mundo é importante nesse processo, que a criança não pode ficar sem nenhum desses profissionais. E todo mundo trabalha em prol dessa criança e tem que ter o seu lugar nesse serviço, não pode desmerecer ninguém, nem o papel do terapeuta e nem o do professor, porque os professores também trabalham e quando a gente faz o nosso papel bem-feitinho, a família percebe isso. Eu trabalho em conjunto, gosto de trabalhar em conjunto, não vou dizer para a família que o meu trabalho é mais importante do que o da psicóloga, do que o da fono, do que o da TO, porque eu não vou fazer o trabalho dela e eu tenho certeza

que ela não vai fazer o meu, então eu acho que isso aí é importante de ficar bem claro, inclusive para as famílias. E que a escola não faz o papel da família, assim como a gente vive cobrando deles isso e que eles também não vão fazer o da escola, então cada um tem que fazer o seu papel nisso tudo, tem que ficar bem claro isso para todo mundo.” (E9)

Na mesma compreensão e mais especificamente sobre as dificuldades na comunicação entre os diversos setores, para a participante a seguir, o avanço do atendimento da EE tem confundido alguns setores como o judiciário e os próprios profissionais da saúde, que acabam por informar aos responsáveis que a EE na escola oferece uma série de serviços e abordagens que não acontecem de fato no ambiente escolar. Isso gera uma série de tensões entre profissionais e frustrações aos responsáveis, que chegam na escola com uma série de expectativas que não se concretizam com o tempo. Permitindo inferir que não são apenas os profissionais da saúde que precisam entender com base em que princípios e recursos está organizado o atendimento escolar, mas também os profissionais do judiciário.

“Recebi uma criança agora que o pai veio falar que vai tirar do CAPs, porque a escola dá tudo, não precisa do CAPs, um menino autista. Então, assim, exatamente, estão vendendo que a escola tem tudo. Ano passado também, tive uma mãe lá que acreditava que eu era psicóloga, que eu era TO, que eu era psiquiatra, neurologista, que era tudo. Quando descobriu que o atendimento era dentro da sala de aula, a mulher teve um ataque de nervos comigo, ela demorou 9 meses para aceitar a vaga, aí quando ela percebeu que a menina ia ficar dentro da sala de aula e sem o meu atendimento, ela teve outro ataque de nervos. E eles pensam exatamente que nós vamos lá, que a escola, essa escola inclusiva na verdade é uma escola especial, esse é o problema que está acontecendo. Inclusive, com os juízes. Os juízes não têm um conhecimento do que seja essa escola. Eles acreditam que a escola municipal dá todo esse atendimento, porque eles falam para a mãe isso, quando ela vai lá buscar a matrícula, ele fala, porque o Estado está negando, eu estive na APAE e estava o grupo do pessoal e eles estão negando matrícula e alegam que a Educação Especial do Município tem uma série de coisas e os juízes estão acreditando que dentro da escola nós vamos ter todos os atendimentos. E são problemas que vão acontecendo quando alguém fora da escola não sabe o que acontece dentro da escola, é complicado. Eu acho que a gente precisa de todo mundo: pai, mãe, família, vizinhos, terapeutas, entidades, o que puder ajudar, o problema é quando um invade a vida do outro.” (E5)

A participante a seguir concorda com a entrevistada anterior e ressalta a necessidade de a escola promover o trabalho colaborativo com profissionais da saúde, assistência social e judiciário, mas que para isso, são necessários mais profissionais que atuem colaborativamente para dar conta da demanda.

“Eu percebo que a escola ainda precisa avançar em termos de parcerias até no serviço público. Então quando eu acho que tem que fazer essa conversa, essa Integração com a Saúde, Assistência Social e Judiciário.” (E9)

Muitas entrevistadas enfatizaram as considerações que dizem respeito à dificuldade em lidar com a categoria dos médicos. Segundo essas professoras, raramente os médicos procuram conhecer a escola e seus profissionais antes de finalizar diagnósticos, propor medicações ou abordagens terapêuticas mesmo que muitas dessas possam gerar implicações ao trabalho da escola.

“A maioria dos relatórios que a gente encaminha, não tem retorno. Tem quando a gente pede escrito, aí eles retornam, né? Mas o que eu vejo são os médicos muito distantes da escola ainda nessas questões.” (E3)

“Muito raro [sobre a visita de médicos à escola]. Na verdade, vem um receituário, né? O médico já escreve: “o menor, fulano de tal, está sendo avaliado com atraso de aprendizagem e encaminhado para tal órgão”. Então, normalmente, isso é feito no receituário. Quem manda relatório para a escola, completo com toda a avaliação que foi feita são as outras instituições, que têm lá os profissionais para onde ele encaminhou. O médico só dá mesmo relatório com CID, apontando a necessidade e encaminha para um atendimento multidisciplinar e aí esse relatório vem pautando as necessidades. Agora, vamos deixar claro que isso demanda cerca de um ano e meio a dois para acontecer.” (E7)

“Então, acho que acessar os médicos é um pouco mais complicado e, muitas vezes, a gente pede relatório e não vem aquele relatório detalhado. Eles acreditam que a gente não entende muito bem da área médica, pode ser que tenham coisas que a gente não entenda, mas a gente procura... quem está na área da Educação Especial está sempre estudando muitas coisas e está envolvido com isso.” (E11)

As contribuições das participantes anteriores remetem à compreensão de Silva (36), em face de demandas ligadas à manutenção da saúde, o saber médico tornou-se imbuído de legitimação e validação social e científica (o que justificaria a opinião das participantes que informam que os setores da saúde são mais “técnicos

por exemplo), passando a intervir na organização de diversos setores da sociedade, dentre eles, a educação.

Foi também mencionado pelas participantes que a categoria de profissionais mais disponíveis para as parcerias com os profissionais da educação são os fonoaudiólogos⁴⁹, diferentemente dos médicos, que raramente interagem com os profissionais da escola. É possível inferir pelo depoimento da participante a seguir que as dificuldades para lidar com os médicos e a maior facilidade de trabalhar em parceria com outros profissionais da saúde se dá pelo distanciamento que cada categoria profissional tem da escola. No exercício de suas profissões, os médicos raramente visitam as escolas, situação bem diferente quando são considerados os demais profissionais da saúde.

“A fono é mais tranquila, por ser mais próxima, né? Agora, por exemplo, psiquiatra, a gente não consegue ter acesso. Até os neuros, quando a gente encaminha um relatório específico, são poucos que respondem, né? Eu acho que os mais difíceis são mesmo os médicos, porque eles não têm um olhar do contexto escolar e aí a gente faz um relatório e encaminha, mas a gente não tem a devolutiva. Por que a gente fala para o neuro, para o psiquiatra. Nós precisamos que a criança permaneça ali no ambiente escolar e a gente precisa de uma orientação mais específica, a gente não sabe mesmo lidar com isso e cada aluno é de um jeito, então a gente não tem esse retorno do psiquiatra, sabe, por escrito, a gente também não consegue marcar. Então quando não é instituição, por exemplo, quando é médico da PUC, até convênio também, a gente não consegue essa troca, não consegue acessá-los. Então da instituição que atende, a gente consegue, a gente marca, eles vão lá, a gente vai lá, dificilmente eles vêm na escola, mas a gente vai. A gente conversa com a TO, com a fisio, com o psicólogo também.” (E4)

Mais uma vez surge o tema da “orientação” para questões que a escola tem dificuldade em lidar, nesse caso em específico, parece que a participante ou indicia a intenção de que os profissionais da saúde surjam com uma “solução” para a questão da permanência do aluno na sala de aula ou tragam contribuições, sugestões de abordagens que possam contribuir para a ampliação do tempo do aluno no contexto de sala.

⁴⁹ Terapeuta da fala.

Na mesma direção da participante anterior, a contribuição a seguir acrescenta que a qualidade do trabalho colaborativo independente se o profissional da saúde atua na rede pública ou em convênios particulares, segundo esse aspecto se relaciona com a percepção que cada profissional tem acerca da importância do trabalho colaborativo.

“Então se é mais fácil fazer um atendimento com a rede pública ou com a rede particular, para mim isso é indiferente, depende muito mais do profissional. Tem profissional da rede pública que atende a gente [referindo as professoras de EE] muito bem, também dos convênios particulares; e tem aqueles que não querem contato nenhum, nem de um, nem de outro. E aí fica mais difícil, porque daí você entra uma vez, manda um e-mail, faz uma ligação, tal, e as vezes a gente não consegue mesmo esse retorno.” (E8)

Finalizada a apresentação das considerações das participantes acerca das tensões e constrangimentos do trabalho intersetorial, a próxima subcategoria, apresentará a percepção das participantes quanto a medicalização e patologização do ensino, uma vez que essa é uma importante nuance das relações entre os profissionais de cada área.

E- Considerações sobre Medicalização e Patologização

Nesse tópico as participantes relatam o que consideram importante sobre a medicalização do ensino, que na perspectiva de Chagas et al (72) passa por processo semelhante ao da patologização, uma vez que está alicerçada no binômio saúde-doença, como será demonstrado nos excertos que serão apresentados. O tema apresenta alta complexidade e está envolto em uma série de controvérsias como será demonstrado nos excertos, de modo geral, as contribuições das participantes oscilaram entre apontar os ganhos para a aprendizagem dos alunos que utilizam medicamentos e a denúncia dos excessos e das dificuldades em lidar com as crianças por meio de outras medidas, evidenciando grandes riscos envolvidos nesse processo.

“Penso que em alguns casos os medicamentos são realmente necessários para proporcionar estabilidade emocional para a criança, prevenir convulsões, possibilitar que ela consiga se concentrar melhor, aprender. Na escola em que trabalho, temos casos de alunos que tiveram um grande desenvolvimento após

conseguirem ajustarem as medicações. O que não podemos é achar que a medicação por si só será responsável pelas mudanças. É necessário que a criança faça os atendimentos terapêuticos, conte com o apoio da família e da escola. Ressalto que a medicação não é indicada para todos os casos, nem deve ser usada deliberadamente” (E1).

“Considero que deve ser administrado [remédios] com extrema cautela e observação. Acredito que poderia ter uma cautela sobre o excesso da medicalização. As famílias e a escola muitas vezes se utilizam dela como recurso para ficar " livre" das agitações das crianças. Há casos que os profissionais de educação pensam logo no recurso da medicação antes de tentar outro recurso. Então precisamos pensar outras metodologias antes da medicação ou de procurar um diagnóstico” (E2).

“Sobre medicação, eu acho que depende de que tipo de deficiência e que tipo de medicação, então é assim, uma criança que tem convulsão ou epilepsia, ela precisa de medicação para controle, então não tem como não medicar. Mas, por exemplo, uma criança com hiperatividade, que toma muita medicação, tipo Ritalina, ou muito calmante, eu não sei, eu não acho legal. Por exemplo, uma criança muito hiperativa, que não tem atenção, não consegue se concentrar na escola, eu acho que até algumas medicações seriam interessantes para que ele possa estar mais tranquilo para o aprendizado. Mas tem algumas crianças que, às vezes, só com terapia e uso estratégias diferentes já dá resultado. Então eu acho que a medicação é uma coisa muito séria, tem medicação que a criança fica muito dependente daquela medicação, então eu acho que isso aí tem que ser muito bem controlado, muito bem avaliado. Eu tive alunos com muitas epilepsias, muitas convulsões. Então ele tinha que ser super medicado, tudo certinho, porque tem isso também, as medicações têm que ser muito bem administradas pela família, a criança tem menos convulsão, menos epilepsia, porque aí dá para você trabalhar mais com essa criança na escola. Enfim, medicação é uma coisa muito séria, então a gente tem que entender qual é a deficiência, o que ele precisa de medicação. Já vi algumas crianças, com alguns médicos que são adeptos à medicação para tudo e aí eu acho que também não é legal” (E3).

“A gente vê que tem um exagero sim [referindo ao uso de medicamentos pelos alunos] mas tem alguns casos que ainda favorecem, o aluno fica mais calmo, se concentra e consegue fazer as atividades, né? Tive casos aqui de uma aluna que tinha baixa visão e autismo, que ela foi medicada e aí a partir do momento em que ela foi medicada, ela começou a se concentrar, até hoje ela toma essa medicação, ficou mais concentrada, conseguiu fazer as atividades e se desenvolveu. Só que tem caso que a criança em vez de desenvolver, fica muito passiva,

muito apática e aí também não favorece o desenvolvimento dela. Então eu acho que tem casos e casos, tem que ser analisado, a medicação nem sempre é fácil de se adaptar, quer dizer, a criança se adaptar à medicação, os horários que tem que tomar, a quantidade, que a gente vê crianças que... essa mesma aluna, até ela se adaptar, quer dizer, até achar a medicação correta, o horário que tinha que tomar, tudo direitinho, foi tempo, deve ter sido aí um ano, dois anos, para acertar. Então essa é a experiência que eu tenho em relação à prescrição de remédios para as crianças, mas a gente sabe que tem um exagero sim, a criança às vezes está sendo criança e já é indicado, prescrito um remédio para ela” (E4).

Segundo as participantes em alguns casos e quando bem administrados, os medicamentos podem trazer ganhos para a aprendizagem e interação dos alunos na escola, porém demonstram preocupação com seu uso inadequado e excessivo, o que, segundo elas pode causar efeitos inadequados.

Quanto aos objetivos da medicalização, as participantes que:

“O medicamento tem o objetivo de curar ou de aliviar alguns sintomas que as crianças apresentam. Na verdade, eles são usados para trazer o bem-estar para todas as pessoas, mas o que a gente vê? Que é usado um número elevado de medicação, principalmente quando se trata de controle comportamental. Assim quando os alunos, as pessoas recebem os medicamentos apropriados, que estão certos à condição que ele apresenta de saúde e as doses também estão adequadas às necessidades individuais de cada um, eu acredito que a medicação é uma coisa boa, entendeu? Porque é uma forma de ajudar aquele indivíduo naquilo que ele realmente necessita. Esse medicamento estando apropriado não deve atrapalhar a interação, a participação e o aprendizado do aluno, porque esse não é o objetivo, não é para interferir na convivência, no social do aluno e, muito menos, na questão do aprendizado” (E10).

“O remédio, quando bem indicado e fazendo intercâmbio com a escola, a escola mandando relatório para eles [referindo-se aos profissionais da saúde] analisarem como está o comportamento, a família contando também como está em casa, para ele dar uma dosagem adequada, eu acho que tem ganho sim. Na minha experiência, tive caso de crianças autistas que não paravam em sala, a gente não conseguia, mesmo fazendo uso das PECS⁵⁰, das figurinhas de rotina, comunicação alternativa, manejos, não conseguia fazer com que ficasse em sala de aula. Depois da medicação, a criança diminuiu a agitação, no caso esses

⁵⁰ A sigla tem origem na expressão de língua inglesa “*Picture Exchange Communication System*”, traduzido no Brasil como Sistema de Comunicação alternativa e aumentativa.

autistas que têm hiperatividade associada, né? Porque não tem remédio para autista, tem para agitação, para falta de atenção, isso. Eles conseguiram ficar mais tempo em sala e participar e conseguiram ter alguma evolução, como assim: sentar no refeitório e conseguir comer um alimento sentado, fazendo uso de talheres, sentar em sala de aula e conseguir prestar atenção em alguma história, conseguir montar o nome com as letrinhas móveis, coisa que antes não conseguia. Até surgiram algumas palavras pronunciadas, coisas que antes não saíam. Não sei se é só em relação ao uso da medicação ou é todo um conjunto, mas eu percebo alguns ganhos. Eu acho que a medicação não é para a vida inteira, é para um momento crucial de aprendizagem. Mas é que eu acho que está um pouco banalizada essa coisa da medicação, então a criança não para quieta, “vamos medicar”. Está muito banalizado e a indústria farmacêutica lucra muito com isso e os médicos também lucram, então eu acho que está um pouco banalizado sim” (E11).

Assim como nas contribuições anteriores, as participantes também demonstraram preocupação com o uso excessivo dos medicamentos, principalmente aqueles utilizados para controle comportamental, porém evidenciam uma expectativa acerca da “cura” reproduzindo influências associadas ao Modelo Biomédico. Denunciam ainda que o excesso na utilização de remédios pode ter interesses econômicos de grandes laboratórios como pano de fundo.

“Eu acho que não são todos os alunos com deficiência que necessitam de medicamento, eles vão necessitar de medicamento se os comportamentos que eles estão apresentando estão atrapalhando demais o aprendizado deles e antes de tentar o medicamento a gente precisa modificar algumas coisas, tentar modificar o comportamento deles, geralmente a gente utiliza outros recursos antes do medicamento, por exemplo para que a criança acostume com a escola, acostume com a rotina da sala de aula, vai usar figuras para ela saber o que vai acontecer antes e depois, se depois de um ano usando outras estratégias a criança não mudar o comportamento e não conseguir participar das atividades, conseqüentemente não aprender, aí a gente manda relatório para o médico, o médico avalia o desenvolvimento da criança para ver se entra com a medicação ou não.” (E12).

Pelos excertos anteriores, é possível inferir que o uso de medicamentos na escola pode não estar intrinsecamente vinculado à presença de AFEC e sim à dificuldade da escola e de seus profissionais de atuarem com alunos que demonstram comportamentos tidos como desafiadores. Isso permite inferir que existe uma relação direta entre o uso da medicação e o controle de comportamentos dos alunos, podendo

transparecer expectativas de normalização e controle dos indivíduos a partir de expectativas padronizadas na esperança de que todos os alunos reproduzam comportamentos socialmente aceitos.

A participante a seguir informa que a segurança que o médico transmite para a família durante as consultas, também pode interferir na adesão às condutas medicamentosas e terapêuticas propostas.

“Assim, na verdade, eu acho que o médico que indica o medicamento, ele deve transmitir segurança, a confiança para as famílias, os responsáveis pelo aluno, para que haja adesão às condutas que ele prescrever na receita, senão também não vai adiantar, né? Porque se o médico coloca lá uma prescrição e a família não segue, não adianta, né? Então as famílias precisam ser esclarecidas quanto a essa prescrição da medicação e aí o médico também tem que ter essa disponibilidade, se por acaso houver alguma reação adversa que a criança pode ter. Então, assim, é fundamental que o médico esclareça as dúvidas das famílias, explique quais são os benefícios e também quais são os riscos envolvidos no uso daquela medicação, o que pode acontecer com a criança se ela estiver fazendo uso dessa medicação. O que vai trazer de benéfico e o que pode acontecer, essas reações adversas com o uso da medicação, que é justo o que não acontece na maioria das vezes, não é. Algumas famílias não seguem o que o médico está dizendo ou então: “ah, eu acho que o meu filho não precisa, então eu não vou dar”, ou então assim: “eu acho que ele precisa só nesse horário”. Então, assim, a própria família acaba interferindo nessa questão da medicação sem seguir o que o médico realmente prescreveu.” (E12)

Para finalizar, as participantes referiram acerca de possibilidades de ganhos gerados pelo uso de medicações, como: ampliação da concentração, aumento do tempo de permanência em sala de aula, redução de convulsões, maior facilidade com o desenvolvimento das atividades propostas e de rotinas ligadas as AVDs como alimentar-se com autonomia, entretanto ressaltaram que esse recurso deve ser acionado apenas quando todos os demais estiverem esgotados, como mudanças de métodos, atitudes, de abordagens, métodos, reorganização dos espaços e tempos pedagógicos etc.

Informaram ainda que o recurso à medicalização deve ser muito bem avaliado, observado e acompanhado por todos que permanecem com o aluno e que esse nunca pode vir sozinho, devendo estar associado a outras estratégias.

Acrescentaram ainda que esse não deve ser indiscriminado, nem em excesso, criticaram ainda a utilização desse como primeiro método para alcançar os objetivos esperados, denunciando que alguns familiares e profissionais optam pelo uso de medicações como forma de conter comportamentos naturais do desenvolvimento infantil, como a agitação, sem antes fazer um estudo aprofundamento sobre a real necessidade desse recurso, o que remete às contribuições da literatura, quando informa acerca da preocupação com a medicalização do cotidiano (72).

Ao longo do estudo dos paradigmas da Exclusão (ou segregação) Integração e Inclusão foi possível identificar diversos momentos em que o binômio saúde-doença influenciou as expectativas e formas de participação na escola regular ou a exclusão em espaços segregados dentro e fora dela, bem como as formas de atendimento, estratégias e usos dos espaços.

Desse modo os temas em torno da patologização e medicalização marcam uma linha tênue e perigosa para a escola, permitindo propor questionamentos sobre o uso de medicamentos para controle dos corpos dos alunos, para fazer com que estes atinjam os resultados acadêmicos que são esperados, incorrendo até mesmo em patologizar comportamentos típicos do desenvolvimento infantil, para desviar a atenção da dificuldade da escola e de seus profissionais para mudar, adequando métodos e estratégias às necessidades e potencialidades dos alunos.

Por outro lado, os dados permitem inferir que ignorar totalmente a contribuição que o uso desse recurso pode trazer pode ser danoso para o desenvolvimento dos alunos, o que evidencia a importância do trabalho intersetorial e colaborativo, de modo a proporcionar estratégias diversificadas para minimizar riscos e o efeitos nocivos dos excessos de ambas as áreas, produzindo assim melhores efeitos para os alunos.

Contexto português

Para iniciar a apresentação dos dados do contexto português, a participante a seguir informa acerca da complexidade do ato de educar/ ensinar. Segundo ela os alunos convivem em diversos ambientes e neles há sempre adultos que estabelecem diferentes tipos de relações, mas na base, estão todos a educar.

“É preciso uma aldeia para educar. É a aldeia deles [referindo-se aos alunos] são os pais, os irmãos, às vezes os tios, os avós, os cuidadores que estão com eles mais tempo. São os profissionais de saúde e nós. ” (E24)

A – Categorias profissionais que atuam junto a professores

Relativamente aos intervenientes dos processos inclusivos da área da saúde, que atuam em parceria com as professoras, as participantes apontaram para as seguintes categorias: terapeutas da fala⁵¹, terapeutas ocupacionais, psicólogos e fisioterapeutas. Cabe observar que os médicos não foram citados.

“Como os técnicos, não é só os professores, é os professores, os assistentes operacionais, é o psicólogo, é o terapeuta da fala, o terapeuta ocupacional. ” (E13)

“Nas unidades somos um bocado coordenadores de equipa, porque temos o fisioterapeuta, o terapeuta da fala, o terapeuta ocupacional, o psicomotricista, o músico terapeuta, trabalham todos lá umas horas, não é, connosco. ” (E18)

“Temos os técnicos do setor de recursos para Inclusão. A equipa que nos acompanha é formada por uma terapeuta ocupacional, uma fisioterapeuta e uma terapeuta da fala. As atividades são Artes, Musicoterapia e Psicomotricidade. ” (E20)

“Então, as terapias que são dadas, que são disponibilizadas na escola para os alunos são: Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Terapia da Fala. ” (E24)

Infere-se pelas contribuições das participantes anteriores que há uma grande diversidade de profissionais da saúde atuando com os alunos da EE e que esses atendimentos podem acontecer no ambiente escolar em parceria com os docentes, o que pode ser reflexo das políticas públicas de parceria entre os ministérios da Saúde e Educação, com o Programa Nacional de Saúde Escolar. Como referido anteriormente, além das parcerias externas, os Agrupamentos contam com o Serviço de Psicologia e Orientação escolar (SPO).

⁵¹ Fonoaudiólogos.

B - Formas de comunicação e interação entre profissionais da Educação e Saúde

Sobre a organização do trabalho entre profissionais da Saúde e Educação no Agrupamento, as professoras referem acerca das contribuições desde o processo de identificação das NEE, até o planejamento e execução das intervenções. O fato de o estudante ser avaliado por uma equipe multidisciplinar composta a partir de diversas perspectivas profissionais, seja das professoras, dos profissionais da saúde etc, confere maior confiabilidade e validade aos processos, desse modo, as participantes ressaltaram a importância do trabalho colaborativo para a consecução dos objetivos da Inclusão.

“É esta partilha que nós temos, este de Inclusão. Este trabalho de colaboração cooperativo”. (E13)

“A partir da referenciação [referindo-se à sinalização para a referenciação], terá de vir à equipa multidisciplinar. E a equipa é que verifica se a criança é legível⁵² ou não. É, uma equipa multidisciplinar, composta por um elemento da unidade de autismo. Depois, temos uma outra que representa o terceiro ciclo. Depois, temos a coordenadora de equipa que representa o 2.º ciclo. Depois, temos outra colega que representa o 1.º ciclo e jardim de infância. E temos a psicóloga. Somos cinco elementos.” (E15)

“Os colegas, que sejam eles os psicólogos, os terapeutas da fala, os terapeutas ocupacionais, fazem também a sua própria avaliação. Entretanto, juntamo-nos e definimos qual é o trabalho que temos de fazer para cada um. Ou seja, há uma partilha, uma partilha deles como especialistas e partilha de nós como especialistas, para realmente fazer um plano e um programa educativo para cada aluno.” (E13)

Nota-se que para as participantes, de forma mais evidente na contribuição da E13, não há um processo de disputa de poder entre as áreas da Saúde e Educação, e si uma partilha a partir de campos de atuação distintos, o que se relaciona ao planejamento das intervenções direcionadas aos alunos referenciados para a avaliação da equipe multidisciplinar. Segundo as participantes, quando esse planejamento é realizado colaborativamente pela equipe multidisciplinar, dispondo de

⁵² No Brasil, usa-se “elegível”.

informações relevantes de diversas áreas, como a saúde, a educação e a assistência social, aumenta-se a probabilidade de o aluno superar as barreiras e/ou restrições a aprendizagem, participação e interação no ambiente escolar.

“Nós temos aqui uma equipa multidisciplinar, são cinco elementos e discutimos os casos à medida que nos chegam. Portanto, há medida que são referenciados a nós. Portanto, nós pegamos na informação toda clínica e psicológica do aluno, mais a psicopedagógica, fazem-se as avaliações e verifica-se qual é o grau de dificuldade e como a escola pode dar resposta em contexto educativo.” (E13)

“O serviço de psicologia participa muito ativamente também nessas situações. Acompanha os casos, envolve as famílias, etc., mas o processo passa muito pela equipa de Educação Especial.” (E22)

Na mesma direção, as professoras ressaltaram que os profissionais da saúde surgem como parceiros, apoiadores dos processos inclusivos, entretanto a responsabilidade da intervenção fica sob a responsabilidade da ação docente, revelando que as professoras já identificam a necessidade de a escola assumir o protagonismo frente aos processos educacionais.

A entrevistada a seguir informa que a avaliação das professoras do agrupamento em que atua acerca das parcerias de trabalho intersetorial é positiva.

“O feedback que temos dos professores, que é nisto que nos baseamos para fazer esta avaliação, que é feita regularmente, no final de cada período, pelo menos, é feito um balanço sempre do que aconteceu, qual foi o impacto da intervenção dos técnicos. Há, de facto, uma avaliação francamente positiva”. (E14)

“Na grande maioria, os professores [referindo-se aos professores das turmas regulares] são receptivos aos técnicos. Porque é para trabalhar aquele caso em particular com aquele aluno, com quem eles têm muita dificuldade de trabalhar. Portanto, é bom, e sentem-se mais seguros”. (E24)

As participantes também citam as parcerias com instituições ou associações voltadas à promoção da saúde como um ganho. Tal qual o contexto brasileiro, as participantes também ressaltam o caráter de assessoria das parcerias de trabalho com os profissionais da saúde, o que para alguns casos pode gerar maior segurança a ação docente, entretanto diferentemente do contexto brasileiro,

informaram que muitas das intervenções dos profissionais da saúde acontecem no ambiente escolar em parceria com os docentes.

Além disso informam que, por meio das parcerias são ofertadas terapias diferenciadas aos alunos como Hipoterapia⁵³, Cinoterapia⁵⁴ e Hidroterapia.

“A CERCI⁵⁵ tem uma parceria conosco, paga pelo Ministério da Educação. No fundo, é uma assessoria, digamos, através de técnicos especializados, que o Ministério não disponibiliza, vai buscar a estas instituições e pedem para eles prestarem serviços. Nós temos serviços de psicólogos, de terapeutas da fala, de terapeutas ocupacionais, agora falando das pessoas com deficiência, tem um programa chamado “Gaia Inclusiva”, em parceria com as escolas também, que promove Hipoterapia, Cinoterapia, que são muito benéficas, portanto, promove, junto das escolas faculta também horas para cada aluno, de acordo com as suas necessidades e características. Define, o aluno tal vai ter terapias no domínio das artes, pode ser Educação pela Arte, pode ser Hidroterapia, por exemplo, na piscina.” (E14)

“Estando ele integrado na unidade, as escolas têm parcerias com os centros de recursos para a Inclusão, que tenham terapeutas ocupacionais, terapeutas da fala, e aí o terapeuta ocupacional pode intervir junto desses alunos no sentido de os ajudar.” (E15)

A existência do Programa Nacional de Saúde Escolar foi apontada como um ganho, por possibilitar a intervenção direta no ambiente escolar⁵⁶ em parceria com os docentes, a promoção da literacia em saúde e o desenvolvimento de programas voltados para a aquisição de competências sócio emocionais, a promoção da saúde individual e coletiva, da Inclusão escolar, de um ambiente escolar e estilos de vida saudáveis. A participante a seguir informa acerca de alguns temas e objetivos que entrelaçam a atuação das professoras e dos técnicos de saúde.

No quadro das medidas previstas e executadas no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar e de outros programas como o Serviço de Psicologia e Orientação, dentre outros, muitas intervenções em nível dos objetivos comuns das

⁵³ Equoterapia: utiliza cavalos.

⁵⁴ Cinoterapia: utiliza cães ou outros animais.

⁵⁵ Trata-se de uma Cooperativa voltada para a Educação e Reabilitação de Crianças com deficiência intelectual.

⁵⁶ No âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar são designados profissionais, como médicos e enfermeiros, para além de técnico de saúde ambiental, técnico de serviço social, psicólogos, psicopedagogos, terapeutas da fala e ocupacionais, fisioterapeutas e/ou nutricionistas para o atendimento das questões de saúde apresentadas pelos alunos e escolas.

duas áreas são realizadas no contexto escolar. Cabe ressaltar que no caso da psicologia, não se trata de atendimento clínico e sim educacional.

“Temos o Programa Nacional de Saúde Escolar, o programa foi feito em parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e determina que os profissionais de saúde, neste caso, pode ser o enfermeiro, podem até ser outros técnicos - termos os técnicos é fundamental, que podem fazer intervenção direta, a nível dos alunos, ou de qualquer outro foco, tem objetivos específicos, para fazer esse tipo de trabalho, desde a literacia em saúde, a promoção de competências sócio-emocionais, temos também a vertente de um outro documento que foi tornado público no verão de 2017, que é o referencial de Educação para a Saúde, que explicita basicamente quais são as áreas de intervenção, que, portanto, deve haver aquele cruzamento mais importante entre a escola e a saúde.” (E14)

Embora as participantes relatem que existem políticas públicas e orientações que respaldam as parcerias entre profissionais da educação e da saúde, também referem acerca de dificuldades ligadas às formas de comunicação com os médicos, segundo elas uma vez que os horários de atendimento dos alunos são determinados pelos médicos, nem sempre é possível conciliar o trabalho na escola com a possibilidade de estar nas consultas, e que a presença dos médicos no Agrupamento não é habitual, desse modo o contato com esses profissionais se dá na maioria das vezes por meios indiretos, como o envio de relatórios pelos responsáveis, ou por meios diretos como ligações telefônicas e trocas de emails, situação que dificulta a possibilidade de efetivar um trabalho colaborativo mais intensivo, restringindo-se à registros de informes e encaminhamentos, situação bem diferente ao que aconteceu com os demais profissionais da saúde, que acompanham o trabalho na escola.

[Sobre a presença de médicos na escola] “Muito raro. Agora, às vezes, pedem-nos relatórios, eu envio, falo telefonicamente com eles.” (E21)

“(…) não é muito frequente nós termos os médicos, os pedopsiquiatras, os médicos de família na escola. Somos nós que nos dirigimos aos centros hospitalares, somos nós que nos dirigimos aos centros de saúde. É mais fácil termos, por exemplo, os terapeutas que trabalham com eles em contexto de gabinete, fora do contexto escola, connosco na escola. É mais fácil ter, por exemplo, um psicólogo a vir à escola, que segue o

aluno em consultório do que ter, por exemplo, a pedopsiquiatra⁵⁷” (E24)

Devido às dificuldades na interação com os médicos, a comunicação entre professores e médicos geralmente é feita por meio de relatórios que são entregues aos responsáveis para que façam chegar ao destino, sejam os médicos ou professores. Contudo, como lembra a participante 13, muitas vezes esses relatórios são feitos numa linguagem que não facilita a compreensão e a realização de um trabalho colaborativo.

“O pai vai a médica de família marcam uma consulta de desenvolvimento, normalmente é com um médico de Medicina de Desenvolvimento, um pediatra de Medicina de Desenvolvimento, ou um pedopsiquiatra, e eles vão a essa consulta, são consultados e o médico passa um relatório. Por exemplo, pode achar que aquilo que ele tem é... ou faz-lhe uma escala de Griffiths ou faz outro teste qualquer. Normalmente, falam ao nível do coeficiente intelectual, e podem também dizer que tem dislexia. No caso, fazem alguns testes. E mandam um relatório a dizer aquilo que pensam do aluno. Por exemplo, eu hoje vi um que tinha os coeficientes todos da escala. Quem é o quê, quem é não sei que, depois tinha lá uns números, outro era 30, outro era 57, outro era 75 e, portanto, aquilo não diz nada a mim. A única coisa que tinha a dizer era sim, que a menina tinha um atraso no desenvolvimento global. Essa parte é a parte que me interessa, porque depois eu vou ver, de facto, ao fazer a análise, ao fazer a avaliação pedagógica.” (E13)

A participante 13, em sua contribuição informa que costuma considerar os documentos e relatórios produzidos pelos profissionais da Saúde durante sua avaliação pedagógica, mas que não se restringe a esses documentos para a elaboração do planejamento do atendimento do aluno e que a utilização de uma linguagem muito especializada dos setores médicos pouco contribui para os processos educacionais.

“É assim: os alunos, os miúdos⁵⁸ vão lá, não é, portanto, às consultas de desenvolvimento. O médico de família, nós dizemos aos pais que achamos que... imaginemos que a professora da turma acha que o aluno tem um problema qualquer, não é? Diz aos pais que o seu filho está com... ‘eu acho que o seu filho tem dificuldades’, que não estão dentro da

⁵⁷ No Brasil usa-se psiquiatra infantil

⁵⁸ Referindo-se a crianças e adolescentes.

normalidade, e deveriam ir a uma consulta de desenvolvimento.” (E18)

“Enquanto que o professor até tem obrigação de passar o relatório. Pronto, e às vezes existe um bocadinho essa postura, que é uma postura que não faz sentido. Porque eles não sabem de pedagogia; eu é que é que sou pedagoga e eles é que são os médicos. Portanto, eles têm de aprender comigo, assim como eu tenho de aprender com eles. E se eles não admitem que eu tinha uma opinião, eu não posso admitir que eles tenham determinada postura em relação, por exemplo, no relatório a dizer este menino tem que fazer isto, isto, isto ao nível da educação. Porque eu também não vou dizer à medica se ela dá Ben-U-Ron ou se dá Brufen. Porque eu é que sou pedagoga. E, portanto, se não existe esta ligação, se depois existe. Existe muito essa falta de ligação com os médicos.” (E13)

A contribuição da participante anterior evidencia que existem disputas de poder e tensões na interação entre professores e profissionais da saúde o que reitera a importância do respeito às delimitações das áreas de atuação, desse modo, serão apresentadas a seguir as considerações das participantes acerca do trabalho intersetorial.

C – Considerações acerca do trabalho intersetorial.

Foram mencionados ganhos a partir da interlocução entre diversos profissionais e a importância do trabalho colaborativo para os objetivos da Inclusão. Um deles, referido pela participante a seguir foi o compartilhamento de informações entre os profissionais das áreas da saúde e educação, por viabilizar o planejamento, execução e avaliação de ações de intervenção em situações que ofereçam riscos aos alunos, como pode ser percebido no excerto a seguir:

“E, também, no que diz respeito, por exemplo, às doenças de transmissão sexual, a unidade de saúde pública tem a visão a nível de concelho, porque tem a notificação dessas doenças, e com os técnicos é possível ir atuando e percebendo até que ponto algumas das intervenções vão dando frutos e vão dando resultados.” (E14)

Outro ganho apontado diz respeito ao caráter formativo das parcerias, uma vez os profissionais de saúde atuam conjuntamente com os profissionais da educação

no ambiente escolar, uma vez que segundo as participantes emerge um ambiente que favorece a troca de conhecimento entre os profissionais de ambas as áreas.

“É fundamental que o professor consiga identificar que algo no desenvolvimento da criança não está a correr bem, saiba identificar as situações de sofrimento para que eles próprios consigam muito rapidamente, em fases iniciais, dar o alerta de que algo não está bem com aquela criança ou jovem” (E14)

“Aliás, eu também posso dizer o que é que pode estar aqui a funcionar, em casa não funcionar e com o terapeuta não funciona, e funcionar outra coisa diferente. Mas é importante nós falarmos e percebermos o que é que funciona com uns, que não funciona com outros e para depois também percebermos que então é o contexto, poderá não ser a pessoa. Pode ser a pessoa, mas poderá ser o contexto que inibe ou que aquela estratégia possa funcionar, pode se perceber as coisas de forma diferente, mas nós temos sempre e o falar e o refletir em conjunto é muito importante. Até para trocas.” (E24)

No âmbito desse percurso de formação das parcerias, as participantes a seguir fazem a ressalva de que em dado momento, a atuação dos profissionais da saúde na escola esteve um pouco confusa, segundo elas, as professoras tinham a percepção de que esses profissionais iriam replicar o atendimento clínico no ambiente escolar, contudo, na prática, essa visão não se confirmou, uma vez que eles passaram a atuar como uma espécie de parceiros dos professores, e nessa perspectiva acabam por reforçar o protagonismo da ação dos. A participante a seguir informa ainda acerca dos limites da atuação dos profissionais de cada área.

“Os professores das unidades não têm de fazer determinadas coisas. Os meninos que estão nas unidades têm fisioterapeutas. Por exemplo, eu não me ponho a fazer coisas de Fisioterapia. Não sou fisioterapeuta. Aquilo que eu tenho de saber, por exemplo, estive a fazer agora, o que eu tenho de saber é que... como eu devo pegar naquele aluno para o mudar, como é que eu devo pegar nele para lhe dar de comer, quais são os riscos de pegar assim ou assado. Eu tenho de ter tudo descrito: como é que devo pegar, até onde eu posso ir, como é que ele come, mastiga, como é que eu lhe dou de comer para que ele.” (E17)

“Esses terapeutas estão cá para fazer um trabalho com os alunos, mas faz parte das competências deles e eu penso que foram mal interpretados, a dada altura. O que acontece é que se achava [referindo-se aos professores] que eles vinham replicar um pouco o trabalho de gabinete aqui na escola, contudo podem

nos dizer sobre um standing frame⁵⁹ ou sobre um elevador de transferências, é importante que esse técnico trabalhe com os profissionais, com as famílias, e nos diga como é que nós devemos levantar aquele aluno. Como é que nós devemos posicioná-lo, para eles não terem dor também, não estarmos a magoar, para a tarefa ser mais fácil e para nós não contrairmos algumas patologias. Portanto, no fundo, é capacitar os professores. Como é que devem comunicar com ele (referindo-se aos alunos)? Que estratégia podem contactar? Portanto, o trabalho deles [referindo-se aos técnicos] é de capacitadores, mais do que estar ali a trabalhar em gabinete e retirar o menino de dentro da sala” (E24).

As parcerias também são apontadas como ganhos no campo da intervenção social, pela possibilidade que os profissionais da saúde têm de intervir diretamente na residência dos alunos, os profissionais da educação apontam que a interlocução com a saúde pode auxiliar na orientação, acompanhamento e fiscalização das famílias quanto à aplicação correta dos recursos oriundos dos benefícios financeiros a que os alunos fazem direito quando mantém a frequência regular na escola, bem como orientar as famílias quanto às medidas inclusivas adotadas no ambiente escolar.

“Quando a criança vem para a escola constantemente suja, que vem mal alimentada, etc., muitas vezes, essas equipas [referindo-se aos profissionais da saúde da família] também têm de intervir, para as pessoas perceberem que isto não é só um mar de direitos. Também há alguns deveres que têm de cumprir.” (E16)

Pelo carácter complementar que desempenham profissionais da saúde e educação, seja proporcionando cuidados ou ensino aos alunos, as parcerias de trabalho potencializam o protagonismo da escola frente ao desenvolvimento da Inclusão educacional e social, promovendo a Promoção da Saúde, do bem-estar e do exercício aos Direitos Humanos, aspecto que foi sintetizado no excerto a seguir:

“A escola tem um papel central, embora sempre apoiado por parcerias.” (E14)

⁵⁹ Um suporte permanente é uma tecnologia assistencial que pode ser usada por uma pessoa que depende de uma cadeira de rodas para mobilidade.

D – Dificuldades, constrangimentos e tensões decorrentes da intersectorialidade.

A fragmentação das áreas de conhecimento na escola, juntamente com o excesso de conteúdos aos quais os professores titulares de turma devem dar conta ao longo do ano foi apontada como um fator que dificulta a discussão de temas voltados para a promoção da saúde, o que pode ser demonstrado no excerto a seguir.

“A única coisa que eu acho que ainda poderá ser um verdadeiro entrave [referindo-se a parceria entre saúde e educação] é: os professores estão divididos por determinado tipo de conteúdos programáticos. Aos quais obrigatoriamente tem de dar resposta, em tempo recorde muitas vezes. Porque o ano letivo é curto, entre aspas, para poderem cumprir aqueles conteúdos todos. E digamos que depois falta algum tempo para integrar esses alunos ou podermos abordar questões [referindo-se aos temas de intersecção entre saúde e educação apontados no documento: Referencial para a Saúde, 2017]” (E14)

Conforme referido anteriormente, as participantes apontam que os médicos ainda oferecem a maior resistência em trabalhar colaborativamente com os profissionais que atuam diretamente na escola, situação que é apontada como reflexo da sobreposição do status social do conhecimento médico ao pedagógico. Segundo as participantes há poucos médicos que aceitam interagir com outras áreas de conhecimento na busca da ampliação da qualidade de vida e de aprendizagem dos alunos, para esses, segundo elas o saber médico seria superior ao pedagógico, situação que também revela uma certa tensão entre essas categorias profissionais.

“Um ou outro médico já nos aceita, já marcou reuniões connosco. Levamos os nossos casos e vamos realmente falar sobre eles. Outros já não aceitam que vá se imiscuir um pouco no trabalho do médico.” (E16)

“Já tive uma situação, mas foi a única de uma pedopsiquiatra que ia à escola. Atendia os doentes, mas ia na escola uma vez por mês ela reunia-se connosco, ia à sala, na unidade de autismo em que trabalhei. Estava connosco, falava sobre o seu paciente. Nós falávamos sobre o aluno. Mas a maior parte dos médicos não tem essa postura. Há muito aquela coisa de que médico é médico e, portanto, não tem de dar nada, não tem de falar sobre as suas coisas, nem tem de dar contas a ninguém. Neste momento, a dificuldade é com os médicos, sim. Ou nós vamos, por exemplo, à consulta... se o médico autorizar que eu vá à consulta, eu vou. Mas eu para ir a uma consulta do médico, porque eles não dão horas fora do seu horário, eu teria de faltar

à escola para ir a uma consulta. E eu acho que isso não faz sentido. Se é tão importante, se eles têm que atender os seus doentes, eu tenho de atender os meus alunos. ” (E13)

Relativamente aos profissionais da saúde, exceto os médicos, os profissionais da educação informam que é possível considerá-los parceiros da Inclusão na escola, contudo, as dificuldades na interação com os médicos ainda constituem uma barreira para que a parceria entre saúde e educação se efetive. A participante a seguir informa que mesmo que os médicos permitam a presença dos profissionais que atuam na escola durante as consultas, persiste certa indisposição em aceitar a presença destes no ambiente da Saúde.

Ressalta-se que essa é uma situação bastante delicada para todos os envolvidos, uma vez que, se os objetivos para a presença dos profissionais da escola não forem bem delineados e acordados entre as partes, pode ser até mesmo invasiva, pois na consulta médica podem surgir muitos aspectos pessoais e familiares que não dizem respeito à rotina da escola. Por outro lado, as participantes ressaltaram que alguns responsáveis, nesse contexto chamados de “encarregados de educação” sentem-se mais seguros e amparados com a presença do profissional da escola, que acompanha a família com muito mais proximidade do que os médicos.

“Nós conseguimos esse relacionamento mais próximo com os terapeutas. Mas com entidades médicas ainda existe algum afastamento. Mas sentimo-nos... é como se fosse um suporte, porque há sempre coisas específicas que nós não dominamos. Portanto, acabam por ser um suporte bastante grande. Isto terapeutas ocupacionais, terapeuta da fala, fisioterapeuta, porque, se formos a falar dos médicos propriamente ditos, não sentimos esta abertura. Se nós pedirmos para ir às consultas, nós até podemos ir, podemos acompanhar. Não sinto que barrem essa questão, mas há sempre alguma indisposição, não existe aquele contacto direto. Geralmente, o feedback é feito pelos pais, que vão à consulta, trazem feedback. ” (E20)

Entretanto, a participante a seguir faz a ressalva de que quando o assunto é a Intervenção Precoce, a interação entre professores e médicos aponta para um caminho diferente.

“Ainda não os consideraria parceiros na Inclusão [referindo-se aos médicos], mas na intervenção precoce, dos 0 aos 6, sim. Do 1.º ciclo em diante não são assim parceiros. Vou mandando relatórios, vou pedindo informações. Temos conseguido falar

com um ou com outro, mas não a esse ponto de cumplicidade.” (E18)

As professoras informam que os médicos alegavam que não tinham tempo para estarem com eles. Referiram que logo da publicação do Decreto lei 3/2008, a intenção era formar uma equipe multidisciplinar com a presença de médicos, contudo, isso foi inviabilizado pela postura desses profissionais, argumento impossível de ser validado apenas pelos dados aqui apresentados.

“Ao princípio, a ideia era nós termos uma equipa, interdisciplinar com médicos, que nos ajudariam nessa identificação [referindo-se aos qualificadores da CIF]. Claro que isso não resultou. Os médicos começaram logo a dizer que não tinham tempo para reunir connosco.” (E21)

Contudo, apontaram ganhos para os alunos quando o trabalho colaborativo pode ser efetivado com a participação dos médicos.

“Fui inclusivamente com a mãe da criança à médica. Estivemos precisamente a falar e houve uma partilha, uma colaboração entre médico e nós.” (E13)

Todavia, as professoras apontaram que com os profissionais da saúde que atuam na escola a comunicação é facilitada, gerando melhores resultados aos alunos.

“Quando há de fora, às vezes, há contacto com profissionais da saúde. Outras vezes, não. Quando é aqui da escola há diálogo, aliás, esta menina não estava referenciada para a psicóloga aqui da escola. Só estava a ser acompanhada pela psiquiatra fora da escola. E quando se detetou que a aluna estava com problemas familiares muito graves, logo a psicóloga daqui foi chamada. Pronto. Por isso, há diálogo fácil. Eu é que estive a falar com a psicóloga para dizer o que é que se passava. Pronto, e ela lá marcou uma hora para estar com a menina também.” (E15)

As entrevistadas acrescentam que, em alguns casos, a psicóloga da escola consegue fazer um acompanhamento mais intensivo próximo dos alunos, familiares e professores.

“Às vezes, a psicóloga pode acompanhar os meninos à consulta de Psiquiatria, ou de Médico de Família. Agora, os médicos deslocarem-se aqui nem pensar.” (E21)

Acrescentam a ressalva de que com os Centros de Saúde, a articulação acontece mais naturalmente, muito por conta da atuação da profissional de saúde que atua no ambiente escolar por meio do Programa Nacional de Saúde Escolar.

“Já com um sistema de centros de saúde, às vezes, a articulação é mais direta. Temos aqui a enfermeira que vamos articulando. Temos essa ponte que nos ajuda a encaminhar aqueles casos em que nós já fizemos a intervenção e que achamos que é necessária uma avaliação mais médica.” (E17)

Outro constrangimento apontado pelas participantes diz respeito ao baixo contingente de profissionais de saúde designados para a interlocução com a educação. A participante a seguir ressalta a falta de estabilidade dos técnicos de saúde, segundo ela, a importância do Serviço de Psicologia e Orientação começa a ser reconhecida no âmbito das políticas e práticas educacionais, contudo, nenhuma medida que garanta a estabilidade desse trabalho nos ambientes escolares havia sido implementada até aquele momento.

“Este ano [referindo-se ao ano letivo: 2017/2018], houve aqui em termos de política, mais psicólogos a entrar nas escolas. Houve um número de vagas extras, mas são vagas que iniciam em setembro e terminam em agosto, mas chega a 31 de agosto e há aqui um término. Agora, este cariz de estabilidade seria também uma das estratégias a adotar em termos de política. E quando estamos a apostar numa política de prevenção, precisamos de projetos com algum timing, não é no ano letivo. Mas ainda são poucos técnicos para tantos alunos. Para a comunidade escolar que temos.” (E16)

Apesar dos avanços alcançados e dos constrangimentos identificados, parece consenso entre os profissionais de que Educação e a Saúde precisam aproximar-se ainda mais para tornar a educação escolar cada vez mais, o que pode ser percebido no excerto a seguir:

“Tem de haver um trabalho de maior proximidade ainda entre saúde e educação, porque eu sei que não há recursos, nem de tempo, nem de profissionais. Acho que ainda há muito para fazer a esse nível.” (E14)

Para encerrar a apresentação dos dados referentes a esse tópico, a E23, informa que o fortalecimento dos sistemas escolares passa pela parceria entre Educação, Família e Saúde e a participante 24 ressalta a necessidade de uma mudança de postura de muitos profissionais tanto da Saúde quanto da Educação para que o trabalho em parceria possa ser efetivado, gerando benefícios aos alunos, sugerindo que melhores condições de aprendizagem e de Promoção da Saúde surgirão da superação das disputas de poder entre as áreas profissionais.

“Os profissionais de saúde e os profissionais da educação, para além da família, que é fundamental, acho que essa rodinha é fundamental. Os professores, todos juntos, os terapeutas, que também são profissionais de saúde e acho que é necessário que todos atuem juntos.” (E23)

“Nós [referindo-se às professoras] não temos de pensar: ‘ah, que chatice, foi ela [referindo-se aos profissionais de saúde] que sugeriu, não fui eu’. Tretas, não é? Outras vezes serei eu e outras... não. Nós temos de estar porque o que interessa não é o ego de cada um, é o aluno” (E24)

Desse modo, os excertos selecionados permitem inferir que para o campo da inclusão escolar, as relações entre os profissionais da Saúde, Educação e familiares “encarregados de educação” persistem tensões e disputas entre campos profissionais, saberes e áreas de atuação, contudo a participante anterior informa que essa situação pode dificultar formas colaborativas de ação entre setores diversos.

E- Considerações sobre medicalização e patologização.

A exemplo do que foi referido no contexto brasileiro, nessa subcategoria serão apresentadas as considerações das participantes acerca das influências dos processos de medicalização e patologização no contexto escolar português.

“Nós dissemos como é que o aluno estava, a médica queria ver se era necessário ou não a criança tomar uma dose maior ou menor da medicação. Nós, aqui [na escola], achávamos que ele não necessitava de tal medicação, pelo menos não necessitava de tomar mais dose do que ele já tomava. Porque ele estava bem, não havia problema nenhum com ele. E, por isso, não achávamos necessária a alteração da medicação. A médica, perante aquilo que nós dissemos, achou, concordou e, pronto, a criança ficou. Nós ficamos a avaliá-la durante quinze dias e depois comunicamos com ela através de telefone, a dizer que a criança continuava bem, não havia nenhuma alteração, ela estava bem.” (E13)

“Quando educação e saúde trabalham juntas e quando a intervenção precoce funciona, a necessidade de medicalização diminui. Claro está, há patologias clássicas, não é, que nós sabemos que não podemos fugir à medicação, contra factos não há argumentos, como se costuma dizer. Mas digamos que, se calhar, a grande maioria não precisa de ser medicados.” (E14).

“Se falarmos mais nos casos de déficit de hiperatividade, acho que aí seria daqueles casos em que a minha opinião também é... às vezes, é muito mais fácil prescrever uma Ritalina, e ver se as coisas vão melhorando, do que, realmente, fazer aqui uma intervenção na área educacional, na área psicológica, na área emocional, e social, e familiar. Porque leva tempo, não é? Esta área comportamental leva tempo”. (E17)

“Temos alguns alunos que tomam Ritalina porque agora dizem que... no tempo dos meus filhos e no meu tempo não havia destes problemas. Agora, é tudo muito nervoso. Então, eles têm. E há muita gente que toma. Apesar que agora os médicos eu acho que eles estão a ter mais consciência que isso tem problemas secundários graves. E que a coisa está a ser mais moderada. Mas houve aqui uma altura que era tudo com Ritalina, muitos tomavam”. (E23)

“No início do ano, nós tínhamos um aluno, que tem características de espectro de autismo, que estava muito, extremamente agressivo. Auto e hétero agressividade, mas de uma forma muito excessivamente violenta. E nós percebemos que era... tivemos uma reunião com a mãe. Era útil dirigimo-nos ao hospital. E falamos com a pedopsiquiatra. E fomos lá, precisamente, dizer aquilo que às vezes os médicos acham que nós não vamos dizer, que era: não era medicá-lo mais, era retirar-lhe medicação. Porque achávamos a dada altura que também ele tomava medicação muito pesada. E porque não já que se experimenta tantas vezes se ele está mais violento vamos aumentar, porque não retirar e ver o que é que se passa? Ele, realmente, ficou um bocadinho melhor, claro que junto com regras e com outra vez, porque ele também tinha passado um período em casa, mas o caso estava mesmo muito complicado. Ao ponto de ele estar a agredir os adultos aqui.” (E24)

Assim como no contexto brasileiro, as professoras portuguesas evidenciaram que quando existe uma parceria entre os setores da saúde e da educação com a família, os resultados educacionais são melhores. Informaram ainda que o recurso às medicações pode trazer ganhos aos alunos, entretanto demonstraram preocupação com os riscos de seu uso excessivo principalmente para controle comportamental, o que remete à reflexão de Chagas et al (72) sobre o risco de patologizar e medicalizar comportamentos típicos do desenvolvimento infantil, bem como aqueles que se dão nas relações e tensões do cotidiano e na ausência de respostas mais adequadas a situações tidas como desafiadoras pelo saber pedagógico. As participantes concordam quanto à necessidade de utilizar outras

estratégias antes de recorrer aos remédios, ressaltaram que o uso desse recurso deve servir a propósitos, momentos e necessidades específicas.

De acordo com a perspectiva de algumas participantes, quanto mais intensa for a parceria entre os profissionais da saúde e educação, menor será a necessidade de medicamentos, entretanto, à exemplo da realidade brasileira, as professoras também denunciam que algumas vezes, principalmente em casos relacionados ao controle comportamental opta-se pelo uso de medicações antes de tentar outras estratégias.

A percepção das professoras pode ser muito sintomática da qualidade do trabalho efetuado por essas docentes, por outro referida lógica pode ser questionada, uma vez que as próprias docentes lembram que alguns colegas acabam por beneficiar-se do uso exagerado das medicações principalmente para controle comportamental, o que evidencia de forma complexa como o recurso às medicações no contexto escolar é um tema de difícil abordagem, por esse motivo é recomendada a realização de estudos mais aprofundados sobre os limites, ganhos e constrangimentos da associação de medicações às respostas pedagógicas do contexto escolar.

F- Considerações sobre a perspectiva biopsicossocial.

Em face da referência explícita à perspectiva biopsicossocial e à CIF no Decreto Lei 3/2008 que regulamentava a EE na época da coleta de dados, é necessário informar sobre as percepções das participantes acerca desta e do uso educacional da Classificação.

[Referindo-se a perspectiva biopsicossocial]. “Nós temos de ter em atenção, quando fazemos uma avaliação de um aluno e mesmo de um professor que o ser humano tem uma parte biológica, não é? Que tem alguns comprometimentos, por exemplo, eu posso não conseguir andar, quando eu não consigo andar, a escola tem de me proporcionar rampas de acesso ou a sociedade, o governo vem-me proporcionar uma cadeira de rodas, para que eu possa [me locomover]. Pronto, essa é a questão biológica. A questão psicológica, obviamente, o que é que se vai sentir, por exemplo, neste caso já há aqui uma vivência sistêmica disto tudo, não é? Porque se tem um

problema de não poder andar, se tem uma paralisia ou só não andam, obviamente que em termos psicológicos eu também sou diferente, não é? Porque isso também me vai perturbar psicologicamente. E, depois, em termos sociais, afetivos e em todos os aspetos é óbvio que nós não somos cabeça, tronco e membros, somos tudo, não é? Portanto, aí, isso já espera uma coisa completamente a nível de avaliação e de tratamento, e de trabalho, e de escola. Aqui, em Portugal isso é tido em conta já sempre todos os seres humanos são tidos já nessa perspetiva holística, não é? Acho que os professores têm obrigação de olhar para um aluno como um ser humano que tem todas essas coisas e que todas essas coisas estão interligadas e não se pode olhar para uma pessoa sem ver tudo isso” (E13).

“Na prática a perspectiva biopsicossocial surge quando fazemos a avaliação, considerar todos os elementos possíveis, desde a parte biológica, a parte intrínseca da criança, mais o contexto educativo e familiar em que ela desenvolveu as suas capacidades, e depois a relação com a escola, com o ambiente escolar” (E16)

“Acho que avaliar a criança a partir dessa perspetiva biopsicossocial é um ganho sim. É importante, porque não basta avaliar uma criança num contexto. Ela é muito mais que um contexto, não é? Ela, na vida, vai passar por muitos contextos. E, portanto, temos de perceber como é que ela funciona nos diversos contextos e tentar perceber o que é que está a funcionar bem e mal, para poder ajudar as crianças nesses aspetos” (E17).

“Nós devemos avaliar o aluno e a água onde ele toma banho [trata-se de uma analogia para avaliação integral do aluno] não devemos abrir o ralo e mandar-lhe para fora, porque aquela água tem muito suco, não é? A dada altura tem muitas coisas que saíram da criança e que talvez seja importante analisar. Portanto, o biopsicossocial é avaliar o aluno não só de forma geral, o ambiente do aluno, as interações, tudo isto. Não é? Portanto, é ele enquanto ser, não é, pessoal e individual. Mas é ele nas interações com os outros, é ele na interação com o meio, e não de forma unívoca, não é? E o meio com ele, e os outros com ele, etc., etc., portanto, é ser... no fundo, o que nos diz é que nós temos de avaliar o aluno não como só a pessoa e o indivíduo, mas os seus potenciais, a forma como ele interage com os outros, a forma com os outros interagem, como o próprio ambiente interage, as respostas que o ambiente lhe dá, os apoios que lhe são dados, no fundo, de uma forma muito abrangente, holística, não é? É o biopsicossocial” (E24).

As contribuições das participantes retomam a ideia de que a perspetiva biopsicossocial independe da CIF e da presença de AFEC, uma vez que formas de

atuação ancoradas nessa perspectiva precedem o uso educacional dessa classificação, que foi introduzida ao contexto educacional a partir da publicação do Decreto Lei 3/2008, passando a ser utilizada como instrumento de referência para os processos de referência.

Outro aspecto que é retomado pelas participantes diz respeito à responsabilidade da sociedade em promover as respostas necessárias ao exercício dos direitos a todas as pessoas. Segundo elas, partindo de premissas vinculadas a essa perspectiva não basta identificar incapacidades individuais dos indivíduos, como preconizava o Modelo Biomédico. A sociedade deve promover os meios necessários para a inclusão de todos em espaços comuns, não se restringindo meramente à Integração (Modelo Social).

Numa associação ao Modelo Biopsicossocial proposto pela OMS, as participantes referem ainda sobre a necessidade de a escola promover respostas às necessidades e potencialidades dos alunos, uma vez que há uma interdependência de aspectos individuais, emocionais, sociais e educacionais que interferem na aprendizagem, participação e interação na escola. Apontam os ganhos em conduzir o trabalho pedagógico a partir de uma perspectiva mais holística, que considere a interação entre fatores pessoais, ambientais e demais fatores contextuais da vida dos alunos.

G- Considerações sobre o uso educacional da Classificação Internacional de Funcionalidade; Incapacidade e Saúde (CIF)

Na subcategoria a seguir serão apresentadas as considerações das participantes acerca do uso educacional da CIF. Como informado anteriormente, um dos objetivos dessa Classificação é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, bem como descrever estados de saúde e aqueles relacionados com a saúde que envolvam o bem-estar, tais como educação, trabalho, transporte etc. (13).

Como demonstrado anteriormente, no contexto português esta Classificação foi adotada como referência a partir do Decreto Lei 3/2008 como diretriz para os processos de referência (ver anexo 2) aos serviços da Educação Especial, diretriz que foi revista quando da publicação do Decreto Lei 54/2018. À época da

coleta de dados, esse era um tema de bastante repercussão e muita divergência entre as participantes, que ora identificavam ganhos, ora apontavam dificuldades inconciliáveis com a utilização desta no contexto educacional, o que será demonstrado nos excertos a seguir, esse pareceu ser o tema mais delicado a ser discutido com as participantes.

Em face da controvérsia apresentada pelas participantes acerca desse tema, da complexidade e intensidade das contribuições selecionadas, diferentemente do que vem sendo feito até aqui, não haverá inserções do pesquisador entre os excertos, a discussão dos dados será realizada apenas ao final da apresentação dos excertos.

“Ah, mas tem o ponto 3 que é para entrar para a Educação Especial. E assim está-se a desvirtuar a CIF ou aquilo que é ou aquilo que não sei quê. É assim: quase que entramos no... havia o paradigma médico que parecia que os médicos é que decidiam quando é que o menino entrava para a Educação Especial ou não, não era? E nós éramos tidos, e vinha o relatório: ‘ah, meu Deus, ele tem de entrar para a Educação Especial’. E eu vou ser franca, já fiz muitas avaliações a alunos que vinham, o médico já me dizia até que intervenção ia ter e não sei quê e não foram elegíveis, ponto. E, depois, o futuro deu-me razão. Não é? E noutros os médicos também acertam muitas das vezes, porque há casos gravíssimos que sim, têm que ter o apoio, mas nem sempre é válido. Ao nível das funções, estruturas do corpo, para nós acaba por ser importante [referindo-se ao uso da CIF], porque nós vemos quais são as coisas que eles têm fisicamente, não é? Se, de facto, têm problemas ao nível da visão, da audição, na linguagem. Ao nível motor estão em comprometimento. Acho que até é importante haver essa classificação. E, depois, ao nível da atividade e participação, é assim: se ver o relatório e ele está classificado pela CIF, ajuda-nos a perceber que tipo e que grau de deficiência aquela pessoa tem. Eu acho que ajuda. É porque a CIF avalia várias áreas, não é? E, portanto, haveria de existir um contributo de uma equipa multidisciplinar constituída pelo médico, pelo enfermeiro, pelo terapeuta da fala. Ela só está a ser utilizada dentro da escola” (E13).

“A nível da aplicação da CIF, eu penso que há alguma utilidade, mas também tenho algumas reservas. Por exemplo, na utilização da CIF, sobretudo pelos professores do ensino regular, é uma estranheza total, porque, de facto, aquilo é tão especializado, medicalizado, eu atribuir-lhe-ia outros adjetivos. Do ponto de vista científico requer um conhecimento tal que não é possível ser utilizado como uma ferramenta, digamos, pelo

professor generalista. Pronto, isso é um obstáculo. Do ponto de vista referencial, que ele representa, parece-me útil. É útil para os especialistas [referindo-se a profissionais de saúde] terem esse referencial. Do ponto de vista da utilização educacional no contexto da escola comum, parece-me que é um documento que não pode funcionar como referencial, porque ele não é inteligível por parte dos professores. Outra das coisas que também ainda hoje se nota é que para muita gente um aluno entrava na Educação Especial se tivesse ponto 3. Eu acho que o ponto 2 já é tão grave. [risos] Embora diga lá moderado. É que já viram a percentagem de incapacidade de um aluno que tem um ponto 2, para moderado? É que a dada altura eu tenho aqui na unidade pontos 2 em muitas coisas e não são pontos 3. Quando muito para entrar, 'ah, não, não'. Se eu puser aqui o ponto 1, mas o ponto 1 vai até quando? Já deu para perceber? É um quarto de incapacidade, um quarto, um quarto pode fazer moossa. Não é? E estamos-nos a agarrar demasiado a descritores e a códigos alfanuméricos. E, para mim, isto já descredibiliza, porque a dada altura eu vejo perfis, em que eu vejo o aluno a ser capaz de fazer mais do que o ponto 3, que é altamente inibidor" (E14).

"O objetivo que levou à criação da CIF não está a ser utilizado. Portanto, a CIF apareceria aqui como um modelo biopsicossocial, para ser utilizado em todas as frentes, e não apenas em educação. Um professor a ser obrigado a utilizar a CIF, quando o médico não a sabe utilizar, nem sabe quais são os códigos. Na minha opinião, acho que não tem utilidade nenhuma quando a leitura da CIF só serve para os professores e para mais ninguém" (E15).

"A CIF ajuda-nos a quantificar, mas nós nunca iremos saber, há sempre aspetos novos que aparecem todos os dias, da vida destes meninos. Portanto, a CIF, para mim, é um bom quantificador. Ajuda-nos no trabalho, pelo menos, para fazermos, digamos, as associações necessárias, pormos em curso cada situação no seu espaço correto. Mas não é resposta absoluta a meu ver para os alunos que são atendidos. Porque muitas vezes são necessidades que, depois, por exemplo, depende muito também da pessoa, do profissional, que também estiver à frente. Eu posso achar que aquele aluno tem determinadas características, por aquilo que eu vi, e outro profissional não achar tanto. Também tem a ver com a experiência profissional de quem está a avaliar e olhando para o objeto que é a CIF" (E16).

"A CIF partia muito da premissa daquilo que o aluno é capaz de fazer e não das dificuldades. Era isso que se pretendia. Aquilo que eu sinto é precisamente o contrário. Aquilo que lá está indicado é a parte das dificuldades e não das competências, não a parte daquilo que o aluno é capaz de fazer. Depois, parece que

entramos no paradigma quase do ponto 3 da CIF que também ditava e dependia muito do modelo médico. Depois, o que é que aconteceu? É que... claro que isso pode continuar a acontecer, mas olhos diferentes fazia com que um aluno era avaliado aqui pela CIF pudesse ser avaliado de forma muito diferente noutro agrupamento. Portanto, deveria ser um instrumento, não o instrumento. Devíamos retirar de cá essas coisas. Devemos... eu gosto de um perfil descritivo. O que é que o aluno consegue fazer? O que é que o aluno não consegue fazer? Qual é o potencial que... e com uma linguagem que seja acessível a todos aqueles que estão no processo e que convivem com o aluno desde pais e tudo. Eu gosto de pais que percebam aquilo que está lá escrito, não gosto de uma linguagem que seja tão cifada assim. Ela desaparece como um instrumento, mas eu acho que nós podemos continuar a utilizar, até para nos orientarmos na avaliação, porque isso poderá ser... mas junto com outros instrumentos, que depois também nos vão balizar os resultados e ver se ele é mesmo da Educação Especial, ou se só deve ter aquelas. E mesmo provas, e mesmo instrumentos que estejam aferidos, que nós coloquemos no terreno, e que seja importante, não é, utilizarmos, e vemos como é que estão, se são aferidos. Também os próprios resultados já nos dão, não é? E muitas vezes nós pegávamos nisso e, muitas vezes, quando traduzíamos para a CIF, parece que tínhamos de fazer... ou seja, e aquilo que aconteceu foi que muitos instrumentos de avaliação aferidos foram cifados, foram convertidos para a CIF. E a dada altura não sei se isto faz sentido, não é? Mas porque nós tínhamos... quer dizer, fazia porque nós tínhamos de utilizar a CIF. Portanto, depois, tínhamos de perceber isso. E, às tantas, caiu-se em muitos exageros e caiu-se em erros. E, depois, era aquelas coisas, eu lembro-me de fazer formação inicial e o próprio [inaudível], não é, que está na elaboração da CIF, dizia que nós não devemos usar que entre dezoito, vinte e cinco descritores para analisar o aluno. E depois vemos coisas que estão para ali cinquenta, sessenta que é assim uma coisa abismal. Portanto, depois, há outros que respeitam e que é aquilo que é importante, e andamos aqui não sei muito bem a fazer o quê, porque não se entende, uns para o lado, outros para outro. Uns dá, para outros não dá para isto, para aquilo. Pronto” (E17).

“E eu já não falo dos códigos. Falo mesmo nos descritores. Os pais vinham, assinavam uma coisa sem perceber patavina do que estava lá, porque houve pessoas que fizeram aquilo quase que... estava a falar dos biscoitos de limão como receita. Não é? Ou receita médica ou receita culinária. Ele tem comprometidas, não sei quê... as funções de não sei quê, as funções... e aquilo era linguagem cifada. E eu, muito sinceramente, não sei que ganhos é que se tem nessa situação, porque, não é, aquilo não diz nada. Pode dizer ou não dizer

absolutamente nada, a CIF foi muito rejeitada de início. Houve muita polémica. Aliás, a CIF era para ser utilizada tanto na parte docente como na parte médica. Só que os médicos recusaram-se a preencher a CIF. Pronto, aí foi já um constrangimento. De qualquer forma, para nós, enquanto docentes, serviu para termos um bocadinho quase que usar os mesmos critérios. Portanto, em vez de darmos nomes semelhantes, as pessoas começaram a usar o nome que vinha na CIF. Portanto, aí, começaram a ter sempre o mesmo vocabulário e, portanto, a detetar sempre naquela base. E, depois, o facto de ser qualificada com 0, 1, 2, 3 e 4 permitiu que as pessoas por comparação comessem a ver ali onde poderiam assinalar se o 1, o 2, o 3, e, portanto, serviu para uniformizar a linguagem para todos, porque nós aqui, por exemplo, no concelho de Gaia todo, depois, há meninos transferidos e, portanto, assim nós sabemos que aquilo que nós chamamos cá por uma determinada situação, no outro concelho é identificado da mesma forma. Poderá haver alguma discrepância nos indicadores, mas, pronto, aí, também reavaliamos sempre que, por exemplo, eles mudam de escola. Se me chegar aqui uma criança transferida, é reavaliado o processo todo. Portanto, torna a ser visto, para ver se o perfil está atualizado ou não. É assim: eu inicialmente achei que aquilo era um bocadinho mesmo para rótulos e acho que todos nós rejeitamos um bocadinho o processo. Nessa altura, acho que era isso. A ideia é de que ajuda a situar aquela criança no grau da dificuldade. E temos outras plataformas mesmo do Ministério, em que nos obriga a dizer se o aluno tem muitas poucas ou bastantes dificuldades, e nós, através da CIF, pelo 1, 2, 3 e por ali fora, conseguimos logo atribuir, embora noutra linguagem, fazer a transferência e mantermos a colocação da criança com as mesmas características, seja através da CIF, seja com outro vocabulário. Acho que isso que favoreceu. Neste aspeto, acho que favoreceu. A gente por ali, por aqueles indicadores, consegue” (E18).

“A CIF não traz aqui mais nada de valor, muito pelo contrário. Se calhar, ajuda-nos a regular mais o aluno, porque ele, efetivamente, está-se a centrar naquilo que o aluno não é capaz de fazer. Está-se a centrar nas dificuldades do aluno, que não era esse o objetivo. De qualquer maneira, é um instrumento muito difícil de operacionalizar, muitíssimo difícil e tem esses efeitos perversos.” (E19).

“E não é objetivo. Porque, por exemplo, quando nós fazemos uma cifagem⁶⁰, passa muito pela nossa própria experiência e por aquilo que nós estamos a ver, mas aquilo que eu vejo não é igual àquilo que o colega do lado, que vai avaliar vai ver. E, portanto,

⁶⁰ Diz-se do procedimento de estabelecer quantificadores para os campos do Roteiro citado (Anexo 2).

a atribuição dos quantificadores não é objetiva, não é clara, porque para mim pode ser um dois, para o colega pode ser um três ou vice-versa. A CIF ajuda-nos a quantificar, mas há aspetos que não são quantificáveis, porque os indicadores nos dão muitas vezes têm de corresponder a um determinado quantificador para poder ser elegível. E todas aquelas características que são momentâneas e que nos limitam? A avaliação das crianças deixa de pertencer só à parte da saúde, para passarmos a ser intervenientes também na próxima avaliação da criança. Tanto que muita das vezes a criança só era incluída na Educação Especial se tivesse relatório clínico. Agora, muitas das vezes, o técnico da Educação Especial faz avaliação e se realmente nós verificarmos com perfil de funcionalidade que ele [referindo-se aos alunos] não tem características de estar sem ser ao abrigo do decreto-lei, nós temos alguma autonomia para o fazer. A única coisa que nós não fazemos é avaliar as funções do corpo. As funções do corpo, normalmente, quem avalia é o psicólogo da escola, do agrupamento, mas acabamos por muitas das vezes, avaliar crianças e incluir crianças no 3/2008 sem precisar do aval do médico, digamos assim. Se houver um perfil de funcionalidade que esteja bem detalhado, para quem vem de novo, ajuda significativamente. Porque, independentemente das limitações que eles têm, existe sempre coisas que eles gostam, que reagem bem, e coisas que não gostam, não é? Eles não falam, mas transmitem muitas coisas e de maneira que se o perfil de funcionalidade nos der essas informações e estiver detalhado a esse nível ajuda sempre quem vem” (E20).

“Porque muitas das vezes nós víamos as crianças a ter dificuldades e os pais... nós dizíamos: ‘olhe, leve a sua criança. Marque consulta, para ela ir à consulta de desenvolvimento’. E muitas das vezes os pais também: ‘ah, a minha filha está tudo bem com ela, ela em casa faz tudo’. E muitas das vezes os pais não têm essa disponibilidade. Agora, existe essa facilidade [referindo ao uso da CIF durante o processo de referenciação para a EE]. Não é que depois mais tarde a criança não passe a ser acompanhada pelos serviços médicos, mas acaba por haver aqui um tempo, digamos assim, que acaba por ser salvaguardado, porque não estamos à espera que o relatório clínico venha, para ele realmente constar do processo, para ele fazer parte da Educação Especial. Agora, se me perguntar se eu gosto de fazer [referindo-se ao preenchimento do Roteiro (Anexo 2)] e se é muito bom para mim fazer, não é. Porque eu acho que os professores não são médicos. Não é? A nossa avaliação é muito mais ao nível da observação naturalista, o que consegue, o que não consegue, do objetivo específico. E, portanto, depois ter de classificar... a CIF, para mim, também é um problema. É que cada pessoa, por muitos cursos que haja, cada pessoa vai pôr determinadas coisas, que não exatamente iguais. E eu ao

avaliar um aluno ponho determinadas coisas na CIF. Outro colega meu, a avaliar, põe outras. E eu quantifico de uma forma e outro colega pode quantificar de outra. Eu posso achar que aquilo é 3. Outro colega pode achar que não, que é 2. E não é muito objetivo, não há objetividade. Portanto, um critério que não é objetivo a classificar um ser humano a esse nível, acho que há aqui uma falha que não é boa, pronto. Eu acho que, erradamente, prendemo-nos muito à linguagem da CIF, e a dada altura eu acho que houve perfis que ficaram completamente encriptados. Ou seja, é muito difícil chegar-se lá, não é? A não ser aqueles profissionais que lidam com a CIF. Eu acho isto terrível, porque um perfil deve estar acessível a todos. E os professores perguntavam-me: 'o que é isto? Eu não percebo esta linguagem. Ao princípio, a ideia era nós termos uma equipa, interdisciplinar com médicos, que nos ajudariam nessa identificação. Claro que isso não resultou. Os médicos começaram logo que não tinham tempo para reunir connosco" (E21).

"É um instrumento que é da utilidade de todos os professores, que foi de terapeutas que trabalham connosco, no terreno. Nunca entrou na parte da saúde. E é assim. Se nós trabalhamos tanto, com os profissionais de saúde. Nós começamos a ter constrangimentos logo nas funções do corpo e na estrutura. Pronto. Nem sempre um dano na estrutura pode... poderá levar a consequências na atividade e participação, não há assim uma relação. Mas, às vezes, até há, não é? Para adaptar currículo. Quando há uma estrutura lesada, não é, ao nível da parte motora, nós sabemos que, por exemplo, em Educação Física vai haver um constrangimento para aquele aluno, certo? Também poderá ter, quando é uma situação musculoesquelética, não é? Neuromusculoesquelética. Agora, quando eu leio um relatório de uma pessoa que já tem... quando traz um de outro agrupamento, eu leio e digo: 'não, este aluno é um caso grave'. Tem aqui 3, não sei quantos 3, é um caso muito grave'. Depois, eu posso avaliá-lo e dizer: 'então, para que é que ele tem aqui 3? Não faz sentido. Ele lê tão bem. Por que é que ele tem aqui 3 na leitura?' Porque o outro colega, que não achou que ele era um caso muito grave. Portanto, obviamente que quando se fala de seres humanos há pouca objetividade, mas acho que a CIF não é um critério muito objetivo. Deveria haver uma classificação que fosse mais objetiva. Os relatórios antes da CIF eram mais descritivos. Eu tentava detalhar ao máximo as características das crianças. E se nós formos agora a falar da CIF, nós temos aqueles termos todos e, depois, a própria codificação... depois quando quisermos falar de uma característica em particular, muitas das vezes, temos dúvidas sobre onde é que vamos incluir, qual é o codificador ou o quantificador da CIF, é mais complicado" (E22).

“Eu acho que a CIF, como outros, mas a CIF, como fator positivo tem de... quando nós avaliamos o aluno, nós temos... ou seja, ajudou, pelo menos, a melhorar a nível da estruturação da avaliação, a pensar em todos aqueles parâmetros, todos aqueles pontos, não é? A fazer uma avaliação mais rigorosa, mais profunda talvez, mais séria. Então, acaba por ter aquela dimensão muito abrangente para fazer. Mas eu acho que deveria ser por aí, como há outros instrumentos, não é? Se formos a pensar na CIF, acaba por essa descrição detalhada da criança, se calhar, é um bocadinho esquecida. Os gostos, a preferência, aquilo que ele faz, aquilo que ele não faz. A CIF acho que foi um bocadinho redutora nesse sentido. Nós fazemos os relatórios de uma forma diferente e acho que se transmitia muito mais informação do que estarmos assim enraizados à CIF” (E23)

“Eu acho que a CIF é um instrumento, não deve ser o instrumento. E se nós formos aplicar a CIF, pode entrar qualquer um para a Educação Especial. E, depois, isto é uma reflexão profunda, que eu não a posso ter assim de ânimo leve” (E24).

Pelos excertos selecionados é possível inferir que o uso educacional da CIF no contexto português surgiu para consolidar o protagonismo da escola sobre os processos educacionais, para torna-la efetivamente independente do laudo médico na hora de referenciar um aluno a serviços educacionais como a EE. Entretanto como o uso proposto pelo modelo inicial que congregava a ação intersetorial com os profissionais da saúde foi inviabilizado pela negativa desses, mais especificamente dos médicos em participar do processo de identificação das necessidades e potencialidades dos alunos por meio do preenchimento conjunto do Roteiro (Anexo 2), o próprio princípio e objetivo da utilização da CIF no contexto educacional restou inviabilizado, passando a ser utilizada muito mais numa abordagem de tipificação de quadros clínicos do que como suporte à ação pedagógica e à redução de barreiras.

Se na proposta inicial, o objetivo era que o instrumento fosse utilizado conjuntamente para estabelecer proposta de intervenção participada entre setores da educação e da saúde, na prática tornou-se uma responsabilidade exclusiva dos profissionais da escola, processo que acabou por reforçar um modelo de dependência dos setores médicos ressaltando o déficit individual dos alunos e não à necessidade de mudanças estruturais nos sistemas de saúde e educação e as atitudes dos profissionais frente à diferença, o que é evidenciado na fala das participantes quando citam o paradigma do 3 em referência à necessidade de ter a complexidade atribuída no nível 3 do Roteiro (Anexo 2) para ter acessos aos serviços da EE.

Se por um lado, as participantes apontam para ganhos com a utilização da CIF, como o uso de uma linguagem padronizada, maior autonomia da escola durante os processos de referênciação, registro padronizado de informações do aluno, por outro, apontam que a linguagem da CIF no contexto educacional pode ser entendida como uma dificuldade, uma vez que linguagem proposta por essa classificação está fortemente vinculada ao campo da saúde, remetendo às origens da elaboração desse documento, que foi construída pela OMS para ser uma referência aos processos em torno do tripé saúde-doença-participação, o documento vincula-se a diversas áreas ligadas ao bem-estar e ao cotidiano de todas as pessoas, porém não deixa de estar fortemente vinculada à área da saúde.

Em face da negativa dos setores de saúde em adotar referida classificação, a linguagem tornou-se cada vez mais inteligível, especializada, distante dos setores educacionais e da realidade das famílias, focada nos déficits e por fim subjetiva aos profissionais da educação, o que remete às inquietações informadas pelas participantes que deixam claro não haver consenso quanto aos procedimentos utilizados durante o preenchimento do instrumento, o que é demonstrado pela complexidade apontada no Roteiro de cada aluno, onde em uma escola o aluno pode ser referenciado como tendo alta complexidade e quando de uma transferência ou revisão do Plano Educativo Individual outra professora pode fazer avaliação completamente divergente. Questionam-se ainda sobre os limites de se usar quantificadores objetivos para processos de desenvolvimento que por natureza geralmente não são lineares e objetivos.

Algumas docentes informam ainda a opção pelo uso de relatórios descritivos, contudo questiona-se se a amplitude da observação subjetiva de cada docente também não restringiria o olhar e a avaliação acerca dos alunos, até mesmo comprometendo a qualidade dos processos educacionais?

Talvez utilizar a CIF como instrumento de referência exclusivo em detrimento de tantos outros que podem oferecer contribuições significativas aos processos educacionais, mesmo dos relatórios descritivos seja uma ação exagerada da política pública, o que pode ter gerado um processo de afastamento daqueles que atuam no terreno da diretriz imposta. Soma-se a isto o fato de os setores da saúde terem se recusado a adotar a CIF, como consequência natural houve a revisão total da utilização do instrumento a partir da publicação do Decreto lei 54/2018. Porém

conforme informam as participantes, continuarão a utilizá-la, mas não como o único instrumento e sim como mais um instrumento de suporte a ação educativa.

O que não pode acontecer é, em retirando-se a CIF oficialmente, deixar em segundo plano a necessidade de mudanças no ambiente, nas atitudes das pessoas e nas práticas que levem a evolução dos processos inclusivos. Retirar a CIF não pode implicar em supervalorização de aspectos individuais ligados aos déficits uma vez que para a CIF o foco da intervenção é a interação do indivíduo com os demais fatores.

Os excertos também permitem inferir que a adoção da CIF no contexto educacional evidenciou tensões existentes entre os profissionais da saúde e educação. Um forte exemplo disso é a fala de uma das participantes quando informa que não deveria preencher o Roteiro por que não era médica. No cotidiano dos agrupamentos, como informado por uma das participantes, a parte que deveria ser preenchida pelos profissionais médicos acabava por ser preenchida pelo psicólogo do SPO.

As contribuições das participantes também evidenciam que os profissionais da educação, muitas vezes, esperam dos profissionais da saúde uma espécie de conhecimento inabalável, coerente entre todos os profissionais, linear e “onisciente”, incompatível com a natureza subjetiva da atuação humana. Mas compatível até mesmo com uma perspectiva mística de atuação clínica que pode ser associada a uma concepção mágica de saúde, conforme demonstrado por Scliar (70).

Os efeitos dessa lógica somados àqueles relacionados ao paradigma da especialização, do “saber especializado” vinculado à área médica, podem dar indícios para a compreensão do fenômeno que atualmente ainda pode ser percebido em algumas escolas e designado como uma espécie de terceirização do aluno atendido pelos serviços da EE para os setores da saúde ou para os professores da EE. Na lógica de que não tem o conhecimento especializado sobre as características específicas de cada aluno, alguns professores acabam por esquivar-se de sua responsabilidade com o coletivo da turma, atuando numa perspectiva segregacionista.

A partir da leitura dos excertos selecionados nesse capítulo é possível inferir que nos dois contextos as entrevistadas relataram a importância do trabalho colaborativo enquanto estratégia de ampliação da capacidade de resposta das escolas, contudo ressaltaram a dificuldade de lidar com alguns intervenientes,

nomeadamente com a categoria dos médicos, o que evidencia a necessidade de romper com a lógica estruturante que atribui a esse profissional um papel centralizador acerca da definição dos públicos alvos de medidas inclusivas e coloca os profissionais da educação numa posição de dependência do ato médico, situação que surgiu com maior evidencia no contexto brasileiro.

É possível inferir ainda que as participantes demonstraram ter a compreensão de que há uma linha tênue que delimita as áreas de atuação dos profissionais da educação e da saúde, evidenciando uma certa dificuldade em determinar até que ponto uma necessidade especial de aprendizagem não é decorrente de inadequações metodológicas ou da própria organização da escola e não de características individuais dos alunos, tidas como desvantagens.

Ainda, outra questão que pode ser feita é até que ponto a escola deve assumir questões de ordem socioeconômica, emocionais, ligadas ao exercício do direito pleno à saúde e ao exercício dos Direitos Humanos, que de certo modo estão muito além da sua capacidade de “dar conta”? Até que ponto a escola não se sobrecarrega por assumir funções que estão além dos recursos que dispõe? E por fim, existem limites para atuação da escola numa perspectiva de trabalho colaborativo com os profissionais da saúde?

Por outro lado, ressaltam que quando é possível estabelecer um trabalho colaborativo com esses profissionais, os ganhos para os alunos, escolas e famílias são bastante significativos, uma vez que essa parceria oferece instrumentos para que ambas as áreas, saúde e educação, consigam realizar avaliações e intervenções baseadas em informações mais completas acerca da interação, aprendizagem, desenvolvimento e participação dos alunos.

Diferentemente do contexto português, no contexto brasileiro os profissionais de saúde não atuam no ambiente escolar, as conversas entre esses profissionais e as professoras acontecem por meio de reuniões entre os profissionais das duas áreas, troca de relatórios, ligações e mensagens. Desse modo cada profissional atua em seu local específico, não havendo uma perspectiva de trabalho inter e transdisciplinar.

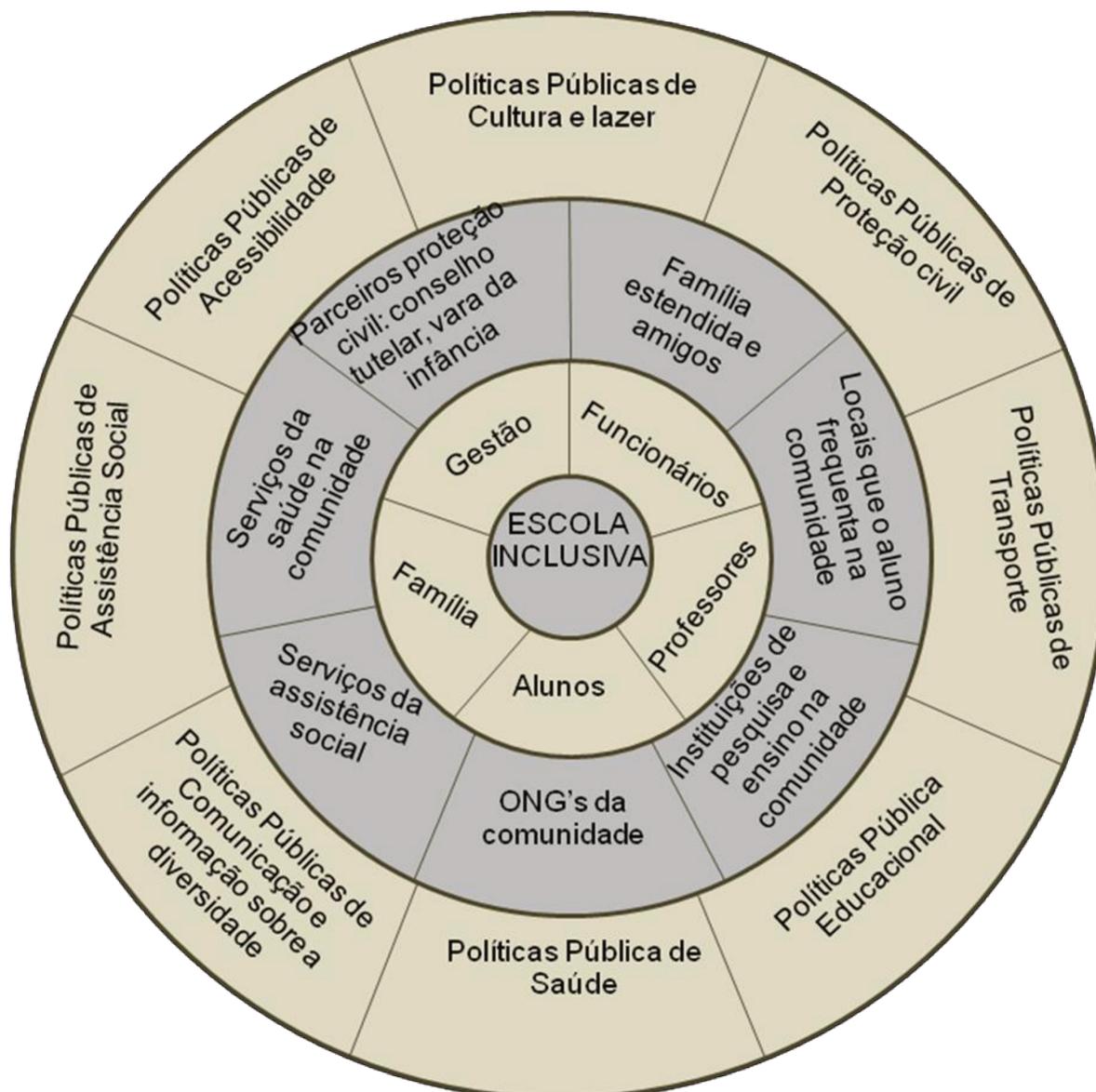
Cabe observar que avançar numa perspectiva de trabalho intersetorial e colaborativo entre profissionais da saúde e educação requer que a saúde deixe de ser

entendida apenas numa perspectiva restrita à busca da cura, antes, deve passar a ser compreendida numa perspectiva mais holística, socioambiental, ligada à Promoção da Saúde como dimensionam os documentos internacionais citados.

Os dados permitem inferir que para avançar nessa perspectiva, ambos, profissionais da saúde e educação precisam transcender os limites de sua atenção profissional, ao mesmo tempo em que devem respeitar as delimitações naturais das áreas e formas de atuação, rompendo com a barreira cultural segundo a qual questões de saúde devem ser tratadas especificamente por profissionais da saúde e as de educação pelos profissionais da escola. Tal visão restringe o potencial da ação conjunta dessas áreas profissionais, conseqüentemente seus ganhos individuais e coletivos.

Na contramão dessa visão restrita, a figura a seguir informa acerca dos intervenientes dos processos inclusivos na escola em algumas dimensões.

Figura 4: Mapa de parcerias



Fonte: Elaborado pelo pesquisador.

No centro encontra-se a escola, que numa perspectiva dialética molda e é moldada pelas estruturas ambientais, pelas atitudes das pessoas, pela ação da política pública e dos diversos setores/ intervenientes.

No primeiro nível, o que está mais próximo das ações inclusivas da escola, surgem gestores, professores, funcionários e alunos, no segundo estão as instituições da comunidade que podem colaborar nos processos inclusivos, o terceiro nível apresenta um plano macro, onde prevalecem as políticas públicas que respaldam a ação de diversos setores que atuam em parceria com as escolas.

Numa perspectiva sistêmica, o esquema anterior evidencia que o trabalho inclusivo e a ampliação da capacidade de resposta da escola apenas se dará numa perspectiva intersetorial na qual a escola assume protagonismo essencial à proteção integral das crianças e adolescentes, alicerçada no exercício pleno dos Direitos Humanos.

Por outro lado, ao trabalhar numa perspectiva de “rede”, de trabalho intersetorial e colaborativo, a escola e seus profissionais convocam outros intervenientes a assumir suas responsabilidades perante a necessidade da construção de uma sociedade menos preconceituosa e mais justa, que se dará pela garantia de acesso, permanência, aprendizagem, interação e construção do respeito pela diferença.

Nesse sentido e para compreender quais os critérios utilizados nas escolas para caracterizar um aluno como público alvo de ações inclusivas procurou-se investigar quais os pré-requisitos para tornar os alunos público alvo de medidas inclusivas específicas, conforme dados que serão apresentados a seguir.

3.2.3 Critérios para definição do público alvo de medidas inclusivas

A entrevistada a seguir nos convida a refletir sobre os limites e dificuldades relativos a definição de respostas inclusivas. Segundo ela, dificuldades de aprendizagem, participação e interação na escola podem ter origem em diversos fatores, associados ou não a questões relacionadas do desenvolvimento dos alunos, de caráter emocional, social, familiar, orgânico, socioeconômico etc, bem como às formas como os ambientes interagem com as situações vivenciadas pelos alunos e também às inadequações metodológicas nas formas de trabalhar o currículo nas atitudes discriminatórias frente à diversidade. A contribuição ressalta ainda a inadequação da compreensão da expressão NEE, ainda restrita a aspectos orgânicos de caráter permanente, vinculados às características do Modelo Biomédico, como geradora de imprecisão no contexto escolar, o que pode ser compreendido como uma herança da compreensão desse conceito trazida pela Declaração de Salamanca (2) e já citada anteriormente.

“O que é uma necessidade educativa especial, pergunto? A dada altura, qualquer aluno tem uma necessidade educativa especial, não é? O termo [referindo-se a expressão NEE] eu também não gosto muito dele. Ou seja, eu gosto, mas não gosto só para os alunos que efetivamente são da Educação Especial. Porque um aluno que, de repente, o pai falece, falece uma avó de quem ele era tão, tão próximo e que pode ser um aluno de quatros e cincos, pode baixar de repente para dois. Pode andar completamente alheado, e era um aluno tão certinho e, de repente, começa com comportamentos completamente disruptivos e se nós o vamos avaliar naquela altura, ele entra para a Educação Especial ou ele tem uma Necessidade Educativa Especial naquele momento, mas precisa entrar para a Educação Especial? Nós pomos lá a cruz, porque é comportamental. Não é? Ele agora agride tudo, ele não ouve, ele é insurreto, ele parece que tem síndrome de oposição. Agora, até parece que tem que tomar Ritalina ou Concentra, ou o Risperidona.” (E24)

A contribuição da participante anterior permite evidenciar que é necessário considerar o momento atual da criança e os demais contextos que a cercam, afinal diversos eventos podem ocorrer na vida das pessoas fazendo aflorar dificuldades emocionais, socioeconômicas, emocionais que podem impactar a aprendizagem, interação e participação na escola.

A EE é uma resposta escolar muito consolidada na Política Pública e nas práticas de intervenção, contudo destina-se a um público muito específico como não poderia deixar de ser, cujo critério para o acesso é a presença de NEE/ AFEC de caráter permanente, que são entendidas, a partir de um padrão normativo como “desvantagens individuais”, critério muito influenciado por aspectos ligados ao Modelo Biomédico.

Contudo em uma perspectiva ancorada pelo Modelo Biopsicossocial, os dados permitem inferir que no interior da escola existem alunos que vivenciam situações de vulnerabilidade que exigem respostas metodológicas e principalmente atitudinais, sem as quais não apenas a aprendizagem fica comprometida, mas também a participação, uma vez que o não acolhimento das diferenças individuais e das necessidades/potencialidades de cada aluno pode gerar a exclusão deste dentro do espaço escolar.

Partindo desse preâmbulo, serão apresentados os dados acerca dos critérios para tornar-se um aluno público alvo de medidas inclusivas, como a EE,

dentre outras ou mesmo para permitir que ele permaneça enfrentando processos de invisibilidade no interior da escola. Para entender os critérios adotados no terreno, é fundamental refletir acerca dos limites impostos pela concepção de EI que motiva a escola e seus sistemas a criar e gerenciar respostas inclusivas torna-se um importante elemento no sentido de compreender com base em quais paradigmas e modelos estão assentadas as formas de organização e de resposta escolar.

A apresentação e análise dos dados a seguir estruturou-se em torno de duas subcategorias: 1) Alunos considerados da Educação Especial e 2) Alunos não caracterizados para medidas inclusivas. Na primeira serão apresentados os critérios que habilitam os alunos a acessar o suporte da EE. Na segunda serão apresentadas situações vivenciadas pelos alunos que podem impactar a experiência escolar de todos e de cada um, conforme apontam a literatura e os dados coletados nas entrevistas, e que muitas vezes ficam sem resposta por parte das escolas, tornando-se sem respostas, “invisíveis”, o que contraria os princípios da EI e do Modelo Biopsicossocial, vinculados às garantias expressas na carta dos Direitos Humanos.

Considerações das participantes acerca das medidas inclusivas e dos critérios para definição do público alvo.

Contexto brasileiro

Nesse contexto, as professoras de EE atuam no turno de aulas regulares dos alunos atendidos, fornecendo suporte aos professores dos componentes curriculares, alunos e responsáveis e nas Salas de Recursos Multifuncionais, que são atendem alunos selecionados a partir do diagnóstico que apresentam em pequenos grupos ou individualmente no contra turno das aulas regulares.

As participantes informaram que os critérios que tornam um aluno público da EE estão intrinsecamente ligados às condições de saúde dos mesmos, demonstrada pela presença de AFEC de caráter permanente e do laudo médico que ateste essa condição, demonstrando uma clara influência do Modelo Biomédico, como pode ser observado nos excertos a seguir, o que reforça os dados da literatura acerca

das influências do Modelo Biomédico, também identificadas nas políticas públicas e procedimentos em vigor nesse contexto (126).

“Aqui a gente tem alunos de várias deficiências, né? Então nós temos alunos com Síndrome de Down, com baixa visão, aluno cego, com deficiência física” (E-1).

“O público alvo da Educação Especial⁶¹ é contemplado por alunos com deficiência física, intelectual, alunos do espectro autista ou com altas habilidades, superdotação. Ah, esqueci... bom, surdez, cegueira” (E-2).

“(...) nós temos alunos de baixa visão, nós temos um menino com hemiplegia do lado direito, ele teve um AVC perinatal, então ele não tem movimento do lado direito, e tem uma deficiência intelectual; nós temos duas crianças com pé torto congênito, que precisaram passar por cirurgia, colocar órtese; tem um menino que é múltiplo, que ele tem microcefalia, epilepsia, ele não anda, faz uso de cadeira de rodas, não fala, tenho um autista, tenho uma Síndrome de Down e tem uma baixa visão também” (E-3).

“(...) eu vou falar uma coisa que infelizmente está na política pública: para o aluno ter acesso a um transporte, a um cuidador, a um atendimento numa sala de recursos, infelizmente ele tem que ter um diagnóstico de deficiência, é obrigatório” (E-6).

“(...) o público alvo da Educação Especial são somente as crianças com deficiência, com diagnóstico e laudo. Mesmo que seja uma hipótese diagnóstica. Então o médico deu... que é principalmente na área do autismo” (E-8).

“Então a Educação Especial são as crianças com laudo de deficiência intelectual, sensorial, que abrange o auditivo, visual, físico e daí o múltiplo. E transtornos globais de desenvolvimento e altas habilidades” (E-12).

Como demonstrado nos excertos, o atendimento da Educação Especial é destinado a alunos com AFEC de caráter permanente, que possuem o laudo médico e o código CID⁶². Contudo, no espaço da escola comum no contexto estudado, todos,

⁶¹ Em Portugal, a expressão mais utilizada é: “Aluno com Necessidades Educacionais Especiais” -NEE.

⁶² No que respeita ao contexto brasileiro, essa classificação foi oficialmente reconhecida em dois momentos da história brasileira. O primeiro ocorreu em 31 de outubro de 1994, quando da publicação da Portaria do Ministério da Saúde de n.º1832, que previa a implementação da CID a partir de janeiro de 1996 para as causas de mortalidade. Já a Portaria Nº 1.311, de 12 de setembro de 1997 definiu que a partir de janeiro de 1998 o uso do CID deveria vigorar em todo o território nacional também em Morbidade Hospitalar e Ambulatorial. Logo, na ausência de critérios de ordem pedagógica e na

com e sem AFEC ocupam os mesmos espaços e tempos pedagógicos, reforçando os pressupostos do Modelo Social a partir de uma única abordagem de atendimento a todos os alunos, sem segregá-los em ambientes específicos, como preconizava o Modelo Biomédico.

Nesse âmbito o Professor de Educação Especial surge como um especialista em processos inclusivos, que objetiva adequar o conhecimento/ currículo/ estratégias do professor de cada componente curricular às condições específicas de cada aluno, contudo sua intervenção está restrita aos alunos com AFEC e laudo, lembrando o caráter das especializações, característica do Modelo Biomédico.

Reforçando os dados da literatura sobre a “invisibilidade” dos alunos a partir da falta de resposta por parte dos sistemas escolares, nota-se que os alunos caracterizados com altas habilidades não têm resposta dos sistemas escolares mesmo sendo público-alvo da Educação Especial conforme a legislação vigente, o que pode ser notado no excerto a seguir:

“A gente ainda tem o aluno com altas habilidades, que está passando batido, você não vê trabalho em relação a eles. Que está ali dando trabalho para o professor e aí você teria que ter uma outra estrutura para atender a ele” (E-11).

As participantes lembraram do processo de “invisibilidade” que enfrentam os alunos caracterizados com altas habilidades. Talvez seja possível inferir que, uma vez que culturalmente a facilidade de aprender sobre determinados temas possa ser considerada uma vantagem individual, ela deixe de ter a devida atenção nos contextos escolares, o que pode tornar “invisíveis” as dificuldades que pessoas com essa condição venham a enfrentar, o que torna mais necessário ainda conhecer as suas formas de funcionamento e interação, fazendo as mudanças necessárias nas estruturas, currículos, ambientes e atitudes das pessoas.

Embora a presença de todos os alunos no interior da sala de aula seja positiva para a aprendizagem de todos, deve se observar se todos são beneficiados por essa interação ou se, na intenção de incluir a escola não acaba por colocar à margem alunos que devido às especificidades de seus quadros de saúde se

esteira do Modelo Biomédico, essa classificação passou a ser adotada para elegibilidade aos serviços da Educação Especial.

beneficiariam mais da experiência escolar se tivessem acesso a aprendizagens direcionadas ao desenvolvimento da autonomia e das atividades de vida diária (AVD).

Se na perspectiva do Modelo Biomédico, o professor de Educação Especial é um recurso do aluno, uma vez que seu objetivo era trabalhar na direção da reabilitação e de fazer com que o aluno alcançasse padrões de funcionamento o mais próximo possível do padrão de normalidade socialmente aceito. No Modelo Social, o professor de Educação Especial torna-se um recurso da escola, uma vez que ambiciona orientar auxiliar na condução de processos de escolarização dos alunos considerados público alvo por meio do suporte à ação dos demais professores e funcionários, atuando pedagogicamente por meio das adaptações curriculares e promovendo a corresponsabilização dos processos inclusivos. Já na perspectiva do Modelo Biopsicossocial, a atuação do docente de Educação Especial incorpora aspectos do padrão de trabalho dos modelos anteriores, contudo centra-se na promoção das mudanças estruturais necessárias para a promoção de ambientes inclusivos, nas acessibilidades e na articulação entre família, profissionais da Saúde, Assistência Social e Proteção Civil (2,11).

Por diversas razões, alguns alunos podem não ter acesso aos serviços da Saúde e conseqüentemente da EE, devido à inúmeras questões que independem da ação da escola, como dificuldades familiares em acessar os serviços da saúde ou mesmo a indisponibilidade desses, a resistência das famílias em aceitar que a criança sob sua responsabilidade precisa dos recursos da Saúde e da Educação Especial, fazendo com que muitos alunos não acessem esses serviços, dificultando assim a realização de um trabalho diferenciado.

Outra questão levantada pelas participantes diz respeito à dificuldade em perceber quais os limites entre o normal e o patológico, o que demonstra que esse tema permanece atual, contudo as participantes reiteram a importância de se conhecer até que ponto os estados de saúde interferem na participação, interação e aprendizagem dos alunos na escola e ressaltam a importância de conhecer as situações vivenciadas por estes para que a escola possa organizar o currículo, o ambiente e as estratégias metodológicas que melhor atendam às necessidades e potencialidades de cada aluno. Além de orientar a família durante a busca por qualidade de vida e bem-estar (147).

Os dados apresentados até aqui permitem inferir que para romper com processos de invisibilidade é importante que os profissionais da escola identifiquem quais respostas inclusivas são construídas para alunos não caracterizados com AFECs de caráter permanente e qual a visibilidade a elas atribuídas no interior da escola e para isso o primeiro passo é identificar que situações são essas em cada contexto.

Alunos não caracterizados para medidas inclusivas.

Na percepção das entrevistadas há uma série de situações de vulnerabilidade que podem colocar alunos não caracterizados pela presença de AFEC em risco de exclusão educacional, conseqüentemente social. Situações identificadas nos excertos a seguir necessitariam de respostas inclusivas por parte das escolas para que tais condições não caracterizadas por critérios médicos não gerassem ou perpetuassem processos de exclusão.

“Tem alunos que não têm o laudo e que é notório que eles precisariam de auxílio. Eu não sei se o mais adequado seria o professor de Educação Especial para fazer esse tipo de trabalho. Talvez se tivesse um psicopedagogo, eu acho que seria mais válido.” (E1)

As entrevistadas demonstram a percepção de que a natureza do trabalho da EE não pode ser destinada a todos os alunos que necessitam de atendimentos diferenciados ou que estejam em risco de exclusão, por esse motivo, aponta para importância de trabalhar em parceria com outros profissionais, como, por exemplo um psicopedagogo, o que indubitavelmente ampliaria a capacidade de resposta da escola. O excerto permite inferir que existe a necessidade de que a escola amplie e diversifique suas respostas por meio da ação conjunta de seus profissionais com parceiros de outros setores.

“Então, existem, sim, alunos, que não têm nada, assim, o que a Educação Especial exige, que é o laudo, né? Mas existe aluno que tem dificuldades em alcançar os objetivos, entendê-los, interpretar e dar aquele feedback para o professor, que precisa ver se ele desenvolveu ou não, e eles precisariam desse modo de adaptação, porque houve, assim, talvez uma defasagem em relação à alfabetização, ou de entender os conceitos, ou por não

ter a família presente para orientar e tudo sobra para a escola. Então quando o professor faz a adaptação para alcançar um aluno da Educação Especial, aquele outro é alcançado.” (E2)

“Eu acho que não da Educação Especial [referindo-se aos tipos de respostas dadas aos alunos que precisam de respostas diferenciadas da escola. Assim, como eu posso te dizer? Todos os programas hoje estão voltados para a Educação Especial, mas às vezes outras crianças que não têm um laudo, que não têm uma deficiência e têm algumas necessidades, que aí fala: “ah, então não é da Educação Especial, não tem nada”, né? E precisa. Por exemplo, crianças que com 4, 5, não falam ainda, né? Algumas questões emocionais, familiares, de estrutura, que a criança traz isso na questão do comportamento. Então eu acho que essas crianças têm que ser vista por todos também. Eu acho que ainda falta muito para esses outros alunos, né? Então eu acho que precisava ter aí uma junção de educação e saúde, educação e assistência, mas mais próximo, para a gente poder discutir essas outras crianças que não têm, por exemplo, o suporte da Educação Especial, mas que deveriam ter alguma resposta das escolas.” (E-3)

As participantes também criticaram o fato dos suportes das Políticas Públicas estarem muito direcionadas para a EE, o que pode perpetuar situações de vulnerabilidade que não estejam enquadradas como AFECs de caráter permanente.

“O caso dos alunos que não são da Educação Especial, mas tem um algum transtorno que atrapalha, violência, autoflagelação, depressão, ansiedade generalizada, bulimia, anorexia, essas coisas” (E-4).

“E isso também faz parte dessa bandeira inclusiva que a gente levanta, porque é uma minoria que, muitas vezes, a gente não teve nenhum caso aqui na escola de suicídio, mas de tentativa sim e aí como é que você lida com isso?” (E-5)

“A gente tem um grupo aqui na escola que, são alunas que se mutilam, a nossa maior incidência é com meninas e, principalmente, meninas, assim, têm um histórico: meninas que são cobradas demais em casa, que estão se descobrindo e aí percebe-se que elas fogem de um padrão do que a sociedade coloca como normal, meninas mais gordinhas, meninas que se descobrem bissexuais ou lésbicas, meninas que têm um perfil de abuso sexual, meninas que têm um quadro depressivo. E aí nessa hora, elas falam muito assim: “enquanto eu corto, eu sofro aqui, mas eu estou vendo o sofrimento sair”. Enquanto dói aqui, acalma o coração. E essa é uma fala muito recorrente. E tanto é que os temas das rodas de conversa do projeto esse ano, o tema

depressão, suicídio e automutilação, perpassou desde o 6º até o 9º, em todas as turmas. ” (E-9)

Através da contribuição da participante anterior é possível inferir que o quanto a percepção de normalidade e anormalidade pode ser opressora para pessoas que não se encaixavam em padrões socialmente aceitos pela sociedade, o que gera preocupação por parte da participante. Na perspectiva deste trabalho, é importante que a escola tenha conhecimento e estrutura para lidar com essa delicada questão de saúde pública, uma vez que esta está presente cotidiano das escolas. E isso só será possível por meio da construção de conhecimentos acerca da Promoção da Saúde em ambiente escolar e da ampliação das parcerias com intervenientes como profissionais da saúde que trabalhem com esse tema.

“Eu acho que tem alunos que necessitam sim [referindo-se a alunos que não são atendidos pela Educação Especial] principalmente nesses casos de dislexia, TDAH que a gente vê muito. ” (E-10)

“Com outros professores, esses alunos não se sentem tão à vontade para falar sobre suicídio, porém os professores [dos componentes curriculares/titulares de turma] precisam minimamente saber como isso acontece, em que momento. Então, de alguma forma, eles precisam também ter essa formação. ” (E-12)

Reforçando os dados da literatura, as entrevistadas informaram que as causas da vulnerabilidade e dos riscos de exclusão escolar, consequentemente social, vão além da presença das AFEC, possuindo múltiplas origens, cabendo à escola juntamente com todos os parceiros da Saúde, Proteção Civil, Assistência Social e Judiciário para promover respostas às situações vivenciadas pelos alunos por meio de medidas inclusivas no contexto escolar e fora dele que resguardem o exercício dos Direitos Humanos.

Outro ponto que pode ser percebido nos excertos diz respeito a avaliação das entrevistadas sobre as medidas inclusivas, como a diferenciação pedagógica, que segundo elas pode gerar benefícios para os alunos, o que permite inferir que é necessária uma revisão no currículo, nas metodologias utilizadas e nas formas de gestão e organização escolar, para conferir maior acessibilidade do conteúdo a todos os alunos, conforme seus ritmos de aprendizagem. Como informam os excertos, o respeito pela individualidade dos alunos parece constituir um requisito para a sua

inclusão, o que pressupõe implementar formas de proteção social aos alunos por meio das garantias ligadas aos Direitos Humanos, reconhecendo e respeitando a diversidade dentro e fora da sala de aula, recorrendo assim a práticas de diversificação pedagógica e de flexibilidade das formas de organização e gestão do currículo.

Reforçando os dados encontrados nos normativos, as participantes informaram que as políticas inclusivas no contexto estudado estão restritas ao atendimento da Educação Especial e que nesse âmbito há uma estrutura adequada para o atendimento dos alunos caracterizados com AFEC que possuam o laudo médico, o que reforça mais ainda a necessidade de autonomia da escola perante a definição dos públicos de medidas inclusivas e da ampliação da capacidade de resposta por parte dos sistemas escolares para alunos que ainda enfrentam processos de invisibilidade no interior da escola, decorrentes de fatores de ordem socioeconômica, familiar, emocional etc, bem como daqueles que não conseguem o registro médico. Entretanto alguns excertos evidenciam que há em curso uma transição conceitual evidenciada no excerto a seguir, de acordo com a participante, em dissonância com as normas legais, a escola já atua numa perspectiva que não dissocia a inclusão educacional da social.

“Com relação aos alunos, a gente tem um maior acolhimento do público-alvo, não só dos alunos com deficiência, mas de outros alunos, por exemplo, a gente tem alunos do EJA63 que são haitianos, que a gente recebeu. Então não tem aquela coisa do tipo assim: “ah, ele não sabe nada”, “ele fala uma outra língua que não é a minha”, “ah, vamos tentar entender. Vamos tentar estar junto”, acho que acolhimento é a primeira coisa, assim, que precisa” (E-5).

Numa perspectiva que transcende o Modelo Biomédico, a entrevistada anterior informa que a Inclusão também se destina a alunos que enfrentam situações de vulnerabilidade decorrentes de processos migratórios, onde se defrontam com uma nova cultura e uma nova língua. Pela natureza do trabalho que é feito pela Educação Especial, as entrevistas tornaram notório que essa “bandeira” de respeito à diversidade empunhada pelas professoras de Educação Especial é um grande motor de reconfiguração das práticas escolares.

⁶³ Educação de Jovens e Adultos.

“Na verdade, sim, alunos que sofrem violência doméstica, alunos que sofrem agressão física, alunos com dificuldades emocionais, alunos que muitas vezes, em sala de aula, sofrem ou fazem bullying. Aquele aluno também que tem uma certa dificuldade de aprendizagem em sala de aula, mas ele não tem um diagnóstico de deficiência, ele também acaba entrando nesse rol de alunos que a gente acaba acompanhando esse processo. Porque muitas vezes ele pode não ser, no começo, um aluno da Educação Especial, mas depois de todo um processo de avaliação por médicos, psicólogos, fono, ele acaba vindo a ser.” (E-6)

A entrevistada anterior concorda que há outras situações que deveriam ser alvo de medidas inclusivas, contudo acrescenta a reflexão sobre as influências dos ambientes que as crianças frequentam e de como esses espaços podem produzir doenças, em face da inércia de respostas às necessidades dos alunos por parte da escola ou de outros sistemas de proteção como a Saúde, Assistência Social e Proteção Civil, e das atitudes das pessoas para com os alunos.

“Vou lhe dizer com toda a minha certeza: questões emocionais, sociais, dificuldades da família e tudo mais, elas interferem muito na aprendizagem dos alunos. Eu pergunto para você, dependendo da noite daquela criança, como é o dia dela quando chega na escola? Aí já interferiu no emocional, aí já interferiu no psicológico, né? As coisas que ele vive afetam o aprendizado, por isso o professor tem que conhecer, mas é conhecer para ajudar, é conhecer para amar, não é demagogia isso, não é conhecer para estigmatizar. Então interfere sim.” (E-7)

“Principalmente emocionais e psicológicos e também os problemas da casa: às vezes uma criança vem da casa para a escola com aquele quadro de dificuldade que acontecem na casa. Por exemplo, o pai brigou com a mãe, falou alto, teve choro antes de vir para a escola, a criança vem com o rosto mostrando. Aquela criança não teria dificuldade em desenvolver, mas naquela tarde, naquela manhã. Fica ali na sala, cumpre a obrigação de registrar e tudo, mas ele não deu significado a nada, ele foi simplesmente um [copista]. É preciso que ache um escape, alguém com quem a gente converse e às vezes até um abraço, uma palavra que fala: “não, vai dar tudo certo, fica tranquila, vamos ali um pouquinho tomar água, ir ali no cantinho da escola”, e as coisas andam.” (E-8)

As entrevistadas concordam entre si que questões emocionais e sociais podem interferir na aprendizagem e participação dos alunos e também quanto à importância de ações de acolhimento para os alunos e também para os profissionais

da escola, reforçando dados da literatura que informam que a Promoção da Saúde acontece nos ambientes que são frequentados pelas pessoas.

Na esteira do pensamento de Bourdieu (56), não basta que os alunos estejam incluídos na escola, é preciso que sejam vistos por ela em toda a complexidade que trazem, não se deve reduzir os alunos às suas condições de saúde ou garantir apenas o acesso à escola, é preciso que esse espaço tome consciência de todas as complexidades que envolvem os processos inclusivos e promova as mudanças necessárias para incluir a todos e a cada um na perspectiva do respeito à diversidade e da Promoção dos Direitos Humanos.

As participantes referiram sobre as seguintes situações: dificuldades severas de aprendizagem e de comportamento; desenvolvimento das funções e estruturas do corpo em ritmo atípico (o que nem sempre pode ser caracterizado como uma AFEC de caráter permanente, mas pode indiciar a necessidade de medidas de intervenção precoce); autoflagelação; violência entre pares e de adultos; questões emocionais, como depressão, ansiedade generalizada, transtornos alimentares como bulimia e anorexia, ideação suicida; questões de gênero como orientação sexual divergente dos padrões socialmente aceitos; questões ligadas aos movimentos migratórios.

Recomenda-se a esse contexto a ampliação de modalidades de respostas assentes numa perspectiva de EI, alinhadas com uma perspectiva socioambiental de Saúde e Biopsicossocial que dê conta de produzir conhecimentos sobre as situações de vulnerabilidade vivenciadas pelos alunos, tirando tais questões da invisibilidade e promovendo ações inclusivas dentro e fora da escola.

Contexto português

Analisando os discursos das entrevistadas no contexto português, percebem-se argumentos que parecem evidenciar diferentes modalidades de respostas aos alunos, que oscilam entre a presença daqueles com e sem AFEC nos mesmo espaços escolares, como a sala de aula e o atendimento em espaços mais

estruturados como as “escolas de referência”⁶⁴. O atendimento a alunos que apresentam situações de vulnerabilidade, seja social, emocional ou familiar acontece por meio das Tutorias, da parceria com os profissionais de saúde que atuam no Programa Nacional de Saúde Escolar e também pela ação do Serviço de Psicologia e Orientação (SPO).

Se, por um lado, a ideia de “alunos de Educação Especial” e “outros”, parece estar presente nos depoimentos, e remeter para uma prevalência de modos de atendimento assentes no *deficit* (Modelo Biomédico), por outro, vislumbram-se preocupações de natureza mais inclusiva não restritas à EE expressas na ideia de que “todos podem aprender juntos”, numa orientação que se aproxima de fundamentos de uma EI aportada ao Modelo Biopsicossocial.

Alunos atendidos pela Educação Especial

Nesse contexto, as professoras de EE atuam em várias frentes de trabalho, como: Escolas de referência para a Educação Bilíngue de alunos surdos; Escolas de referência para a educação de alunos cegos e com baixa visão; Unidades de ensino estruturado para a educação de alunos com PEA/ TEA; Unidades de apoio especializado para a educação de alunos com multideficiência e surdo cegueira congênita e adaptações curriculares. Diferentemente do contexto brasileiro, embora o diagnóstico médico seja um importante documento, este possui de fato um caráter complementar ao estudo de caso feito pela equipe multidisciplinar, sendo assim possuir um diagnóstico forma assinado por médico não constitui condição indispensável para o provimento de respostas educacionais ao nível da EE.

“Eu acho que [referindo-se à opção pela EE enquanto estratégia de intervenção] tem sempre muito a ver com a criança e a funcionalidade da criança, mas eu acho importante aqui a questão das unidades. Nós temos efetivamente alguns alunos que necessitam de um apoio mais estruturado para conseguirem uma perfeita Integração.” (E15)

“Acho que há várias perspectivas do que é Educação Especial. A minha perspectiva é quando alguma pessoa tem alguma

⁶⁴ Reitera-se que os dados foram coletados na vigência do Decreto lei 3/2008.

patologia, qualquer, nós temos de intervir no sentido de diminuir essa patologia, investir na aquisição de competências específicas, não é? E na diminuição da dificuldade nessas competências, para que as pessoas consigam o mais possível normalizar a sua vida.” (E17)

A perspectiva da participante anterior acerca do papel da EE revela fortes influências do Modelo Biomédico, que é considerado individualista. Em sua contribuição, a participante evidencia que a EE deve promover intervenções que possibilitem às pessoas com deficiência normalizarem-se alinhando-se com as formas de funcionamento socialmente aceitas, o que destoa de perspectivas como a do Modelo Social que considerem a importância das mudanças estruturais nos ambientes e nas atitudes das pessoas como estratégias para a efetivação dos Direitos Humanos garantidos a todos.

“É fundamental conhecer como a criança funciona, temos de saber, por exemplo que uma pessoa que tem autismo tem dificuldade em generalizar os conhecimentos. Portanto, é óbvio que se nós soubermos e tiver, por exemplo, a questão das estruturas e das funções do corpo, não é, se nós soubermos exatamente qual é o grau de deficiência, de atraso, de problemática, qual é o comprometimento das características da criança, obviamente que vamos depois intervir muito mais facilmente. Porque ao fazermos a programação do trabalho, não é, e o seu programa educativo, o seu currículo, atendemos ao nível da criança, não vamos pedir coisas que ela não consegue, e vamos depois pedir devagar.” (E18)

“Uma das coisas importantes da Inclusão é o respeito pela individualidade daquela pessoa. E as pessoas que estão nas unidades têm determinadas características que devem ser respeitadas. Por exemplo, o não conseguir estar numa cantina com todos os miúdos a falarem ao mesmo tempo.” (E19)

As participantes anteriores evidenciaram uma preocupação com as formas de funcionamento individuais de cada aluno, perspectiva que pode ser associada ao Modelo Biomédico, entretanto segundo elas a importância desse conhecimento é a base para a proposição de um planeamento pedagógico que considere as especificidades das formas de aprender e interagir no meio social, o que pode ser associado ao Modelo Biopsicossocial.

“Nós aqui atendemos crianças com défice cognitivo bastante acentuado. E crianças com Síndrome de Rett. Temos duas crianças, temos um que tem um problema que o nome é um bocadinho esquisito, mas é uma paralisia cerebral com défice

cognitivo associado, basicamente é tudo deficiência que levam a déficit cognitivo e, depois, em termos motores, também a limitações.” (E20)

“Eu tenho um aluno no meu quinto ano. É repetente de quinto ano. E nós também achamos que aquele miúdo não está bem. Portanto, há ali uma falha muito grande. Já foi para o SPO, está a ser analisado e vai entrar na Educação Especial. Quando vimos que o menino está desinteressado, não consegue escrever em condições, tem ali uma dislexia enorme, ele tem de ser ajudado. Porque depois na Educação Especial: ‘olhe, vai ter um currículo assim, ou vai ter de fazer testes de uma maneira diferente’. Depois, é conversado, também, com os próprios diretores de turma, não é? E no conselho de turma. No conselho de turma temos sempre um professor de Educação Especial que está, portanto, a ajudar os meninos, não é? E a seguir os meninos. E depois é tudo combinado e conversado. Portanto, há assim uma série de coisas que está tudo entrosado.” (E23)

As participantes anteriores informam sobre o risco de rótulos que correm alguns alunos que apresentam dificuldades significativas com os processos de escolarização, como já referido anteriormente, o fato de não estar sob o respaldo da EE pode fazer com que esses alunos recebam rótulos no interior do espaço escolar, situação que precisa ser combatida por todos os profissionais. A participante 23 informa ainda sobre a articulação das respostas e métodos entre os professores de EE e os demais profissionais que acompanham os alunos.

“E, por isso, isso é uma coisa que eu tenho medo na nova lei [referindo-se ao Decreto Lei 54/2018], porque me parece que eles acham que é muito bom para os meninos deficientes estarem incluídos com os outros. É a normalização. Normalizar... não existe isso, porque eles não têm que ter... Eu, por exemplo, estou a ver os meus alunos, não conseguem. Gritam o tempo todo, outros que não gritam estão sentados e precisam de dormir depois do almoço, põem uma música de relaxamento, eles dormem. Três deles dormem meia hora. Precisam daquele tempo. Se eu não tiver aquele espaço e tiver de os ter dentro da sala deles, estou a desrespeitar as suas características.” (E17)

As participantes anteriores evidenciaram uma grande problemática desse contexto, uma linha tênue que diz respeito ao uso de espaços mais estruturados para alunos com quadros complexos de saúde. Como referido anteriormente, existe um risco dependendo da forma como esses são estruturados, de se tornarem lugares de segregação dentro da escola, numa perspectiva associada ao Modelo Biomédico,

entretanto desconsiderar as características individuais desses alunos pode também se tornar uma forma de exclusão, até mesmo de risco à integridade física deles, caso essa inclusão de todos com todos não seja planejada adequadamente. É inquestionável que a abordagem de todos com todos favorece a aprendizagem, todavia é importante estruturar tempos pedagógicos e as respostas escolares tendo em vista as características dos alunos, dos espaços e do grupo de profissionais envolvidos, deve-se ainda tomar muito cuidado para não justificar ações de segregação com base em fatores individuais.

“Ele consegue estar sentado na sua cadeira de rodas lá dentro, o dia todo, o que é isso, não é? O que é que é isso? Não posso trabalhar coisas com ele sem ver a bola, sem ver o rolo, sem ter um colchão, sem ter uma data de outras coisas, não é? E para eu fazer isso, é preciso ter um espelho. Para fazer esse trabalho, eu não posso estar dentro de uma sala de aula. Não é? Portanto, eu espero, sinceramente, coisa que me assusta, espero que eles pensem que existem pessoas que precisam de espaços diferentes. E esses espaços não podem ser diferentes dos recursos onde entram toda a gente sempre que lhe apetecer, porque eles precisam de paz e de respeito.” (E18)

“Os casos em que efetivamente não têm a capacidade de serem autônomos nas tarefas, portanto, quer na higiene, quer no comer, no vestir, em qualquer coisa... organizar os seus espaços e, portanto, ter capacidades de aprendizagem” (E18)

Reconhecem-se, assim, nos depoimentos apresentados que a EI configura-se num campo complexo, ao mesmo tempo em que se considera ser muito enriquecedor trabalhar para e com todos os alunos, respeitando sua individualidade, propondo recursos de acessibilidade e respostas adequadas às dificuldades e potencialidade de cada um, admite-se também ser esse um enorme desafio, nomeadamente pela resistência à mudança inerente à escola e à alguns professores.

Resistência que pode ter diferentes origens, tais como: o caráter muitas vezes insequente das políticas públicas, diferentes concepções de Escola Inclusiva, formação de estigmas e preconceitos na escola, muito influenciados pela categorização e pela supervalorização das limitações de foro biomédico, etc. Estes e outros aspectos tendem a fazer com que muitos professores percam a esperança de que a Inclusão possa realmente ser efetiva para cada aluno, acabando por demonstrar uma perspectiva cética com relação a EI, não deixam de reiterar sua importância, entretanto muitas vezes a consideram um “sonho” impossível de ser realizado.

Alunos atendidos pelas demais medidas escolares

Para além da Educação Especial, as respostas inclusivas nesse contexto incluem as parcerias com os profissionais da área da Saúde que atuam no Programa Nacional de Promoção da Saúde Escolar, a ação do SPO e das Tutorias. A ação dessas respostas escolares aumenta a capacidade de resposta dos sistemas escolares às situações enfrentadas pelos alunos, reduzindo assim o impacto delas na aprendizagem, interação e participação na escola.

As participantes informaram sobre o quanto questões emocionais, familiares e mesmo socioeconômicas interferem na aprendizagem e participação dos alunos.

“Os alunos não conseguem aprender aquilo que o professor diz, em muitas situações tem a ver com estabilidade de comportamento, estabilidade emocional, a falta de concentração, de atenção, não é? Têm um comportamento muito agressivo, parecerem pessoas que não estão muito bem, não é? E, portanto, não é só a questão da não aprendizagem, mas também a questão do comportamento e da estabilidade socioafetiva.” (E13)

“Quando falamos das questões do comportamento, que não são induzidas pelo ambiente físico, mas sim pelo ambiente social da escola. Digamos que dentro de uma mesma turma nós temos de tudo. Temos um aluno que, em termos sociais, está perfeitamente enquadrado. E depois temos aqueles que estão em rota de colisão, mesmo esses comportamentos mais desajustados, às vezes, são sinal de sofrimento emocional por parte das crianças e jovens.” (E18)

“É fundamental que o professor consiga identificar que algo no desenvolvimento da criança não está a correr bem, saiba identificar as situações de sofrimento, consigam muito rapidamente, em fases iniciais, dar o alerta de que algo não está bem com aquela criança, com aquele jovem ou efetivamente com aquela família, se calhar, o desenvolvimento de uma patologia mental bastante mais grave, com todas as repercussões que isto depois vai ter, não é?” (E19)

[referindo-se a alunos que enfrentam processos de invisibilidade no contexto escolar] “Talvez esses alunos que têm dificuldades emocionais porque, para mim, na minha opinião, não é uma

necessidade permanente, mas é uma necessidade premente. E que tem de ser respondida. Aliás, eu parto do princípio, e por realidades que vou passando, que a escola tenta é equilibrar a parte emocional. O problema aqui, que é o grande "se" da equação é até que ponto é que a resposta que é dada pela escola vai ao encontro da realidade daquela criança ou daquele adolescente. Se me pergunta assim, se eu considero que a escola, neste momento, responde às necessidades todas não. Até porque é assim: há muitos alunos com essas necessidades transitórias, com dificuldades de aprendizagem, que talvez porque o ambiente e a forma como nós fazemos é mais apelativa, ou seja, uma coisa é eu estar formalmente sentada numa sala e eu tenho de corresponder àquele padrão. Mas se eu emocionalmente não estou bem, se eu tiver apoio ao lado, sou capaz de me conseguir organizar." (E22)

"Dificuldades emocionais e familiares afetam a aprendizagem de várias maneiras, a meu ver. E, portanto, parte psicoemocional, claro que afeta a aprendizagem, se não estiver estável, a aprendizagem está altamente comprometida. A escola tem de ir ao encontro não só da parte académica, mas dar-lhes um espaço necessário, para que eles consigam ter o à vontade para conseguir deitar cá para fora, realmente, qual é a sua necessidade de ajuda. Para mim, é um alicerce base. Quer um, quer outro [afetividade e cuidado]. Porque há um ditado português que se diz com muita graça, que é: saco vazio não se põe de pé. Isto aqui diz... eu costumo dizer: são coisas pequeninas, mas que dizem muito. Por exemplo, há duas semanas, um desses alunos estava cheio de fome, não toma pequeno-almoço. Onze anos. Não come. Tem uma energia, não come. A barriga dele parecia um grupo de grulhas ali e ouvia-se." (E22)

"Por acaso, ele [refere-se a um aluno imigrante] falava português quando foi para o colégio [português]. Mas e se não falasse? Qual era a real limitação naquele colégio? Por exemplo, não havia ninguém lá dentro que falasse alemão, senão falasse português, ia sentir-se numa ilha, aquela comunidade não lhe dizia nada. Porque não percebia a língua ou porque estava sem acesso à comunicação direta. Depois, a interação ia ser altamente comprometida porquê... iria naturalmente não conseguir comunicar, logo, iria isolar-se. Não iria fazer aprendizagens, porque se as aulas são dadas todas em língua portuguesa, como é que uma pessoa que não fala a língua portuguesa e não tivesse um meio possível de comunicação, aí, ia começar a ver desinteresse." (E22)

"Sem dúvida que a instabilidade emocional, uma má gestão daquilo que vai passando na vida das crianças, depois, é refletida aqui na escola, há miúdos que podem desobedecer,

recusar a razão com tarefas indicadas, desobedecer às ordens ou aviso do professor, por exemplo, imagine, há um menino que não se cala. O professor quer dar a aula e não consegue. Portanto, este menino não se está a prejudicar só a ele, está a prejudicar a turma. Então, o que é que ele faz? Ele vai à sala de tutorias, faz uma reflexão. ” (E23)

Como pode ser apreendido nos excertos selecionados, nesse contexto, foram organizadas algumas respostas inclusivas no âmbito da política pública e da intervenção no terreno que transcendem a ação da Educação Especial, contudo, reconhece-se a importância que essa medida tem no contexto educacional. Segundo as participantes, quando as necessidades dos alunos não são atendidas atempadamente, torna-se provável que em algum momento o aluno desenvolva alguma forma de alteração em seu quadro de saúde/ comportamental/ emocional que poderia torná-lo público da EE ou de outras respostas escolares instituídas.

Pelos excertos selecionados, é notório que nos dois contextos as docentes preocupam-se com os processos de invisibilidade enfrentados pelos alunos, consideram ainda que a escola tem dificuldade de dar resposta a todas as situações enfrentadas por eles. As docentes, juntamente com os dados da literatura, apontam algumas situações vivenciadas pelos alunos e pelas escolas como parte de processos de vulnerabilidade dentro e fora da escola (Apêndice 5).

A identificação das situações vivenciadas pelos alunos e pelas escolas que ofereçam barreiras/ restrições a aprendizagem e participação com conseqüente risco de exclusão dentro e fora da escola visa romper processos de invisibilidade e promover mudanças estruturais e significativas na organização da escola, do currículo, das estratégias e metodologias estimulando relações sociais pautadas pelo respeito à diversidade e pelas garantias plenas aos Direitos Humanos Universais.

Não se trata de diagnosticar ou rotular alunos ou escolas a partir das características que trazem, antes disso, visa identificar elementos que nos levem a refletir sobre as condições que afetam a participação e aprendizagem de todos e de cada um, com foco na ampliação da capacidade de resposta às situações vivenciadas que possam se tornar fatores de vulnerabilidade/ oferecendo risco de exclusão dentro ou fora da escola.

A complexidade de situações que a escola lida cotidianamente e a diversidade de respostas que são necessárias para que os processos inclusivos se

efetivem com a qualidade que alunos/ familiares/ profissionais merecem carece de uma visão mais alargada de Inclusão, alicerçada em conceitos associados a EI, ao Modelo Biopsicossocial e a Promoção da Saúde no ambiente escolar e aos Direitos Humanos, o que permite ampliar as estratégias de respostas envolvendo diversos intervenientes como família, profissionais da saúde, assistência social, proteção civil e instituições da comunidade.

A identificação das situações vivenciadas apontadas pela literatura e pelos dados das entrevistas que constam no Apêndice 5 não visa tornar os alunos objeto de normalização e sim buscam promover mudanças estruturais e a promoção de estratégias dirigidas à ampliação da capacidade de resposta por parte das escolas para que essas situações não venham gerar ou perpetuar processos de invisibilidade e exclusão. Enfim, não se trata de estabelecer categorias de alunos a partir daquilo que é considerado desvantagem, e sim de refletir sobre estados aos quais numa perspectiva mais holística precisam de respostas ao nível das potencialidades e necessidades dos alunos e escolas, e uma das formas que vem ao encontro dessa ampliação de capacidade de resposta é a atuação intersectorial, que favorece a construção de estratégias diversificadas de ação maior segurança a intervenção docente.

Cada escola e cada contexto apresentará diferentes situações vivenciadas que podem ou não se tornar fatores de vulnerabilidade, cabe a escola e seus sistemas produzir conhecimentos sobre essas situações para reduzir o impacto delas na experiência escolar de cada aluno, tornando a diversidade de situações fontes de aprendizado para todos os alunos, objetivos que podem ser associados à perspectiva da EI.

Os dados permitem inferir que as questões ligadas aos comportamentos disruptivos podem ter origem em várias situações de vulnerabilidade. Por esse motivo, não é considerada por si só como causadora de comportamentos inadequados, e sim compreendida como a expressão de um problema maior. Nessa compreensão, acredita-se que a proposição de medidas de combate às vulnerabilidades pode naturalmente reduzir ou eliminar situações ligadas aos comportamentos que tanto afetam a aprendizagem, a interação e a participação dos estudantes e a saúde de alunos e docentes.

O risco do não reconhecimento das situações que fragilizam a experiência escolar dos alunos e a capacidade e qualidade de resposta da escola e de seus sistemas é chegar à falsa crença de que o aluno é o “problema” e não a falta de estrutura da escola. As situações vivenciadas precisam mobilizar ações/ respostas pedagógicas em vários campos, dentre eles: no currículo, nas atitudes, nas estruturas físicas, nas formas de comunicação e organização, nas propostas de formação, etc. retomando à escola o caráter de transformação social inerente à ação educativa.

Ressalta-se que a vivência da grande maioria das situações anteriormente identificadas por si só não podem ser consideradas de vulnerabilidade e/ou risco de exclusão dentro e fora da escola. Ademais, cada escola deve ser capaz de identificar as situações que podem impor esses riscos e por meio da ampliação da capacidade de respostas deve elaborar planos capazes de articular as necessidades/ potencialidades dos alunos com o trabalho pedagógico realizado pela escola para todos e para cada um dos alunos. Uma das abordagens possíveis para a ampliação da capacidade de resposta das escolas, construção de consciência e conhecimento para a realização do trabalho inclusivo pode ser encontrada nas parcerias de trabalho intersetorial e colaborativo, dentre tantas outras ações realizadas pelas escolas.

Atribuir o insucesso escolar a qualquer uma das situações anteriormente apontadas no Apêndice 5 deve ser uma escolha para a escola que se propõe a ser inclusiva, apenas terceiriza a culpa pela falta de respostas, pela via de justificativas reducionistas. Identificar as situações de vulnerabilidade vivenciadas pela escola e por seus alunos deve, por meio da construção de conhecimento e consciência contribuir para desestigmatizar os processos individuais e coletivos, reduzir o medo da diferença e ampliar a qualidade das respostas educacionais, visando romper com processos de invisibilidade impostos a alunos que por diversas questões veem sua participação e aprendizagem na escola comprometidas. Tal perspectiva amplia o protagonismo da escola frente aos processos educacionais ligados à Inclusão escolar e social.

Na esteira das ideias de Silva (147), que sustenta que:

“O professor, diante da profusão de informações, vê-se incapacitado (daí a proliferação de cursos de capacitação) e desatualizado (por isso a frenética busca por cursos de atualização). O que se pretende interrogar aqui é a voracidade

que está em jogo. Não basta saber algo, temos que saber tudo.
”

Refere-se que o presente trabalho também não defende que a escola deva “resolver” ou responsabilizar-se pela solução de todas as mazelas da sociedade ou das incoerências que se dão em outros ambientes pela via do cientificismo, argumenta-se em favor do protagonismo da escola na construção de uma sociedade mais justa, democrática e inclusiva. Reconhece-se, entretanto que muitas das respostas escolares necessárias ao desenvolvimento de processos inclusivos já são realizadas nos ambientes escolares, na contramão de processos de homogeneização e de sistemas de avaliação padronizados, com metas e objetivos que desconsideram as características de cada contexto.

Permitindo afirmar que os professores já assumem inúmeras responsabilidades e uma imensa carga de trabalho e saber, por esse motivo é proposto o fortalecimento das parcerias de trabalho intersetorial. Assim como a inclusão é uma construção histórica, a construção de consciência e de conhecimento acerca das situações vivenciadas que possam representar barreiras a inclusão também serão, ainda assim, permanecerão sendo processos imperfeitos e inacabados.

Todas as formas de exclusão são terríveis e geram resultados sociais e educacionais nefastos. Contudo, uma das piores formas dela talvez seja a invisibilidade no interior da escola. Quando essa instituição deixa de ver as questões que colocam os alunos em risco de exclusão seja pela omissão ou pela ausência de respostas, ignorando assim a necessidade de transformação social intrínseca ao fazer educacional, ela exclui cínica e brutalmente aqueles a quem supostamente alega estar incluindo.

Por esse motivo, ao longo desse trabalho, advogou-se na defesa da ampliação da capacidade de resposta por parte dos sistemas escolares pela via da construção de consciência e de conhecimento acerca dos fatores que impactam a vida, aprendizagem, a participação e interação dos alunos na escola, com aporte à compreensão das influências impostas pelos Modelos Biomédico e Social, que levaram ao surgimento do Modelo Biopsicossocial, que propõe uma abordagem multi-sistêmica e holística dos processos e que pode ser associado aos princípios basilares da Escola Inclusiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Inclusão na escola e os processos para sua concretização não são problemáticas novas, mesmo assim continuam a justificar investigações, uma vez que as práticas a ela vinculadas resultam de complexas relações que ainda desafiam gestores de políticas públicas, escolas e professores. Desta forma os dados apresentados nessa pesquisa permitem inferir que ainda existem perspectivas que precisam ser exploradas para a compreensão desse ato educativo tão importante.

Esse trabalho se propôs a compreender os fenômenos inclusivos na escola a partir das influências entre os paradigmas da Exclusão (ou Segregação), Integração e Inclusão com os Modelos Biomédico, Social e Biopsicossocial. Defendeu-se que a Inclusão na escola se insere no quadro dos Direitos Humanos e por esse motivo, ações inclusivas devem destinar-se a todos os alunos, especialmente a aqueles que vivenciam situações de vulnerabilidade que os tornem suscetíveis a processos de exclusão dentro e fora da escola. Tal perspectiva não dissocia a inclusão na escola da inclusão social, ressaltando assim a responsabilidade da sociedade, dos profissionais da Educação e Saúde na promoção dos processos inclusivos com vistas ao respeito à diferença, igualdade e diversidade.

Nesse sentido, nos alinhamos à Rodrigues (18) quando defende que: “Se a escola não mudar não pode ser inclusiva, porque ela não foi criada para ser, ela tem é que se tornar inclusiva”. Ressalta-se que não apenas a escola precisa mudar, mas também e principalmente a sociedade.

Esse trabalho buscou evidenciar que por inclusão na escola compreende-se um processo contínuo e em constante movimento, que visa identificar e eliminar barreiras à aprendizagem, participação e interação de todos com todos, além de romper com processos de invisibilidade no interior da escola. A inclusão deve pautar-se pela não diferenciação dos alunos a partir de características consideradas desvantagens individuais, mas sim pela ampliação da capacidade de respostas inclusivas por meio da promoção de mudanças estruturais/ atitudinais que passam pelas políticas públicas de diversos setores como: Saúde, Educação, Assistência Social, Proteção Civil, dentre outras, sem negligenciar a construção de consciência e

conhecimento acerca das situações vivenciadas que impactam o funcionamento e a cultura de cada sociedade.

Especificamente na perspectiva aqui apresentada, buscou-se compreender como se dão os processos inclusivos na escola a partir da produção de conhecimento sobre as influências dos Modelos Biomédico, Social e Biopsicossocial nas concepções e práticas de intervenção direcionadas à Inclusão Escolar nos dois contextos brasileiro (Município de Campinas) e português (Municípios de Vila Nova de Gaia e Porto). Os dados evidenciaram que em ambos ainda é possível notar forte influência do Modelo Biomédico, contudo nota-se que este vem dando lugar a critérios de ordem pedagógica, o que pode ser notado na composição da equipe multidisciplinar em Portugal de acordo com o Decreto Lei 54/2018 e nas orientações contidas no Glossário da Educação Especial no Brasil, situação que pode se consolidar com mais clareza no futuro e reverberar nas práticas de intervenção nas escolas.

Ressalta-se que, especificamente acerca do contexto português, o decreto referido além de vincular-se a importantes normativos do ordenamento jurídico educacional, apresenta outro grande, inédito e significativo salto qualitativo tornando-se um diploma legal dirigido a EI, rompendo o paradigma de que medidas inclusivas destinam-se apenas a alunos atendidos pela EE caracterizados pela presença de deficiências em suas estruturas e funções do corpo, permitindo inferir que a escola pode congrega as medidas educativas disponíveis dentro e fora dela no sentido de ampliar a capacidade de respostas às situações vivenciadas pelos alunos e escolas.

Por outro lado, esse fator também pode ser seu maior risco, o que requer extrema atenção e cuidado de gestores das políticas públicas, profissionais da educação e saúde para que conquistas históricas do campo da EE não sejam perdidas, desconsiderar aspectos individuais do desenvolvimento de cada aluno, bem como aspectos do tripé saúde- doença- participação que ofereçam risco de exclusão/ segregação ou mesmo de reduzir a Inclusão a uma Integração na escola meramente por força de lei seria um grande equívoco.

Por isso, ambicionam-se modelos e práticas educativas que agreguem contribuições dos Modelos Biomédico e Social numa compreensão mais holística e

participativa que envolva alunos, responsáveis⁶⁵, profissionais da escola, da saúde, da proteção civil, da assistência social, instituições da comunidade, dentre outros, e que favoreça o desenvolvimento de processos inclusivos na escola e conseqüentemente na sociedade, concretizando assim o protagonismo da escola frente aos processos de mudança social e cultural.

O protagonismo atribuído à escola na definição das respostas educativas é, sem dúvida, uma marca de ruptura com uma orientação que tornava o “professor de Educação Especial”, o “especialista” responsável por “resolver” os déficits dos alunos, numa perspectiva ancorada pelo Modelo Biomédico, para que esses não “atrapalhassem” a aula dos demais, impulsionando uma visão atualizada, sistêmica de Educação Inclusiva, de responsabilidade partilhada entre diversos intervenientes (escola, família, serviços da saúde, assistência social e comunidade), em linha com o Modelo Biopsicossocial. Nesse sentido é preciso fortalecer o protagonismo da escola frente às transformações sociais e culturais, pois a escola tem potencial para estimular a consciência transformadora capaz de alterar comportamentos e hábitos ligados à cultura de exclusão.

Os dados permitiram inferir que no interior da escola nos dois contextos existem alunos que vivenciam situações de vulnerabilidade que exigem respostas metodológicas e atitudinais diversificadas, sem as quais não apenas a aprendizagem fica comprometida, mas também a participação e a efetivação dos direitos fundamentais reservados a todos os cidadãos, uma vez que o não acolhimento das diferenças individuais e das necessidades/potencialidades de cada aluno pode gerar ou perpetuar processos de exclusão. Permitindo inferir que na perspectiva do Modelo Biopsicossocial é importante que a escola desenvolva mecanismos de identificação das situações de risco à exclusão dentro e fora dela impostas por processos culturais, por inadequações atitudinais, estruturais, didático-metodológicas, dentre outras.

A identificação das situações vivenciadas pelos alunos e pelas escolas que ofereçam barreiras/ restrições a aprendizagem e participação com conseqüente risco de exclusão dentro e fora da escola visa romper processos de invisibilidade e promover mudanças estruturais e significativas na organização da escola, do currículo, das estratégias e metodologias estimulando relações sociais pautadas pelo

⁶⁵ Encarregados de educação.

respeito à diversidade e pelas garantias plenas aos Direitos Humanos Universais. Esse processo pode se dar pela construção de conhecimento e consciência acerca das situações vivenciadas pela sociedade, pela escola e pelos alunos, contribuindo para desestigmatizar processos individuais e coletivos, reduzir o medo da diferença e ampliar a qualidade das respostas educacionais, visando a redução/ eliminação de barreiras impostas a alunos que por diversas questões veem sua participação, interação e aprendizagem na escola comprometidas. Tal perspectiva amplia o protagonismo da escola frente aos processos educacionais ligados à Inclusão escolar e social, à redução de estigmas e preconceitos.

A existência de leis e políticas públicas inclusivas constituem garantias fundamentais para a efetivação dos direitos sociais, dentre eles a Inclusão, definida nesse trabalho como um direito humano emergente. Entretanto a escola se mostra muito mais complexa que a mera existência de garantias legais, uma vez que o cerne da efetivação da lei e das políticas educacionais são as relações humanas e culturais que, de certo modo são moldadas pela sociedade e reverberam no interior da escola.

Nesse sentido o protagonismo dos processos inclusivos pela escola confere a ela um imenso potencial de transformação social, o que leva a inferir que mesmo havendo políticas públicas coerentes, leis adequadas e um trabalho intersetorial e colaborativo que respeite as delimitações naturais de cada campo de atuação, todos são apenas elementos coadjuvantes das relações entre as pessoas, das expectativas em torno da escolarização de cada aluno, da construção do currículo, e principalmente da reprodução ou não da “fôrma/ gramática escolar” . Assim uma das principais mudanças que precisam ser levadas a cabo diz respeito ao investimento nos profissionais da escola, na flexibilidade do currículo, das estratégias e metodologias, dos espaços e tempos pedagógicos, na garantia das condições de trabalho como o não abarrotamento das salas, a disponibilização de recursos financeiros, materiais e humanos em quantidade suficiente, de modo que a escola tenha condições de promover seu papel frente aos processos pedagógicos e cumpra o propósito de atender a todos e a cada um conforme suas necessidades e potencialidades.

Por outro lado, a pesquisa aqui apresentada procurou lançar reflexões sobre as necessidades estruturais para que a escola consiga atender a complexidade de questões que a ela são requeridas, assim questiona-se até que ponto a escola

deve assumir sozinha a resolução de problemáticas de ordem socioeconômica, emocionais, ligadas ao exercício do direito pleno à saúde, ao lazer, ao esporte, à cultura etc, que de certo modo estão muito além da sua capacidade de “dar conta”? Até que ponto a escola não se sobrecarrega por assumir funções que estão além dos recursos que dispõe internamente? O que certamente exige dela uma atuação em rede que inclua diversos intervenientes.

A segmentação das políticas públicas das áreas da educação e saúde, ao mesmo tempo em que garante delimitações às áreas de atuação, tem produzido efeitos danosos para a efetivação da inclusão escolar com respeito às individualidades dos alunos, o que reforça o paradigma multidisciplinar, segundo o qual é necessário que, ao encontrar uma barreira sem resposta no contexto escolar, como dificuldades significativas de aprendizagem, questões comportamentais, emocionais, familiares etc, a escola faça encaminhamentos para que outros profissionais em ambientes clínicos deem novas alternativas, novas condutas. Defende-se aqui, a ampliação da capacidade de resposta da escola e seu protagonismo frente às questões da inclusão, por meio da intensa parceria e trabalho conjunto com os profissionais da saúde, ampliando assim um atendimento inter/ transdisciplinar.

Entretanto, pela complexidade dos dados apresentados nessa investigação, é possível inferir que as relações que se dão durante os processos inclusivos entre profissionais da saúde e educação nos dois contextos precisam ser investigadas com maior profundidade. Os dados evidenciaram que essa é uma relação complexa, em processo de construção, variável dependendo de cada contexto escolar, que envolve inúmeras tensões e disputas para as duas áreas profissionais, mesmo assim a análise do material obtido nas entrevistas permite inferir que a finalidade desse trabalho conjunto é a promoção de processos inclusivos mais próximos das necessidades e potencialidades dos alunos/ escolas. Ressalta-se para os dois contextos, a necessidade de tomar cuidado com o excesso de especialização, com a ideia de que apenas a saúde detém um conhecimento técnico e que deve “resolver” ou se responsabilizar por tudo.

Educação e saúde tem seus *modus operandi* e seus lócus de atuação. Não se pretende que isso seja rompido, pois a natureza, princípios e objetivos do atendimento que acontece na clínica divergem do que acontece na escola e vice-versa, contudo os conhecimentos que são produzidos em um ambiente, muitas vezes

podem auxiliar os profissionais do outro a promover a Inclusão de um modo mais alinhado com as necessidades e potencialidades de cada aluno. Ainda, as interações, formas de fazer, ser e aprender que se dão em um ambiente em muito podem contribuir para a concretização dos objetivos do outro. Assim, sem invadir campos de atuação, ambas as áreas podem trabalhar em conjunto para que a inclusão, a participação, a interação, a aprendizagem de todos os alunos aconteça de modo mais respeitoso e digno.

Para que essa parceria de trabalho se efetive é necessário que as áreas se integrem por meio de uma visão integral do indivíduo, compatível com uma perspectiva biopsicossocial não se resumindo a questões orgânicas e de reabilitação ou restritas à aprendizagem. O contexto da inclusão escolar é muito mais desafiador e precisa de respostas ousadas, diversificadas e criativas, por isso recomenda-se aos dois contextos uma reestruturação dos cursos de formação de nível superior tanto dos profissionais da Saúde quanto da Educação para que a perspectiva acerca da importância da diferença e da diversidade adquiram um cariz que ultrapasse perspectivas meramente caritativas, rompendo as barreiras das disciplinas curriculares para que quando, confrontados pelos desafios do trabalho esses profissionais consigam compreender as contribuições, possibilidades e limites de cada área.

Na esteira do Modelo Social e da universalização do ensino público e gratuito, é possível inferir que a escola esmerou-se numa abordagem social do acesso e da aprendizagem, Entretanto o desafio imposto por novas demandas como a necessidade de avançar na qualidade dos processos inclusivos, enquanto proposta de trabalho voltada para a ampliação da capacidade de resposta de cada escola exige uma abordagem que respeite os contextos coletivos e individuais, mas também que concretize uma atuação com o devido embasamento teórico capaz de solidificar os propósitos da escola para todos com qualidade.

Na busca pela qualidade na escola pública é preciso considerar as contribuições trazidas pelos Modelos Biomédico e Social e ao mesmo tempo reconhecer os constrangimentos, tensões e dificuldades trazidas por cada um deles, para enfim, chegar a conceitos e práticas de inclusão capazes de reconhecer riscos e potencialidades, aliando conhecimentos de diversas áreas na busca de melhores condições de acesso e permanência com qualidade na escola. O que com certeza

trará resultados e mudanças positivas ao campo das atitudes frente à diferença e no planejamento e implementação das políticas públicas do setor. Isso também é esperado de processos inclusivos, que tornem seres humanos mais afetos à diversidade e à diferença, que promovam a aprendizagem para o respeito a todos e a cada uma da forma que são, sem a expectativa que todos cheguem ao mesmo lugar, ao mesmo tempo e da mesma maneira. O que passa indubitavelmente pela mudança de olhar por parte da sociedade, em linhas gerais trata-se de um processo longo e cheio de nuances, das quais a Inclusão Escolar e a atuação transformadora da escola não podem esquivar-se.

Os dados demonstraram que na realização do trabalho intersetorial existem ganhos, tensões e constrangimentos que podem ser percebidos em menor ou maior intensidade, a depender de cada contexto local e momento histórico e da atuação das pessoas envolvidas. Pela leitura e interpretação dos dados, talvez seja possível inferir que o ponto central das dificuldades para atuar colaborativamente não esteja restrito à hierarquia entre as áreas, embora ela não possa ser desconsiderada, ou meramente ao exercício do poder de uma área profissional sob a outra, também passam pelas expectativas geradas e pela delimitação de saberes de cada área que por força da necessidade obrigam-se a interagir, situação em que tensões e constrangimentos que também podem ser encontradas em outros contextos da sociedade podem surgir, como exemplo a supervalorização do saber médico em detrimento de qualquer outro.

Os dados permitiram inferir que as relações entre profissionais da Saúde e Educação são dinâmicas, perpassadas por temas complexos como a patologização e a medicalização, que marcam uma linha tênue e perigosa para a escola, permitindo propor questionamentos sobre o uso de medicamentos para controle dos corpos e comportamentos, para fazer com que estes atinjam os resultados acadêmicos que são esperados, incorrendo até mesmo em patologizar comportamentos típicos do desenvolvimento infantil, para desviar a atenção da dificuldade da escola e de seus profissionais para mudar, adequando métodos e estratégias às necessidades e potencialidades dos alunos. Por outro lado, os dados também permitiram inferir que ignorar totalmente a contribuição que o uso dos recursos farmacológicos para aqueles que realmente necessitam pode ser danoso para o desenvolvimento dos alunos, o que evidencia a importância do trabalho intersetorial e colaborativo, de modo a

proporcionar estratégias diversificadas para minimizar riscos e o efeitos nocivos dos excessos de ambas as áreas.

Embora a concepção de inclusão nos dois contextos demonstre que ambos estão em linha ou na busca pelo alinhamento com a literatura internacional, as respostas escolares ainda aparentam restritas aos critérios impostos pelo Modelo Biomédico, situação que pode ser sentida com mais intensidade no contexto brasileiro, que a despeito das determinações do governo central de não tornar o CID obrigatório, como especificado pelas participantes ainda baseia o fornecimento de respostas pedagógicas ao fornecimento de um laudo médico, permitindo inferir que na prática podem ocorrer procedimentos locais em desacordo com as normas gerais.

Especificamente acerca do contexto português, nota-se uma intencionalidade da política pública muito marcada pelo desejo de superar um Modelo Biomédico de inclusão, o que passa pelas mudanças estruturais percebidas principalmente a partir do Decreto Lei 54/2018. Para a efetivação da inclusão na perspectiva dos Direitos Humanos é fundamental a esse contexto continuar avançando na direção da superação do paradigma da Integração, sem perder a qualidade dos processos inclusivos já existentes. Para isso é fundamental continuar a investir nas parcerias com os mais diversos setores da sociedade.

Os dados permitiram perceber que pela amplitude de respostas encontradas no contexto português, pela aproximação com os profissionais da saúde e pela presença na escola de espaços mais estruturados, talvez alunos que apresentem situações de saúde que apresentem maior complexidade, encontrem melhores condições de atendimento na escola comum. Alunos que no contexto brasileiro acabariam por permanecer em espaços pautados por critérios médicos ligados a características tidas como desvantagens individuais. Ressalta-se que não está sendo dito que em Portugal isso não ocorra, o foco aqui é refletir acerca da diversificação de respostas e da aproximação com setores ligados à manutenção e promoção da saúde.

A inclusão se traduz em qualidade para a educação porque permite a construção de respostas pedagogicamente diferenciadas, permite a construção de ambientes ricos e desafiadores. Na perspectiva dos Direitos Humanos, a escola deve promover um clima de efetivo respeito pelos ritmos de aprendizagem, cultura, gênero,

e principalmente ouvir todos os envolvidos nos processos: responsáveis, alunos, profissionais, dentre outros, o que tende a contribuir para ampliação da qualidade dos processos escolares e da capacidade de resposta da escola.

Levando à compreensão sobre a importância de conhecer as situações vivenciadas pelos alunos e pelas escolas, não para que essas sejam fontes de estigma ou de exclusão, mas sim pontos de partida para a construção de conhecimentos capazes de acolher e cuidar de todos por meio de uma estrutura escolar com capacidade de compreensão e de ação ampliadas ao nível das necessidades e potencialidades de cada aluno, seja de aprendizagem, de comportamento, familiar, socioeconômica, emocional etc. Atendendo assim a uma crescente complexidade de situações as quais alunos, professores, famílias, sociedade e escolas são desafiadas cotidianamente.

Na inércia de respostas para cada um, a escola mantém “invisíveis” em seu interior, alunos para os quais ela deveria proporcionar acolhimento e respostas promotoras de aprendizagens significativas. Como referido pelas participantes e demonstrado pela literatura, questões emocionais, socioeconômicas e familiares podem interferir na aprendizagem e participação no ambiente escolar, tornando-se assim tema de trabalho para a escola. Não cabe dizer que a escola vai substituir a família ou atuar de modo assistencialista, pelo contrário, ela vai contribuir para a orientação da família, atuar como parceira desta e dos profissionais de outras áreas, assumindo aquilo que lhe cabe, o protagonismo frente aos processos inclusivos, que residem na participação e na aprendizagem de todos para a escola e para a vida em comunidade.

Ancorada na lógica do Modelo Biopsicossocial e nos princípios da EI, a inclusão não pode restringir-se apenas ao atendimento da Educação Especial, menos ainda depender exclusivamente do laudo médico para o provimento de respostas educacionais, com o risco de deixar à margem dos processos escolares, alunos que por dificuldades de ordem familiar ou socioeconômica não consigam acesso à Saúde para obter esse documento. Mesmo aqueles que não tem nenhuma AFEC, mas que devido às situações de vulnerabilidade que enfrentam possam estar suscetíveis a processos de exclusão/ segregação.

Avançar no sentido de uma perspectiva biopsicossocial na educação não significa ignorar as contribuições do Modelo Biomédico para a compreensão do processos ligados ao tripé saúde/ doença-participação, antes visa assumir que além do aspecto biomédico, fatores de ordem social, psicológica e ambiental também influenciam as formas de aprendizagem e de interação. Amparando-se em uma abordagem Sócio Ambiental Promoção da Saúde, segundo a qual a saúde deve ser promovida nos espaços em que os indivíduos frequentam, como a escola.

Os dados permitiram inferir que a inclusão é um propósito ancorado em valores e Direitos Humanos voltados para o cuidado, participação, interação, aprendizagem e transformação social, que se dão pelo desenvolvimento da empatia e do enfrentamento do medo da diferença, pelo reconhecimento de que circunstâncias diferentes requerem respostas diferenciadas. Os desafios permanecem, as necessidades, possibilidades e potenciais respostas são sempre dinâmicas, dependem da qualidade dos processos, do conjunto de valores que são estimulados socialmente e das garantias legais, pedagógicas, jurídicas que se constroem nos processos de inclusão.

Os dados revelaram que tanto o sucesso, quanto o insucesso escolar passam pela capacidade dos sistemas educativos de promoverem respostas às dificuldades/ potencialidades individuais. Assim a multiplicidade de questões a serem enfrentadas para que a inclusão escolar tenha condições de prover tais respostas sem atribuir aos alunos a obrigação de se adequar aos espaços e formas de aprendizagem com base em critérios “normalizadores” e estigmatizantes passa pela necessidade de um trabalho que vai além da escola, que envolve diversas áreas e categorias profissionais em torno de um trabalho dirigido à melhoria das condições, não apenas de acesso, mas principalmente de sucesso escolar de todos os estudantes.

Do ponto de vista político importa perceber que os documentos orientadores nos dois países passam por momentos marcadamente distintos, o governo português foca suas ações em políticas progressistas e na ampliação de uma escola alinhada aos princípios da Educação Inclusiva e na superação de um modelo integracionista. No Brasil, percebe-se que políticas mais conservadoras levam os rumos da Inclusão para local incerto e duvidoso, exemplo disso é a recente discussão que se dá no âmbito da revisão da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, que passará a intitular-se “Política Nacional de

Educação Especial” segundo proposta que tramita no Congresso Nacional, o que pode representar na prática uma redução do conceito de Inclusão à atuação da Educação Especial, representando assim um retrocesso sem precedentes.

A gramática escolar e os processos de promoção da exclusão e da invisibilidade originam-se em múltiplos fatores, que perpassam culturas e práticas sociais, seria ingênuo acreditar que se perpetuam como meros “acidentes do cotidiano”. É possível inferir que aquilo que é socialmente valorizado e esperado impõe uma espécie de intencionalidade em manter a sociedade funcionando sem alterações bruscas, por esse motivo, é importante que a escola consiga efetivar o seu papel, enquanto transgressora de sistemas excludentes e promotora de conhecimento. Para isso é importante promover mudanças estruturais que passam desde a legislação, até às atitudes, métodos, características e intencionalidades dos materiais utilizados, currículo, objetivos, dentre outras.

Reconhecendo que a vivência da inclusão na escola e fora dela pressupõe percorrer um longo e sinuoso caminho, entretanto muito valioso, desse modo continuamos a acreditar na escola pública e nas possibilidades que oferece para, numa lógica de responsabilidade partilhada, encontrar respostas educativas promotoras de aprendizagens significativas para todos tanto no campo da aprendizagem escolar quanto do convívio em sociedade.

Embora a coleta e análise dos dados tenham sido realizadas em momento anterior a pandêmica do SARS COV 2 em 2020, nota-se que a pesquisa traz relevantes contribuições para a compreensão de fenômenos ligados ao funcionamento da escola, a sua capacidade de responder às necessidades dos alunos e principalmente de materializar um dos seus principais imperativos, que é trabalhar para a redução das desigualdades. Desse modo é possível inferir que, em um momento de enfrentamento de uma pandemia planetária, muitas das situações de vulnerabilidade presentes nas escolas dos dois contextos, mostram-se mais evidentes, produzindo efeitos cruéis ligados à exclusão dos espaços escolares, mesmo que virtuais, evidenciado assim as fragilidades sociais e estruturais presentes em nossa sociedade, que ainda mantém nas margens aqueles que não se encaixam nos padrões socialmente esperados e valorizados.

REFERÊNCIAS

- 1- Booth T, Ainscow M. Índice para a inclusão: desenvolvendo a aprendizagem e a participação na escola. Bristol: CSIE, 2002.
- 2- UNESCO. Declaração de Salamanca: sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educativas especiais. Salamanca, 1994.
- 3- UNESCO. Organização das Nações Unidas para a educação, a ciência e cultura: Policy guidelines on inclusive education. Paris, 2009.
- 4- UNESCO. A guide for ensuring inclusion and equity in education. Paris, 2013.
- 5- UNESCO. Marco da educação 2030: Declaração de Incheon. Incheon, Coréia do Sul, 2015.
- 6- UNESCO. Education for Sustainable Development Goals: Learning Objectives; Paris, France, 2017.
- 7- ONU. Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2015. [Acesso em 21/12/2019]. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wpcontent/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>.
- 8- ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas. Paris. Disponível em: <<http://www.dudh.org.br/wpcontent/uploads/2014/12/dudh.pdf>. Acesso em 21/12/2019
- 9- Fórum das Culturas. Declaração Universal dos Direitos Humanos Emergentes- DUDHE Monterrey, México, 2007.
- 10-Rodrigues D. Dimensões éticas da Educação Inclusiva. Revista Educação Inclusiva – Pró Inclusão, v. 8, n. 2, p. 11-17, 2017.
- 11-Sassaki RK. Vida independente: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR, 2003.
- 12-Sassaki RK. Inclusão: acessibilidade no lazer, trabalho e educação. Revista Nacional de Reabilitação (Reação) 2009, ano XII, p. 10-16.
- 13-OMS. CIF Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde-2003. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]

- 14-Abramovay M, Castro M G, Pinheiro LC, Lima FS, Martinelli CC. Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas. Brasília: UNESCO/BID, 2002.
- 15-Sousa S et al. Vulnerabilidades individuais e racionais entre adolescentes de uma escola pública. *Revista Perquirere*, v. 14, n. 1, p. 128-140, 2017.
- 16-Oviedo RAM. Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 19, n. 53, p. 237-49, 2015.
- 17-Ferreira, Windyz B. Vulnerabilidade à violência sexual no contexto da escola inclusiva: reflexão sobre a invisibilidade da pessoa como deficiência. REICE. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficácia y Cambio en Educación* 2008:120-136.
- 18- Rodrigues D. Inclusão: o elogio de uma certa forma de imperfeição. *Revista Educação Inclusiva - Pró Inclusão*, v. 9, n. 1, p. 7-8, 2018.
- 19-Thoma AS. Entre normais e anormais: invenções que tecem inclusões e exclusões das alteridades deficientes. In: Pellanda, N. M.; Schlünzen, E.; Junior, K. (Orgs.). *Inclusão digital: tecendo redes afetivas/cognitivas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. p. 253-274.
- 20-Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 2002; v. 11, n. 1, p. 67-84.
- 21-Engel GL. The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science*, v. 196, n. 4286, p. 129-136, 1977.
- 22-Puttini RF et al. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Revista Physis*, v. 20, n. 3, p. 753-767, 2010.
- 23-Diniz D. O modelo social da deficiência: a crítica feminista; 2003; *Série Anis*, n. 28, p. 1-8.
- 24-The Guardian. Carta de Paul Hunt. [Acesso em 3/11/2019]. Disponível em: <https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Hunt-Hunt-1.pdf>
- 25-Sebastião J; Correia S V (s/d). *A democratização do ensino em Portugal*. Santarém: Escola Superior de Educação. [Acesso em 15 out/2018]. Disponível em

- http://www.ese.ipsantarem.pt/projectos/artigos_fct/A%20democratiza%C3%A7%C3%A3o%20do%20ensino%20em%20portugal.pdf
- 26-Freitas DNT. Ação reguladora da União e qualidade do ensino obrigatório. *Educar*, n.31, p.33-51, 2008. [Acesso em 6 set/ 2018]. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/1550/155014216004.pdf>
- 27-UNESCO -Sexta conferência internacional de adultos: marco de ação de Belém. Brasília, DF, 2010.
- 28-Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 30, n. 1, p. 60-72, 2006.
- 29-Pereira TTSO, Barros MNS, Augusto MCNA. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. *Barbacena*, v. 9, n. 17, p. 523-536, dez. 2011. [acesso em 13/01/2019]. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&nrm=iso
- 30-Augustin IRL. Modelos de deficiência e suas implicações na educação inclusiva. IX ANPED SUL. 2012. [acesso em 20/02/2019]. Disponível em <https://docplayer.com.br/399525-Modelos-de-deficiencia-e-suas-implicacoes-na-educacao-inclusiva.html>
- 31-Sassaki RK. *Inclusão: construindo um a sociedade para todos*. 3. ed. Rio de Janeiro: WVA, 1999.
- 32-Smith et al. *Ensinar alunos com necessidades especiais em contextos inclusivos*. Boston: Allyn and Bacon, 2001.
- 33-Harris A; Enfield S. *Incapacidade, Igualdade e direitos humanos. Um Manual de Treinamento para Desenvolvimento e Ajuda Humanitária*. Osfam. UK ,2003
- 34-Silva MOE. Da exclusão à inclusão: concepções e práticas. *Revista Lusófona de Educação*, n. 13, p. 135-153, 2009. [Acesso em 13/01/2019]. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rle/n13/13a09.pdf>
- 35-OMS. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.
- 36-Silva KCB. O discurso médico-psicológico na configuração do campo da Educação Especial. Universidade São Carlos. *Revista Eletrônica de Educação*, 2016. [Acesso em 12/2/2020]. Disponível em <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/1198>

- 37-Werneck C. Sociedade Inclusiva: Quem cabe no seu “todos”? Rio de Janeiro: WVA Editora, 1999
- 38-Costa et al Inclusão escolar na perspectiva da educação para todos de Paulo Freire, 2011. VII encontro da associação brasileira de pesquisadores em educação especial. [Acesso em 23/04/2019]. Disponível em <http://www.uel.br/eventos/congressomultidisciplinar/pages/arquivos/anais/2011/politicas/346-2011.pdf>
- 39-Mazzota MJS. Educação Especial no Brasil. História e Políticas públicas. São Paulo; Ed.: Cortez, 1996.
- 40-Leavell HR, Clark EG. Medicina preventiva. Rio de Janeiro: McGraw-Hill do Brasil, 1976.
- 41-Barnes C. Uma piada "ruim": reabilitar pessoas com deficiência em uma sociedade que incapacita? In P. Brogna (Org.), Visões e revisões de deficiência. (pp. 101-122). (2009). México.
- 42-Bampi LNS et al. Modelo social: uma nova abordagem do tema da deficiência. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 18, n. 4, p. 816-823, 2010.
- 43-Oliver M. Social Work with Disabled People. London: MacMillan; 1983.
- 44-Diniz D et al. Deficiência, direitos humanos e justiça. Revista Internacional de Direitos Humanos, São Paulo, n. 11, p. 65-78, 2009.
- 45-Public Law (1975) Estados Unidos. Lei pública número 94.142 de 1975, 94-142. O ato de educação a todas as crianças portadoras de deficiência. [Acesso em 13/08/2019]. Disponível em: <https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-89/pdf/STATUTE-89-Pg773.pdf>.
- 46-Correia LM. Educação inclusiva ou educação apropriada? (2001). In D. Rodrigues (org). Educação e diferença: Valores e práticas para uma educação inclusiva. 123-142. Porto: Porto Editora.
- 47-Warnock, HM. Special education needs report of committee of enquiry into the education of handicapped children and young people. London: Her Majesty's Stationery Office.
- 48-Lara LF. Gestão de pessoas e o desafio da inclusão das pessoas com deficiência: uma visão antropológica da deficiência. Revista Capital Científico – Eletrônica, v. 11, n. 3, p. 121-142, 2013.

- 49-Plaisance E. O Especial na Educação: significados e usos. Educação & Realidade, 2019. [Acesso em 07/03/2020]. Disponível em <https://doi.org/10.1590/2175-623684845>
- 50-Leite LP, Martins SESO. Fundamentos e estratégias pedagógicas inclusivas: respostas às diferenças na escola. São Paulo: Cultura Acadêmica/ Oficina Universitária. Universidade Estadual Paulista/ Faculdade de Filosofia e Ciências, 2012.
- 51-Jannuzzi GM. A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 2004.
- 52-Coimbra JAA. Considerações sobre a interdisciplinaridade. In: Philippi JR., A. Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais. São Paulo: Signus, 2000, p. 52-70.
- 53-Zabala A. Enfoque globalizador e pensamento complexo. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- 54-Silva DJ. O paradigma transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental. In: Interdisciplinaridade em Ciências Ambientais. São Paulo: Signus, 2002, pp. 71-94.
- 55-Patto MHS. Mutações do cativeiro: escritos de psicologia e política. São Paulo: Hacker, 2000.
- 56-Bourdieu P. (Org.). A miséria do mundo. Petrópolis/RJ: Vozes, 1998.
- 57-Squinca F. O debate sobre deficiência e cuidado como desafio para as teorias de justiça. Revista de Estudos Universitários, v. 34, n. 1, p. 57-69, 2008.
- 58-Nubila HBV. Uma introdução à classificação internacional de funcionamento, deficiência e saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 35, n. 121, p. 122-123, 2010.
- 59-Sousa J (coord.) Mais Qualidade de Vida para as Pessoas com Deficiências e Incapacidades. 2007, Uma Estratégia para Portugal, Vila Nova de Gaia, Centro de Reabilitação Profissional de Gaia e ISCTE.
- 60-Capucha L. Inovação e justiça social. Políticas activas para a Inclusão educativa sociologia, problemas e práticas, n.º 63, 2010, pp. 25-50
- 61-Farias N, Buchalla CM. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005.

- 62-Portugal. Decreto-Lei nº3/2008, de 7 de janeiro, Diário da República n. 4, 1ª Série – Ensino Especial, 2008.
- 63-Correia LMC. A Utilidade da CIF em Educação à luz do Decreto-Lei 3/2008: um estudo exploratório (2012). [Acesso em 30/03/2019]. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Luis_Miranda-correia/publication/269806735
- 64-Correia LM. (1999). Alunos com necessidades educativas especiais nas classes Regulares. Porto: Porto Editora
- 65-Farias, ICV, Franco de Sá, Ronice M P, FN, & Menezes Filho, Abel. (2016). Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. Revista Brasileira de Educação Médica, 40(2), 261-267. [Acesso em 20/02/2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n2e02642014>
- 66-Valadão MM. Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. 2004. 154 f. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde) – Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2004.
- 67-Santos BS. Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitanismo multicultural. Introdução: para ampliar o cânone do reconhecimento, da diferença e da igualdade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- 68-Costa JJS. A educação segundo Paulo Freire: uma primeira análise filosófica. 2015. [acesso em 02/01/2020]. Disponível em <http://www.theoria.com.br/edicao18/06182015RT.pdf>
- 69-Stephen RS, Magalhães A. A Diferença Somos Nós – A Gestão da Mudança social e as Políticas educativas e sociais. Edições Afrontamento (2005).
- 70-Scliar M. História do Conceito de Saúde. Physis. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro 2007: 29-41. [Acesso em 12/01/2020]. Disponível em www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf
- 71-Feio A, Oliveira CC (2015). Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. Saúde e Sociedade, 24(2), 703-715. [Acesso em 18/06/2018]. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000200024> .
- 72-Chagas JC, Pedroza RLS. Patologização e Medicalização da Educação Superior. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2016 [acesso em 15/01/2020]. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-3772e32ne28>

- 73-Relatório Lalonde. Uma nova perspectiva para a saúde dos canadenses. Canadá, 1974.
- 74-Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Revista Saúde Pública 1997 [acesso em 20/03/2020] p. 538-542. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016&lng=en
- 75-Ewles L., Simnett I. Promoting health. A practical guide. 1999. 4ªed. London: Baillière Tindall.
- 76-Carvalho A, Carvalho GS. Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação. 2006 Lisboa: Lusociência.
- 77-Loewenson R. Evaluating intersectoral processes for action on the social determinants of health: learning from key informants. Geneva: World Health Organization. 2013. [acesso em 15/05/2019]. Disponível em: http://www.who.int/social_determinants/publications/SDH5.pdf
- 78-Vaz P, Pombo M, Fantinato M, Peclly G. O fator de risco na mídia. Revista Interface Comunicação, Saúde, Educação, v. 11, n. 21, p. 145-153, 2007.
- 79-Backes DS. Vislumbrando o cuidado de enfermagem como prática social empreendedora [tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2008.
- 80-Carta de Ottawa. In: 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá; 1986 [acesso em 12 jun 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- 81-Declaração de Alma-Ata. In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978. Alma Ata, Cazaquistão.
- 82-Contandriopoulos AP. Podem-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 199-204, jan. /mar. 1998.
- 83-Lenoir Y. Didática e interdisciplinaridade: uma complementaridade necessária e incontornável. In: Fazenda, Ivani C. A. (Org.). Didática e interdisciplinaridade. Campinas: SP: Papyrus, 1998.
- 84-Schaffner CB, Buswell BE. Dez elementos críticos para a criação de comunidades de ensino inclusivo e eficaz. In: Stainback S, Stainback W (Orgs.). Inclusão – um guia para educadores. Tradução de M. França. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. p.69-87.

- 85-OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde. Atenção Primária Ambiental. Atenção Primária Ambiental. [Acesso em 25/02/2018]. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=204-atencao-primaria-ambiental-4&category_slug=saude-e-ambiente-707&Itemid=965. Brasília. 1999
- 86-Freitas MF, Dias JP. Teoria social cognitiva: conceitos básicos. 2010. *Ciência & Cognição*, 204-205.
- 87-Rosemberg F. Educar e cuidar como funções da educação infantil no Brasil: Perspectiva histórica. São Paulo: Faculdade de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade de Campinas, 1999.
- 88-Montenegro T. O cuidado e a formação moral na educação infantil. São Paulo: Educ, 2001
- 89-Portugal. Referencial da Educação para a Saúde, 2017. [Acesso em 21/9/2019]. Disponível em <https://dge.mec.pt/noticias/educacao-saude/referencial-de-educacao-para-saude>.
- 90-Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara, 1963.
- 91-Castro MG. Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades sociais e violência. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo: Fundação Carlos Chagas, n. 116, p. 143-176, jul. 2002.
- 92-Pereira SFN. (2010). Crianças e adolescentes em contexto de vulnerabilidade social: articulação de redes em situação de abandono ou afastamento do convívio familiar.
- 93-Vitello SJ, Mithaug DE. Inclusive Schooling: National and international perspectives. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 1998.
- 94-Siqueira DP, Castro LRB. Minorias e grupos vulneráveis: a questão terminológica como fator preponderante para uma real inclusão social. *Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas*. V. 5, N. 1, 2017.
- 95-Scott JB, Prola CA, Siqueira AC, Pereira CRR. O conceito de vulnerabilidade social no âmbito da psicologia no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 24, n. 2, p. 600-615, ago. 2018. [acesso em 10/01/2019]. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/9195>

- 96-Parker R, Aggleton P. Hiv e Aids, desigualdade social e mobilização política. In: Paiva V, França J, Kalichman A, organizadores. Vulnerabilidade e Direitos humanos: livro IV - planejar, fazer, avaliar. Curitiba: Juruá; 2013. p. 21-48.
- 97-Ferreira W. Tornar a escola inclusiva: entendendo a discriminação contra estudantes com deficiência na escola In: Fávero, Osmar et al. (Org.). Tornar a educação inclusiva. Brasília: UNESCO, 2009. p. 25-54.
- 98-Ainscow M. Tornar a escola inclusiva: como essa tarefa deve ser conceituada? In: Fávero, Osmar et al. (Org.). Tornar a educação inclusiva. Brasília: UNESCO, 2009. p. 11-23.
- 99- Ainscow M. Developing inclusive education systems: what are the levers for change? *Journal of Educational Change*, v. 6, n. 2, p. 109-124, 2005.
- 100- Bellamy C. *The State of the World's Children: Education*. Nova York: UNICEF, 1999.
- 101- Bogdan RC, Biklen, SK. *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto – Portugal. Porto Editora, 1994.
- 102- Morse JM, Field PA. *Qualitative research methods for health professionals*. 2nd ed. Thousand Oaks, Sage; 1995.
- 103- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª edição. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco; 2004)
- 104- Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Ed. Vozes, 6: 245-67, 2003.
- 105- Amado J. Questionários abertos e “composições”. In J. Amado (Ed.), 2013. *Manual de investigação qualitativa* (1ª ed., pp. 271-274). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- 106- Marconi MA, Lakatos EM. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 3.ed. São Paulo Atlas, 1996)
- 107- Caregnato, RCA, Mutti R. (2006). Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 15(4), 679-684. [Acesso em 20/02/2020]. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>
- 108- Souza N, Rômulo A, Dias, GF, Silva, Rafael R, Ramos AS M. (2019). Efeitos dos Softwares de Análise de Dados Qualitativos na Qualidade de

- Pesquisas. Revista de Administração Contemporânea, 373-394. [Acesso em junho de 2019]. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2019170357>
- 109- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.
- 110- BRASIL. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo-2018. [Acesso em 20/10/2019]. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/campinas/panorama>
- 111- FFMS. Dados de Vila Nova de Gaia e Porto. [Acesso em 20/10/2019]. Disponível em <https://www.pordata.pt/Municipios>
- 112- Portugal. Decreto-Lei n.º 75/2008 de 22 de Abril. Aprova o regime de autonomia, administração e gestão dos estabelecimentos públicos da educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário. [Acesso em 12/8/2019]. Disponível em <https://dre.pt/pesquisa/-/search/249866/details/maximized>
- 113- Portugal. DGEste- Direção-Geral dos Estabelecimentos Escolares. [Acesso em 20/10/2019]. Disponível em <https://www.dgeste.mec.pt/index.php/pesquisa-de-agrupamentos/>
- 114- Portugal. Decreto-Lei 54/2018. Estabelece os princípios e as normas relativos à educação inclusiva. Diário da República, 1.ª série - N.º 129, 2018.
- 115- Brasil. INEP- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Censo da Educação Básica. (2017). [Acesso em 20/10/2019]. Disponível em http://portal.inep.gov.br/informacao-da-publicacao/-/asset_publisher/6JYIsGMAMkW1/document/id/1473981
- 116- Portugal. DGEEC- Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência Perfil docente 2014/2015. [Acesso em 29/4/2019]. Disponível em [http://www.dgeec.mec.pt/np4/98/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=148&fileName=DGEEC_DSEE_DEEBS_DEES_2016_PerfilDocente.pdf](http://www.dgeec.mec.pt/np4/98/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=148&fileName=DGEEC_DSEE_DEEBS_DEES_2016_PerfilDocente.pdf)
- 117- Brasil. Decreto nº 9.465 de 2 de janeiro/ 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro dos Cargos e das Funções de Confiança do Ministério da Educação. [Acesso em 2/10/2019]. Disponível em http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/57633286

- 118- Brasil. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Brasileira- Lei n. 9394/96 de 20/12/1996.
- 119- Brasil. Decreto n. 6.571/2008. Dispõe sobre o atendimento educacional especializado, regulamenta o parágrafo único do art. 60 da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e acrescenta dispositivo ao Decreto no 6.253, de 13 de novembro de 2007.
- 120- Brasil. Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Política Nacional de Educação Especial. Livro 1. Brasília, DF, 2008
- 121- Brasil. Lei Nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Dispõe sobre a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Brasília: Diário Oficial da União
- 122- Brasil. Decreto n. 6.253/ 2007. Dispõe sobre o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e de Valorização dos Profissionais da Educação - FUNDEB, regulamenta a Lei no 11.494, de 20 de junho de 2007, e dá outras providências.
- 123- Brasil. Nota Técnica n. 04 de 2014. Orienta quanto aos documentos comprobatórios de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação no Censo Escolar. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15898-nott04-secadi-dpee-23012014&category_slug=julho-2014-pdf&Itemid=30192
- 124- BRASIL. Glossário da Educação Especial para o Censo Escolar. Ministério da Educação- 2019. Disponível em http://download.inep.gov.br/educacao_basica/educacenso/situacao_aluno/documentos/2019/glossario_da_educacao_especial_censo_escolar_2019.pdf
- 125- Brasil. Resolução CNE/CEB, nº 4/2009 Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. [Acesso em 29/04/2019]. Disponível em http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf
- 126- Nabuco ME. Práticas institucionais e inclusão escolar. Cadernos de Pesquisa, 2010. 63-74. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0100-15742010000100004>.

- 127- Agência Europeia para o Desenvolvimento em Necessidades Educativas Especiais (AEDNEE). Necessidades Educativas Especiais na Europa. (2003). [Acesso em 23/03/2017]. Disponível em: https://www.european-agency.org/sites/default/files/special-needs-education-in-europe_sne_europe_pt.pdf.121
- 128- Portugal. Lei de Bases do Sistema Educativo, Lei n.º 46/86 de 14 de outubro, 1986.
- 129- Portugal. Decreto-Lei nº 319/1991, de 23 de agosto, Diário da República n. 123, 1ª Série – A, Regime Educativo Especial, 1991
- 130- Portugal. Decreto-Lei 55/2018. Estabelece o currículo dos ensinos básico e secundário e os princípios orientadores da avaliação das aprendizagens. Diário da República n.º 129/2018, Série I de 2018-07-06
- 131- Portugal. Despacho Normativo n.º 12.045/2006. Institui o Programa Nacional de Saúde Escolar.
- 132- Portugal. Despacho n.º 6478/2017 de 26 de julho. Dispõe sobre o Perfil dos alunos à saída da escolaridade obrigatória. Decreto 55/ 2018 de 6 de julho
- 133- Portugal. Protocolo de ação intersetorial entre o ministério da educação e o ministério da saúde. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/10/ProtocoloME_MS.pdf
- 134- Portugal. Despacho Normativo nº 4-A/2016. Institui e regulamenta o Apoio Tutorial Específico.
- 135- Portugal. Decreto-Lei nº 281/ 2009. Institui e regulamenta o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)
- 136- Portugal. DGE. 2018. Para uma Educação Inclusiva - Manual de Apoio à Prática
- 137- Portugal. Decretos-Lei nº 300/97. Define as normas que regulam a coparticipação dos pais e encarregados de educação no custo das componentes não educativas dos estabelecimentos de educação pré-escolar.
- 138- Portugal. Decreto lei nº 190/91. Cria nos estabelecimentos de educação e ensino públicos os serviços de psicologia e orientação.
- 139- Mattos EHM, Souza, MF, Avelar, KES. A integração e a inclusão de crianças com deficiência nas escolas sob o viés dos objetivos do desenvolvimento sustentável. Revista Augustus, 2019. [Acesso em

- 12/04/2020]. Disponível em <http://revistas.unisuam.edu.br/index.php/revistaaugustus/article/view/462>
- 140- Michaelis. Dicionário on line. Disponível em <https://michaelis.uol.com.br/>
- 141- Correia LM. Alunos com NEE nas classes regulares. Porto: Porto Editora, 1997.
- 142- Santos L. Diferenciação pedagógica: um desafio a enfrentar. Noesis, n. 79, p. 52-57, 2009. [Acesso em 20/05/2017]. Disponível em: <http://area.fc.ul.pt/pt/artigos%20publicados%20nacionais/Diferenciacao%20Pedagogica%20Noesis.pdf>
- 143- Trindade R, Cosme A. A diferenciação curricular e pedagógica como desafio epistemológico. Cadernos de Pesquisa: Pensamento Educacional. Curitiba, vol 9, nº 23, p. 21-42, 2014. [Acesso em 20/05/2017]. Disponível em: <http://seer.utp.br/index.php/a/article/view/342/340>
- 144- Pelosi MB, Nunes LRDP. A ação conjunta dos profissionais da saúde e da educação na escola inclusiva. Revista. Terapia Ocupacional. Universidade de São Paulo, v. 22, n. 1, p. 52-59, jan. /abr. 2011.
- 145- Brasil. Decreto n.º 19.402. Cria uma Secretária de Estado com a denominação de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Diário Oficial da União - Seção 1 - 18/11/1930, Página 20883
- 146- MS. Portaria SAS n.º 1.011/2014 de 03 de outubro de 2014. Estabelece formas de suporte dos laudos de autorização utilizados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e no Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA)
- 147- Silva KCB. Educação inclusiva: para todos ou para cada um? Alguns paradoxos (in) convenientes. Revista Pro-Posições, Campinas, v. 21, n. 1, p. 163-178, Apr.2010. [Acesso em 12/08/2019]: Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73072010000100011&lng=en&nrm=iso

APÊNDICES

1. Roteiro para as entrevistas semiestruturadas

1. Em sua opinião, a escola está orientada para a exclusão, Inclusão ou Integração dos alunos?
2. Quais são os maiores desafios para que a Inclusão seja efetivada na escola em que atua?
3. Que benefícios identifica na Inclusão dos alunos na escola comum?
4. Fale um pouco sobre as características dos alunos que atende? Comente sobre a rotina, locais que ocupam, atividades que realizam etc
5. Como é organizado o currículo? O que se espera ao final da escolarização?
6. Em que medida, estratégias pedagógicas diversificadas podem beneficiar os alunos?
7. Em que medida a interação entre todos os alunos da escola é importante para a aprendizagem de todos?
8. Existem alunos que não são atendidos pela Educação Especial por conta de restrições na legislação, mas que deveriam ter acesso a um suporte adicional?
9. Quais são os documentos/ instrumentos que utiliza para elegibilidade e identificação dos suportes necessários? Que fatores influenciam a elegibilidade para a Educação Especial? Quais os apoios disponíveis aos alunos não caracterizados como público alvo da Educação Especial?
10. Quais são as categorias de profissionais da Saúde que acompanham os alunos atendidos pelos serviços inclusivos da escola? Como esses profissionais se comunicam com a escola?
11. Como você avalia a importância para a Inclusão escolar da discussão de temas ligados à promoção da saúde?
12. Qual é o papel dos profissionais da saúde e educação no processo de elegibilidade e identificação das necessidades/ potencialidades dos alunos?

13. Que considerações faria sobre os relatórios produzidos pelos profissionais da saúde? Informam o que é necessário com clareza?
14. Que importância atribui ao diagnóstico para o atendimento dos alunos com NEE? É possível que um aluno se torne elegível aos serviços da Educação Especial sem possuir um laudo médico?
15. Em que medida conhecer o “perfil funcional” e fazer o estudo de caso é útil para a identificação dos suportes necessários?
16. Aspectos psicológicos, sociais e emocionais podem influenciar a aprendizagem, participação e o comportamento dos alunos?
17. Em sua perspectiva, que importância tem o ambiente e as atitudes dos profissionais para os processos inclusivos?

2. Autorização para realização de pesquisa em instituição e para coleta de dados.

Eu, _____ responsável pela instituição _____, declaro estar ciente dos requisitos da Resolução Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (CNS/MS) 466/12 e suas complementares e declaro que tenho conhecimento dos procedimentos/instrumentos aos quais os participantes da presente pesquisa serão submetidos.

Assim autorizo o acesso do pesquisador aos profissionais dessa instituição, bem como a realização das entrevistas relacionadas a pesquisa intitulada _____ desenvolvida sob a responsabilidade do pesquisador Robson Celestino Prychodco mediante apresentação de documento que ateste a aprovação do referido projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Assinatura e carimbo

Data: ____/____/201__

3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Inclusão escolar: um olhar a partir dos modelos biomédico e biopsicossocial. **Pesquisador responsável:** Robson Celestino Prychodco

Orientadoras:

Prof. Dra Zélia Z. L. de C. Bittencourt- Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e

Prof. Dra Preciosa Fernandes- Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto:

Número do CAAE: 83354118.7.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar uma via para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos

O objetivo da pesquisa é produzir conhecimento sobre a inclusão escolar a partir dos modelos biomédico e biopsicossocial, para isso, é fundamental que o estudo conte com a interlocução entre as áreas que atuam diretamente com o aluno com Necessidades Educacionais Especiais (NEE), especificamente, nesse estudo, pretende-se investigar a interlocução que acontece entre profissionais da saúde e educação.

Embora a maioria dos alunos com NEE estejam matriculados em escolas comuns, muitos ainda não tem suas especificidades atendidas pelos sistemas escolares. Tal fenômeno pode ser consequência de uma série de fatores que vão desde as formas de implementação das políticas públicas até a formação dos profissionais, passando pela segmentação dos atendimentos nos campos da saúde e da educação, o que gera profundas dificuldades na identificação das limitações e potencialidades dos alunos com NEE e dos locais onde interagem.

Para sanar um pouco dessas dificuldades é necessário identificar quais as contribuições dos principais modelos presentes no campo da inclusão escolar passando pela interação entre saúde e educação, para a partir daí, pensar formas de intervenção na realidade de modo a promover melhores condições de permanência e aprendizagem aos alunos com NEE nas escolas comuns, reafirmando as potencialidades e não as incapacidades.

Procedimentos

Participando do estudo você está sendo convidado para uma entrevista gravada em áudio de no máximo uma hora, para informar sobre as dificuldades e potencialidades que tem encontrado durante o trabalho em torno da inclusão escolar. Não haverá necessidade de deslocamento, uma vez que o pesquisador irá ao encontro do entrevistado no local e horário que for mais conveniente para o voluntário.

Os áudios, bem como as transcrições das entrevistas serão armazenados pelo pesquisador por um período máximo de 5 anos após a assinatura do TCLE, com o propósito de produzir a análise dos mesmos e a publicação dos resultados em revistas científicas. A gravação dos áudios visa possibilitar a transcrição das entrevistas e garantir a fidedignidade das análises. Esse período visa garantir que os resultados encontrados serão publicados em revistas científicas da área.

Após esse período, os áudios transcrições serão descartados pelo pesquisador. Os dados produzidos serão utilizados exclusivamente para os fins descritos nesse protocolo. Os áudios e transcrições não serão utilizados em pesquisas futuras. As entrevistas não serão publicadas na íntegra.

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

Desconfortos e riscos

Você não deve participar deste estudo se não estiver diretamente ligado à implementação, avaliação ou execução de Políticas Públicas voltadas para a inclusão escolar. Não existem riscos previsíveis nem aos participantes, nem ao pesquisador. Contudo, se qualquer participante da pesquisa apresentar algum desconforto, angústia, ansiedade ou dano decorrente da pesquisa que requeira qualquer tipo de suporte médico, psicológico ou de qualquer natureza desconhecida, este será garantido pelo pesquisador, incluindo indenizações quando necessárias.

Benefícios

Não é possível identificar benefícios diretos com a pesquisa, contudo os momentos de reflexão proporcionados durante a entrevista podem ajudar os participantes na resolução de dificuldades de seu cotidiano de trabalho, bem como avançar na produção de conhecimento científico sobre a inclusão escolar. As informações desta pesquisa serão confidenciais.

Sigilo e privacidade

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

O resultado final será divulgado apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos participantes, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo dos participantes e o acesso aos dados de sua participação em qualquer momento da pesquisa.

Ressarcimento

As entrevistas serão realizadas nos locais onde os voluntários atuam e nos horários mais convenientes aos participantes, assim, não há previsão de ressarcimento por não haver custos adicionais. Contudo, você terá garantido pelo pesquisador, o direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, conforme previsto no Código Civil brasileiro e na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Contato

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato:

No Brasil, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@icm.unicamp.br e em

Portugal com a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto nos seguintes contatos 22 607 6700, director@pce.up.pt, up201700159@fpce.up.pt

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Robson Celestino Pychodco, Rua Sarinho, 617- Matosinhos. 912829168 (Portugal) ou Rua Edmundo Vosgrau, 184 Pq Jembeiro- Campinas-SP (Brasil) 19- 979987209 ou pelo email robsibel@gmail.com.

Responsabilidade do Pesquisador

Relativo à coleta de dados em Portugal, asseguro ter cumprido as exigências do Programa Doutoral em Ciências da Educação da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto para a realização das entrevistas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Informo que o estudo e seu protocolo foram aprovados pela Comissão científica do Programa doutoral em Ciências da Educação da Universidade do Porto.

No âmbito da coleta de dados realizada em Campinas, asseguro o cumprimento da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção
 Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Informo que o estudo e seu protocolo foram aprovados pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento.

Asseguro, também, ter explicado e fornecido via original deste documento aos participantes.

_____ Data: ____/____/____.
(Assinatura do pesquisador)

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento livre e esclarecido

Declaro que ouvi todas as explicações acerca da natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodos e do pedido que me foi feito, fiz todas as perguntas de que necessitei, entendi as explicações que me foram dadas e é de minha livre vontade que decido participar neste estudo.

Declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas

Nome do (a) participante: _____

Contato telefônico: _____

e-mail (opcional): _____

_____ Data: ____/____/____.
Assinatura do participante

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

4. Critérios e procedimentos para registro dos alunos caracterizados como público alvo da Educação Especial no contexto brasileiro.

- 1- MUNICIPAL (INTEGRE);
- 2- ESTADUAL (Secretaria Escolar Digital- SED) e
- 3- FEDERAL (EDUCACENSO)

A seguir serão apresentados os procedimentos nos três sistemas de registros acadêmicos utilizados no contexto brasileiro. A partir desses registros são disponibilizados os recursos financeiros, materiais e humanos para que as escolas possam oferecer respostas condizentes com as necessidades e potencialidades de seus alunos.

1- MUNICIPAL (INTEGRE):

IMAGEM 1: FICHA DO ALUNO- CADASTRO- ALUNO -ALTERAR

Escolha o Formulário para Alteração:

-  - **Dados Pessoais do Aluno e dos Pais**
- **Endereço e Telefones**
- **Documentos**
- **Dados Relativos à saúde do Aluno**

Fonte: Sistema Integre

IMAGEM 2: Opção pela Educação Especial

Aluno público alvo da educação especial?

Aluno possui deficiências múltiplas?

Fonte: Sistema Integre

IMAGEM 3: Cadastro do tipo de deficiência conforme laudo médico

- DEFICIÊNCIA VISUAL
 - BAIXA VISÃO
 - CEGUEIRA
- DEFICIÊNCIA AUDITIVA
 - SURDEZ LEVE OU MODERADA
 - SURDEZ SEVERA OU PROFUNDA
- SURDOCEGUEIRA
 - SURDOCEGUEIRA
- DEFICIÊNCIA FÍSICA
 - CADEIRANTE
 - OUTROS
 - PARALISIA CEREBRAL
- DEFICIÊNCIA INTELECTUAL
 - OUTROS
 - SINDROME DE DOWN
- TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO/ESPECTRO AUTISTA
 - AUTISMO DE ALTO DESEMPENHO
 - AUTISMO CLÁSSICO
 - OUTROS
- ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO
 - ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO

Fonte: Sistema Integre

2- ESTADUAL (Secretaria Escolar Digital-SED)

IMAGEM 1: Prints retirados do sistema Secretaria Escolar Digital

The image shows a screenshot of the SED system's navigation menu. The menu consists of two rows of buttons. The first row includes: 'Dados Pessoais', 'Documentos', 'Deficiência' (highlighted in blue), 'Endereço Residencial', 'Telefones', 'Matrículas', and 'Indicação Trimestral'. The second row includes: 'Histórico do Transporte', 'Intensas Rematrículas', and 'Responsáveis'. Below the menu, there is a checkbox labeled 'Aluno Possui Necessidade Educacional Especial' which is checked.

Fonte: Sistema Secretaria Escolar Digital.

IMAGEM 2: Tipo de deficiência segundo o laudo médico

The image shows a dropdown menu with the following options:

- SELECIONE :
- SELECIONE
- ALTAS HABILIDADES/SUPERDOTAÇÃO
- AUTISTA INFANTIL
- BAIXA VISÃO
- CEGUEIRA
- FÍSICA - CADEIRANTE
- FÍSICA - OUTROS
- FÍSICA - PARALISIA CEREBRAL
- INTELLECTUAL
- MÚLTIPLA
- SÍNDROME DE ASPERGER
- SÍNDROME DE DOWN
- SÍNDROME DE RETT
- SURDEZ LEVE OU MODERADA
- SURDEZ SEVERA OU PROFUNDA
- SURDOCEGUEIRA
- TRANSTORNO DESINTEGRATIVO DA INFÂNCIA

Fonte: Sistema Secretaria Escolar Digital

3- FEDERAL (Educacenso)

Imagem 3: Dados necessários para o registro dos alunos público alvo da Educação Especial no Censo Educacional Anual.

| | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| 11 – Município de nascimento <input type="text"/> <input type="text"/> | | | 12 – Aluno(a) com deficiência, transtorno do espectro autista ou altas habilidades/superdotação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| 12a – Tipo de deficiência, transtorno do espectro autista ou altas habilidades/superdotação | | | | | |
| Deficiência | | Transtorno do espectro autista | | Altas habilidades/superdotação | |
| <input type="checkbox"/> Baixa visão | <input type="checkbox"/> Deficiência física | <input type="checkbox"/> Surdocegueira | <input type="checkbox"/> Transtorno do espectro autista | <input type="checkbox"/> Altas habilidades/superdotação | |
| <input type="checkbox"/> Cegueira | <input type="checkbox"/> Deficiência intelectual | <input type="checkbox"/> Deficiência múltipla | | | |
| <input type="checkbox"/> Deficiência auditiva | <input type="checkbox"/> Síndrome | | | | |
| 12b – Recursos necessários para uso do(a) aluno(a) em sala de aula e para participação em avaliações do Inep (Saeb) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Apoio leitor | <input type="checkbox"/> Tradutor-Intérprete de Libras | <input type="checkbox"/> Prova superampliada (Fonte 24) | <input type="checkbox"/> Prova em Vídeo Libras | | |
| <input type="checkbox"/> Apoio transcrição | <input type="checkbox"/> Leitura labial | <input type="checkbox"/> CD com áudio para deficientes visuais | <input type="checkbox"/> Material didático e prova em Braille | | |
| <input type="checkbox"/> Guia-Intérprete | <input type="checkbox"/> Prova ampliada (Fonte 18) | <input type="checkbox"/> Prova de Língua Portuguesa como Segunda Língua para surdos e deficientes auditivos | <input type="checkbox"/> Nenhum | | |

Fonte: Formulário do Censo Escolar 2019. Disponível em <http://inep.gov.br/matricula-inicial>

5. Situações vivenciadas pela escola e seus atores apontadas pelas participantes e pela literatura.

1. Ligadas à promoção das acessibilidades:

- 1.1 Programática (diretrizes de políticas públicas, legislações e documentos oficiais);
- 1.2 Arquitetônica (diz respeito às barreiras físicas de cada ambiente);
- 1.3 Atitudinal/ comunicacional (Referem-se a preconceitos, estereótipos, estigmas e discriminações reproduzidas em atitudes, comunicados e discursos)
- 1.4 Pedagógica/ metodológica (Refere-se às barreiras nos métodos utilizados e à ausência de diversificação metodológica);
- 1.5 Instrumental (Instrumentos, mobiliário, ferramentas, utensílios utilizados no cotidiano escolar, recursos materiais).
- 1.6 Transporte e locomoção (refere-se ao suporte par transporte adequado e para locomoção no espaço escolar;
- 1.7 Recursos humanos (presença de cuidador, prof. de Educação Especial ou prof. de apoio etc)
- 1.8 Ausência de protocolo de trabalho colaborativo com profissionais de outras áreas como Saúde, Assistência, Social e Proteção Civil;
- 1.9 Ausência de serviços de Intervenção Precoce vinculados ao atendimento escolar;
- 1.10 Dificuldades em trabalhar colaborativamente com a família;
- 1.11 Ausência de Política Pública voltada para a vida pós-conclusão da escolarização obrigatória;
- 1.12 Curricular (refere-se ao “engessamento” curricular/ ausência de flexibilidade)
- 1.13 Formas de Avaliação (refere-se ao engessamento das formas de avaliação. A avaliação acerca do desenvolvimento do aluno está baseada na comparação do aluno com ele mesmo em momentos históricos distintos ou baseia-se na comparação entre o desempenho de vários alunos no mesmo momento histórico?)
- 1.14 Frequência na escola;

/continua

/continuação

2. Ligadas à Saúde e à Promoção dela no Ambiente escolar:

- 2.1 Ausência de acesso e acompanhamento dos serviços de saúde;
- 2.2 Ausência de discussão e promoção de medidas educativas dirigidas aos temas que interseccionam ações entre profissionais da saúde e educação, tais como: 1- Construção da identidade; 2- Formas de comunicação não violenta; 3- Gestão das emoções; 4- Desenvolvimento da autonomia; 5- Desenvolvimento das formas de interação entre pares e com adultos; 6- Risco e vulnerabilidade; 7- Auto e heteroproteção; 8- Violência nas relações; 9- Escolhas desafios e perdas; 10- Desenvolvimento de valores, como empatia e respeito às diferenças; 11- Alimentação, nutrição e influências socioculturais; 12- Comportamento sedentário e atividade física, 13- Drogadição; 14- Identidade, orientação e gênero; 15- Relações afetivas; 16- Desenvolvimento da sexualidade e puberdade, maternidade, paternidade; 17- Direitos sexuais e reprodutivos; 18- Formas de nascer; 19- Promoção da reabilitação e treino de Atividades Vida Diária e Escolar em virtude de doença ou AFEC, dentre outros.

/continua

/continuação

3. Manifestação de preconceitos ligadas à:

- 3.1 Questões Étnicas
- 3.2 Neurodiversidade;
- 3.3 Questões de gênero: padrões de comportamento/ estereótipos de feminino e masculino, identidade de gênero, orientação sexual etc;
- 3.4 Perfil físico, estético divergente dos padrões socialmente valorizados;
- 3.5 Bullying/ cyberbullying;
- 3.6 Pertença a grupos religiosos minoritários;
- 3.7 Língua/ linguagem divergente;
- 3.8 Imigração/ emigração;

4 De ordem comportamental:

- 4.1 Dificuldades acentuadas com o autocontrole e autorregulação;
- 4.2 Introspectivo ou extrovertido demais;
- 4.3 Auto ou hetero exposição midiática excessiva;
- 4.4 Recusa constante em participar das atividades;
- 4.5 Dificuldade em formar laços sociais;

5. Violência na escola / incivilidades (Agressor e Vítima):

- 5.1 Verbal;
- 5.2 Física;
- 5.3 Psicológica;
- 5.4 Relações de poder com adultos e entre pares;
- 5.5 Violência no namoro;

/continua

6. De ordem familiar:

- 6.1 Violência doméstica;
- 6.2 Negligência/ ausência de participação familiar na vida escolar do aluno;
- 6.3 Exigência excessiva por parte da família;
- 6.4 Meios socialmente estigmatizados (carência socioeconômica, pais presos, considerados velhos ou novos demais, criados sem os genitores, criados por responsáveis do mesmo sexo etc);
- 6.5 Drogadição no ambiente familiar;
- 6.6 Dificuldades relacionais entre responsáveis divorciados que impactam no desenvolvimento do aluno.

7. De ordem emocional:

- 7.1 Depressão;
- 7.2 Automutilação;
- 7.3 Ideação suicida;
- 7.4 Ansiedade generalizada;
- 7.5 Baixa autoestima constante;

8. De ordem alimentar:

- 8.1 Bulimia;
- 8.2 Anorexia nervosa;
- 8.3 Insegurança alimentar;
- 8.4 Inconsistência alimentar (alimentação estruturada no consumo de itens pouco nutritivos);
- 8.5 Ingestão compulsiva;

9 De ordem comportamental:

- 9.1 Dificuldades acentuadas com o autocontrole e autorregulação;
- 9.2 Introspectivo ou extrovertido demais;
- 9.3 Auto ou hetero exposição midiática excessiva;
- 9.4 Recusa constante em participar das atividades;
- 9.5 Dificuldade em formar laços sociais;
- 9.6 Sexualização precoce;

ANEXOS

1-Termo de Cotutela



**ACORDO DE COTUTELA INTERNACIONAL DE TESE
ENTRE
A UNIVERSIDADE DO PORTO
E A
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS**

A **Universidade do Porto**, Portugal, representada pelo Prof. Sebastião Foyo de Azevedo, Reitor, e a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, representada pelo Prof. José Alberto Correia, Diretor,

e

a **Universidade Estadual de Campinas**, Campinas, SP-Brasil, representada pelo Prof. André Tosi Furtado, Pró-Reitor de Pós-Graduação, e a Faculdade de Ciências Médicas representada pela Profª. Rosana Teresa Onocko Campos, Coordenadora dos Programas de Pós-graduação/FCM.

Celebram o presente acordo relativo ao seguinte estudante de doutoramento:

Sr.: Robson Celestino Prychodco

Data de nascimento: 20/02/1984

Nacionalidade: Brasileira

Email: robsilcel@gmail.com

Qualificação educacional: Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

ENQUADRAMENTO LEGISLATIVO

ARTIGO 1º–Diplomas legais

Ao presente acordo são aplicáveis as normas sobre as matérias vigentes em cada uma das instituições signatárias, designadamente:

Em Portugal, a Universidade do Porto rege-se pelos seguintes diplomas legais:

- Decreto-Lei n.º74/2006, de 24 de março, na sua versão estabelecida pelo Decreto-Lei n.º63/2016, de 13 de setembro;
- Regulamento Geral de Terceiro Ciclo da Universidade do Porto, alterado por Despacho Reitoral, no dia 25 de julho de 2017;
- Regulamento de Doutoramento em regime de Cotutela Internacional da U.PORTO, de 24 de junho de 2016.

No Brasil, a Pós-Graduação da Universidade Estadual de Campinas rege-se pela:

- Deliberação CONSU-A-10 de 11 de agosto de 2015 (UNICAMP - BRASIL)

TERMOS E CONDIÇÕES ADMINISTRATIVAS

ARTIGO 2º–Inscrição

O estudante de doutoramento deverá estar regularmente matriculado em programas doutorais congêneres, reconhecidos como tal pela Universidade do Porto e pela Universidade Estadual de Campinas renovar a sua matrícula nas duas instituições e frequentará esses programas doutorais, nos períodos definidos no acordo. Assim:

| | | |
|---|--|--|
| O estudante está matriculado na: | Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto |  |
| Como estudante de doutoramento desde 13 / março/ 2017 | No Programa Doutoral de Ciências da Educação | |
| e | |  |
| O estudante está matriculado na | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas | |
| Como estudante de doutoramento desde 01/ Agosto/ 2016 | No Programa Doutoral Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação. | |

ARTIGO 3º–Calendário para o período de trabalho nas instituições parceiras

O estudante de doutoramento deverá efetuar um período de trabalho em cada uma das instituições parceiras, sob a responsabilidade de uma orientadora de tese em cada instituição, que exercerão todas as suas funções em colaboração com outros (as) orientador(es) de tese.

O período de trabalho realizado em cada uma das instituições parceiras terá a duração mínima de 1 ano letivo (dois semestres, correspondente a pelo menos 9 meses de presença efetiva), com o seguinte calendário:

| Na Universidade do Porto: | Na Universidade Estadual de Campinas: |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| • 1ºSemestre: 01/09/2017 a 04/02/2018 | • De 01/08/2016 a 31/08/2017 |
| • 2ºSemestre: 05/02/2018 a 31/07/2018 | • De 01/08/2018 a 31/08/2019 |
| | • De 01/08/2019 a 31/08/2020 |

ARTIGO 4º–Duração do programa doutoral

Na Universidade do Porto, o estudante deverá realizar ou ter creditação de, pelo menos, 180 créditos ECTS, tendo em consideração um cálculo médio anual de 60 créditos ECTS, podendo o

correspondente prazo para a realização do ciclo de estudos ser prorrogado até a data da defesa da tese de doutorado, que deverá ocorrer até 07/2020.

Na Universidade Estadual de Campinas, o estudante deverá realizar ou ter aproveitamento de estudos, a critério da CPG/FCM de pelo menos 18 créditos, tendo em consideração que 12 créditos devem realizar-se em disciplinas obrigatórias e 6 em disciplinas eletivas, além de cumprir os demais pré-requisitos exigidos pelo Programa (aptidão em língua estrangeira, ser aprovado em exame de qualificação, e ter o aceite/ ressubmissão de publicação de um manuscrito que pode ser na forma de artigo ou de capítulo de livro, referente ao conteúdo da tese.

TERMOS E CONDIÇÕES PEDAGÓGICOS

ARTIGO 5º–Tese

O tema da tese submetida pelo estudante de doutoramento é:

Construção de instrumento para suporte ao planejamento educacional com referência à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)

A tese será escrita em língua portuguesa e acompanhada de um resumo em inglês.

A proteção do tema da tese, bem como a sua publicação, utilização e proteção dos resultados do trabalho de pesquisa levado a cabo pelo estudante de doutoramento em ambas as instituições estão garantidas e sujeitas à legislação em vigor nos dois países, de acordo com os procedimentos de cada instituição envolvida na cotutela.

ARTIGO 6º–Orientadores de tese

O estudante de doutoramento levará a cabo os seus estudos e trabalho de pesquisa sob a coorientação de uma orientadora de tese na Universidade do Porto e de uma orientadora de tese na Universidade Estadual de Campinas.

Na Universidade do Porto, a orientadora de tese é:

Profª.Preciosa Teixeira Fernandes
Email: preciosa@fpce.up.pt

Doutora em Ciências da Educação. Professora
Auxiliar do Departamento de Ciências da
Educação.

Na Universidade Estadual de Campinas a orientadora de tese é:

Profª.Zélia Zilda L. de Camargo Bittencourt
Email: zeliz@terra.com.br

Doutora em Saúde Coletiva e docente do
Programa Saúde, Interdisciplinaridade e
Reabilitação.

Ambas orientadoras de tese comprometem-se a assumir totalmente os deveres de tutoras do estudante de doutoramento e conduzirão a orientação, em conjunto, utilizando sua experiência como orientadoras de tese nas respetivas instituições.

ARTIGO 7º–Programa de estudos

O programa do trabalho de pesquisa deverá ser aprovado pelos órgãos competentes de ambas as instituições.

As aulas (se aplicável) e outras atividades acadêmicas do estudante de doutoramento devem obedecer aos requisitos de ambos os programas em que está matriculado e são regulamentadas pela legislação em vigor nas duas instituições.

Cada instituição reconhecerá as unidades curriculares e o trabalho de pesquisa desenvolvidos pelo estudante de doutoramento na instituição parceira. Cada uma das partes assume a obrigação de comunicar por escrito à outra instituição os resultados dos exames e dos trabalhos de pesquisa.

Para esse fim, o estudante de doutoramento participará nas seguintes atividades:

Na Universidade do Porto:

- PDCE04 - Seminário de Investigação II (orientação individual e grupal), 35 ECTS;
- PDCE05 - Seminários Temáticos, 10 ECTS;
- PDCE06 - Seminário de Escrita Científica, 10 ECTS;
- PDCE07 - Apresentação de Trabalhos de Pesquisa em Congressos, 5 ECTS;
- Recolha de dados;
- Escrita da Tese.

Na Universidade Estadual de Campinas:

Disciplinas obrigatórias:

- IR001 Desenvolvimento Humano, Saúde e Reabilitação;
- IR003 Políticas Públicas;
- IR027 Estatística Aplicada à Área da Saúde e da Educação;
- IR028 Seminário Avançado I;
- AA002 Tese de Doutorado.

Disciplinas eletivas:

- IR013 Avaliação do Desenvolvimento da Criança;
- IR024 Recursos e Práticas em Tecnologia Assistida.

ARTIGO 8º–Defesa

A tese de doutorado terá uma única defesa, reconhecida pelas duas Universidades.

O estudante de doutoramento defenderá a sua tese na:

Universidade Estadual de Campinas

A entrega da tese está prevista para:

Fevereiro 2020

A defesa da tese está prevista para até:

Julho 2020

O estudante de doutoramento defenderá a sua tese em língua portuguesa.

A nomeação do júri (Comissão Examinadora) deverá obedecer às regulamentações em vigor em ambas as instituições e será feita pelo órgão competente da instituição onde será realizada a prova depois de obtida aprovação formal prévia da instituição parceira.

No entanto, considerando a impossibilidade de conciliação das normas em vigor em cada uma das instituições, uma vez que nos termos da legislação portuguesa o orientador não pode integrar o júri na qualidade de presidente do júri e a legislação brasileira, e especificamente as Normas Vigentes na UNICAMP, prevê que deve ser o orientador da tese a presidir à Comissão Examinadora, acordar-se que será aplicado, excepcionalmente, o princípio da territorialidade, isto é, aplicar-se-á neste caso a legislação brasileira por ser onde serão realizadas as provas.

Nesse sentido, a Comissão Examinadora será constituída pelo presidente da Comissão (o orientador da tese) e por um mínimo de quatro membros doutorados. Apenas um único orientador poderá integrar a Comissão Examinadora e, pelo menos, dois dos quatro membros doutorados deverão ser professores ou investigadores doutorados, nacionais ou estrangeiros, de outras instituições de ensino superior ou de pesquisa. A Comissão Examinadora incluirá pelo menos um elemento de cada uma das instituições. Na sessão pública de defesa, além do estudante, deverá estar presente a maioria dos membros da Comissão Examinadora, incluído o presidente. A critério da comissão de pós-graduação, os demais membros poderão participar por videoconferência

A instituição onde tenha lugar a defesa de tese comunicará o resultado da defesa da tese à instituição parceira, mediante documento oficial por escrito e, quando aplicável, acompanhado das atas referentes à defesa pública.

ARTIGO 9º–Título de Doutor e Diploma

O título de doutor é conferido pelas duas instituições nas áreas de conhecimento dos programas doutorais em que o estudante está matriculado, depois da aprovação no ato público de defesa da tese.

O diploma, em que deverá constar a menção de cotutela internacional, será atribuído por cada um dos estabelecimentos.

Na Universidade do Porto será atribuído o grau de *Doutor em Ciências da Educação*.

Na Universidade Estadual de Campinas será atribuído o título de *Doutor em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, Área de concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação*.

Na Universidade do Porto, a certidão de registo e, se requerida, a carta doutoral, que titulam o grau de doutor, são emitidas com a menção "Tese Doutoral realizada em regime de cotutela" e são acompanhadas da emissão do suplemento ao diploma elaborado nos termos e para os efeitos do Decreto-Lei n.º42/2055, de 22 de fevereiro, e do Regulamento Geral dos Terceiros Ciclos da Universidade do Porto.

Na Universidade Estadual de Campinas, o diploma é emitido com a menção de que ele foi obtido no âmbito de um Acordo de cotutela firmado entre as duas Universidades.

ARTIGO 10º–Submissão, descrição e reprodução da tese

A submissão, descrição e reprodução da tese ocorrerá em respeito pela legislação respectiva em vigor em ambos os países.

No caso de Portugal, em conformidade com a legislação nacional, as teses de doutoramento estão sujeitas a um depósito digital obrigatório no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, gerido pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Decreto-Lei n.º 63/2016, artigo 50, alínea 1), e também a entregar uma cópia física na Biblioteca Nacional de Portugal (Decreto-Lei n.º 63/2016, artigo 50, alínea 4).

No caso da Universidade Estadual de Campinas, em conformidade com a legislação nacional, as teses de doutoramento estão sujeitas a Deliberação CONSU-A-10 de 11 de agosto de 2015.

A capa de tese de doutoramento em regime de cotutela deve mencionar necessariamente o regime de cotutela ("*Tese de doutoramento em regime de cotutela entre a Universidade do Porto e a Universidade Estadual de Campinas*") e, se possível, incluir o logotipo de ambas as instituições.

ARTIGO 11º–Propriedade intelectual

Quaisquer direitos de propriedade intelectual resultantes do projeto de pesquisa conjunta são protegidos pela legislação do país respectivo de cada um dos signatários.

Além disso, os resultados do projeto comum de pesquisa não podem ser patenteados ou utilizados comercialmente por qualquer uma das partes, sem o expresse consentimento por escrito da outra. No entanto, se a instituição requerida não responder ao pedido de autorização para o uso comercial ou patente, no prazo de 90 dias, a instituição requerente pode apresentar a patente no seu nome.

TERMOS E CONDIÇÕES FINANCEIROS

ARTIGO 12º–Taxas devidas pela matrícula, inscrição e frequência

O estudante de doutoramento pagará, caso existam, as taxas pela matrícula, inscrição e frequência correspondentes ao seu estatuto (nacional ou internacional), de acordo com os períodos de estadia em cada instituição, e mencionados no artigo 3º, e conforme a seguinte tabela:

Na Universidade do Porto:

- Ano académico 2017/2018

Na Universidade Estadual de Campinas:

- Não aplicável

Por sua vez, o estudante de doutoramento deverá pagar anualmente em ambas as instituições, quando aplicável, as taxas administrativas exigidas internamente para assegurar a sua condição de estudante regular, nomeadamente as referidas à taxa de matrícula e do seguro escolar.

ARTIGO 13º–Despesas de deslocação e alojamento/estadia

Serão da responsabilidade do estudante de doutoramento as despesas de deslocação, e alojamento / estadia resultantes do programa de estudos, incluindo as relativas à defesa da tese. O

presente acordo não acarretará para as partes, qualquer obrigação relativa ao financiamento do estudante.

Cada instituição, através de seus Programas de Pós Graduação envolvidos será responsável pelo pagamento das despesas de deslocação e alojamento/estadia dos seus membros da Comissão Examinadora, nomeadamente da sua orientadora de tese. As despesas com a deslocação dos membros externos da Comissão Examinadora para a defesa da tese serão da responsabilidade do Programa de Pós Graduação: Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências de Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

ARTIGO 14º-Visto e seguro de saúde

Quando aplicável, são da responsabilidade do estudante de doutoramento, anteriormente à execução do período de mobilidade, todos os procedimentos e encargos relativos à obtenção de visto e à subscrição de um seguro de saúde válido para a duração da estadia, que assegure sua repatriação, seguros médicos e de acidentes.

Na Universidade do Porto, e mediante pagamento, no ato de inscrição, o estudante terá que subscrever o seguro escolar.

Na Universidade Estadual de Campinas, a cobertura social é assegurada pelo regime geral de seguridade social do Brasil.

TERMOS LEGAIS

ARTIGO 15 – Alterações

Alterações a qualquer artigo do presente acordo deverão ser formalizadas mediante adenda escrita acordada entre ambas as partes e assinada pelos mesmos signatários do presente acordo.

ARTIGO 16 – Das Disputas

Para dirimir dúvidas que possam ser suscitadas na execução e interpretação do presente acordo, as partes envidarão esforços na busca de uma solução consensual. Na impossibilidade de consenso, as partes indicarão, de comum acordo, um terceiro, pessoa física, para atuar como mediador.

ARTIGO 17– Prazo de validade

O presente acordo vigorará, a partir de sua assinatura, por quatro anos a contar da matrícula do aluno na UNICAMP.

ASSINATURAS

Aceitando na íntegra as condições constantes dos artigos acima referidos, as partes assinam o presente acordo em 5 (cinco) cópias de igual teor e forma, em língua portuguesa, com 2 (duas) cópias para cada instituição e 1 (uma) cópia para o estudante de doutoramento.

Pela Universidade do Porto

Porto, 15 / 09 / 2017



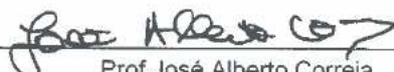

Prof. Sebastião Feyo de Azevedo
Reitor

Pela Universidade Estadual de Campinas

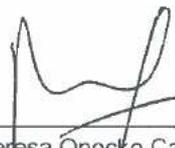
Campinas, ___ / ___ / 2017



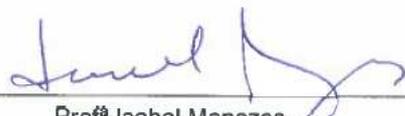
Prof. André Tosi Furtado
Pró-Reitor de Pós-Graduação



Prof. José Alberto Correia
Diretor da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação



Prof. Rosana Teresa Onocko Campos
Coordenadora da CPG da Faculdade de Ciências Médicas



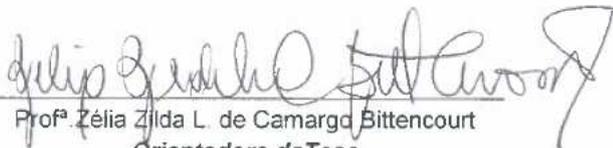
Prof. Isabel Menezes
Diretorado Programa Doutoral



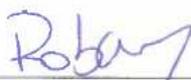
Prof. Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima
Coordenadora do Programa Doutoral



Prof. Preciosa Teixeira Fernandes
Orientadora de Tese



Prof. Zélia Zilda L. de Camargo Bittencourt
Orientadora de Tese



Robson Celestino Prychodco
O estudante de doutoramento

Roteiro de Avaliação



ROTEIRO DE AVALIAÇÃO

(recolha de informação por referência à CIF)

ANO LETIVO:

ESCOLA:

1. IDENTIFICAÇÃO

| ALUNO COM PROCESSO N.º | | |
|------------------------------|----------------------|--------|
| NOME: | DATA DE NASCIMENTO: | |
| MORADA: | CÓDIGO POSTAL: | |
| TELEFONE: | E-MAIL: — | |
| NÍVEL DE EDUCAÇÃO OU ENSINO: | ANO DE ESCOLARIDADE: | TURMA: |

2. PLANIFICAÇÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO TÉCNICO-PEDAGÓGICA (O QUE AVALIAR E COMO AVALIAR)

| COMPONENTE | CATEGORIAS | INSTRUMENTOS A USAR/FONTE DE INFORMAÇÃO | INTERVENIENTES | CALENDARIZAÇÃO |
|--------------------------|------------|---|----------------|----------------|
| FUNÇÕES DO CORPO | | | | |
| ATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO | | | | |
| FATORES AMBIENTAIS | | | | |

3. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO POR REFERÊNCIA À CIF (CJ) - CHECKLIST

Funções do Corpo

Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação, de acordo com os seguintes qualificadores: 0 - Nenhuma deficiência; 1 - Deficiência ligeira; 2 - Deficiência moderada; 3 - Deficiência grave; 4 - Deficiência completa; 8 - Não especificada¹; 9 - Não aplicável².

¹ Este quantificador deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da deficiência.

² Este quantificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.

| Qualificadores | Quantificadores | | | | | | |
|---|-----------------|---|---|---|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |
| Capítulo 1 - Funções Mentais | | | | | | | |
| (Funções Mentais Globais) | | | | | | | |
| b110 Funções da consciência | | | | | | | |
| b114 Funções da orientação no espaço e no tempo | | | | | | | |
| b1140 Orientação em relação ao tempo | | | | | | | |
| b1141 Orientação em relação ao lugar | | | | | | | |
| b117 Funções intelectuais | | | | | | | |
| b122 Funções psio-sociais globais | | | | | | | |
| b125 Funções intrapessoais | | | | | | | |
| b126 Funções do temperamento e da personalidade | | | | | | | |
| b1260 Extroversão | | | | | | | |
| b1265 Otimismo | | | | | | | |
| b130 Funções da energia e dos impulsos | | | | | | | |
| b1300 Nível de energia | | | | | | | |
| b1301 Motivação | | | | | | | |
| b1304 Controle dos impulsos | | | | | | | |
| b134 Funções do sono | | | | | | | |
| (Funções Mentais Específicas) | | | | | | | |
| b140 Funções da atenção | | | | | | | |
| b1400 Manutenção da atenção | | | | | | | |
| b144 Funções da memória | | | | | | | |
| b1441 Memória de longo prazo | | | | | | | |
| b147 Funções psicomotoras | | | | | | | |
| b152 Funções emocionais | | | | | | | |
| b1520 Adequação da emoção | | | | | | | |
| b156 Funções da percepção | | | | | | | |
| b1565 Percepção visuoespacial | | | | | | | |
| b160 Funções do pensamento | | | | | | | |
| b163 Funções cognitivas básicas | | | | | | | |
| b164 Funções cognitivas de nível superior | | | | | | | |
| b1640 Abstração | | | | | | | |
| b1641 Organização e planeamento | | | | | | | |
| b1643 Flexibilidade cognitiva | | | | | | | |
| b1646 Resolução de Problemas | | | | | | | |
| b167 Funções mentais da linguagem | | | | | | | |
| b172 Funções do cálculo | | | | | | | |
| Capítulo 2 - Funções sensoriais e dor | | | | | | | |
| b210 Funções da visão | | | | | | | |
| b215 Funções dos anexos do olho | | | | | | | |
| b230 Funções auditivas | | | | | | | |
| b235 Funções vestibulares | | | | | | | |
| b250 Função gustativa | | | | | | | |
| b255 Função olfativa | | | | | | | |
| b260 Função proprioceptiva | | | | | | | |
| b265 Função tátil | | | | | | | |
| b280 Sensação de dor | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|
| Capítulo 3 - Funções da voz e da fala | | | | | | | |
| b310 | Funções da voz | | | | | | |
| b320 | Funções de articulação | | | | | | |
| b330 | Funções da fluência e do ritmo da fala | | | | | | |
| Capítulo 4 - Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório | | | | | | | |
| b410 | Funções cardíacas | | | | | | |
| b420 | Funções da pressão arterial | | | | | | |
| b429 | Funções cardiovasculares, não especificadas | | | | | | |
| b430 | Funções do sistema hematológico | | | | | | |
| b435 | Funções do sistema imunológico | | | | | | |
| b440 | Funções da respiração | | | | | | |
| Capítulo 5 - Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólicos e endócrino | | | | | | | |
| b515 | Funções digestivas | | | | | | |
| b525 | Funções de defecação | | | | | | |
| b530 | Funções de manutenção do peso | | | | | | |
| b555 | Funções das glândulas endócrinas | | | | | | |
| b560 | Funções de manutenção do crescimento | | | | | | |
| Capítulo 6 - Funções genito-urinárias e reprodutivas | | | | | | | |
| b620 | Funções miccionais | | | | | | |
| Capítulo 7 - Funções neuromusculoesqueléticas e funções relacionadas com o movimento | | | | | | | |
| b710 | Funções relacionadas com a mobilidade das articulações | | | | | | |
| b715 | Estabilidade das funções das articulações | | | | | | |
| b730 | Funções relacionadas com a força muscular | | | | | | |
| b735 | Funções relacionadas com o tônus muscular | | | | | | |
| b740 | Funções relacionadas com a resistência muscular | | | | | | |
| b750 | Funções relacionadas com reflexos motores | | | | | | |
| b755 | Funções relacionadas com reações motoras involuntárias | | | | | | |
| b760 | Funções relacionadas com o controlo do movimento voluntário | | | | | | |
| b765 | Funções relacionadas com o controlo do movimento involuntário | | | | | | |
| b770 | Funções relacionadas com o padrão de marcha | | | | | | |
| b780 | Funções relacionadas com os músculos e funções do movimento | | | | | | |
| Outras Funções do Corpo a considerar | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Atividade e Participação

Nota: Assinale com uma cruz (X), à frente de cada categoria, o valor que considera mais adequado à situação de acordo com os seguintes qualificadores: 0 - Nenhuma deficiência; 1 - Deficiência ligeira; 2 - Deficiência moderada; 3 - Deficiência grave; 4 - Deficiência completa; 8 - Não especificada³; 9 - Não aplicável⁴.

³ Este quantificador deve ser utilizado sempre que não houver informação suficiente para especificar a gravidade da dificuldade.

⁴ Este quantificador deve ser utilizado nas situações em que seja inadequado aplicar um código específico.

| Qualificadores | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 8 | 9 |
|---|--|---|---|---|---|---|---|---|
| Capítulo 1 - Aprendizagem e Aplicação de Conhecimentos | | | | | | | | |
| d 110 | Observar | | | | | | | |
| d 115 | Ouvir | | | | | | | |
| d 120 | Outras perceções sensoriais intencionais | | | | | | | |
| d 129 | Outras perceções sensoriais intencionais, outras especificadas e não especificadas | | | | | | | |
| d 130 | Imitar | | | | | | | |
| d 131 | Aprender através da interação com os objetos | | | | | | | |
| d 132 | Adquirir informação | | | | | | | |
| d 133 | Adquirir linguagem | | | | | | | |
| d 1332 | Adquirir sintaxe | | | | | | | |
| d 134 | Adquirir linguagem adicional | | | | | | | |
| d 135 | Ensaiar (repetir) | | | | | | | |
| d 137 | Adquirir conceitos | | | | | | | |
| d 140 | Aprender a ler | | | | | | | |
| d 145 | Aprender a escrever | | | | | | | |
| d 150 | Aprender a calcular | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| d 155 | Adquirir competências | | | | | | | | |
| d 159 | Aprendizagem básica, outra especificada e não especificada | | | | | | | | |
| d 160 | Concentrar a atenção | | | | | | | | |
| d 161 | Direcionar a atenção | | | | | | | | |
| d 163 | Pensar | | | | | | | | |
| d 166 | Ler | | | | | | | | |
| d 170 | Escrever | | | | | | | | |
| d 172 | Calcular | | | | | | | | |
| d 175 | Resolver problemas | | | | | | | | |
| d 177 | Tomar decisões | | | | | | | | |
| d 179 | Aplicação de conhecimentos, outras especificadas | | | | | | | | |
| d 198 | Aprendizagem e aplicação de conhecimentos, outras especificadas | | | | | | | | |
| d 199 | Aprendizagem e aplicação de conhecimento, não especificadas | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Capítulo 2 - Tarefas e Exigências Gerais | | | | | | | | | |
| d 210 | Realizar uma única tarefa | | | | | | | | |
| d 220 | Realizar tarefas múltiplas | | | | | | | | |
| d 230 | Executar a rotina diária | | | | | | | | |
| d 240 | Lidar com o stress e outras exigências psicológicas | | | | | | | | |
| d 250 | Gerir o próprio comportamento | | | | | | | | |
| d 298 | Tarefas e exigências gerais, outras especificadas | | | | | | | | |
| d 299 | Tarefas e exigências gerais, outras não especificadas | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Capítulo 3 - Comunicação | | | | | | | | | |
| d 310 | Comunicar e receber mensagens orais | | | | | | | | |
| d 315 | Comunicar e receber mensagens não verbais | | | | | | | | |
| d 320 | Comunicar e receber mensagens usando língua gestual | | | | | | | | |
| d 325 | Comunicar e receber mensagens escritas | | | | | | | | |
| d 329 | Comunicar e receber mensagens, outras especificadas e não especificadas | | | | | | | | |
| d 330 | Falar | | | | | | | | |
| d 331 | Produções Pré-Linguísticas | | | | | | | | |
| d 332 | Cantar | | | | | | | | |
| d 335 | Produzir mensagens não verbais | | | | | | | | |
| d 340 | Produzir mensagens usando língua gestual | | | | | | | | |
| d 345 | Escrever mensagens | | | | | | | | |
| d 349 | Comunicar e produzir mensagens, outra especificada e não especificada | | | | | | | | |
| d 350 | Conversação | | | | | | | | |
| d 355 | Discussão | | | | | | | | |
| d 360 | Utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação | | | | | | | | |
| d 369 | Conversação e utilização de dispositivos e técnicas de comunicação, outros especificados e não especificados | | | | | | | | |
| d 398 | Comunicação, outra especificada | | | | | | | | |
| d 399 | Comunicação, não especificada | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Capítulo 4 - Mobilidade | | | | | | | | | |
| d 410 | Mudar a posição básica do corpo | | | | | | | | |
| d 415 | Manter a posição do corpo | | | | | | | | |
| d 420 | Autotransferências | | | | | | | | |
| d 429 | Mudar e manter a posição do corpo, outras especificadas e não especificadas | | | | | | | | |
| d 430 | Levantar e transportar objetos | | | | | | | | |
| d 435 | Mover objetos com os membros inferiores | | | | | | | | |
| d 440 | Utilização de movimentos finos da mão | | | | | | | | |
| d 445 | Utilização da mão e do braço | | | | | | | | |
| d 446 | Utilização de movimentos finos do pé | | | | | | | | |
| d 449 | Transportar, mover e manusear objetos, outros especificados e não especificados | | | | | | | | |
| d 450 | Andar | | | | | | | | |
| d 455 | Desloca-se | | | | | | | | |
| d 460 | Desloca-se por diferentes locais | | | | | | | | |
| d 465 | Desloca-se utilizando algum tipo de equipamento | | | | | | | | |

3. Relatório de Atividades realizadas no âmbito do Programa Doutoral em Ciências da Educação.



ACORDO DE COTUTELA INTERNACIONAL

ENTRE

A UNIVERSIDADE DO PORTO E A
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Relatório de atividades realizadas no âmbito do Programa Doutoral em Ciências da Educação da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto

ESTUDANTE: ROBSON CELESTINO PRYCHODCO

Período: 11/09/2017 a 31/07/2018

Introdução

O presente relatório enquadra-se no cumprimento do disposto no artigo 4º, item 1, do Acordo de Cooperação Académica estabelecido entre a Universidade do Porto (Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - FPCE UP) e a Universidade Estadual de Campinas (Faculdade de Ciências Médicas – FCM UNICAMP). Nele se dá conta das atividades realizadas durante o período de 11/09/2017 a 31/07/2018, pelo doutorando Robson Celestino Prychodco no âmbito do Programa doutoral em Ciências da Educação da FPCE UP.

No início do período letivo, os créditos cumpridos pelo aluno durante o primeiro ano do curso na universidade de origem (UNICAMP) foram convalidados. Desse modo o doutorando cumpriu o programa de estudos destinado aos alunos inscritos no 2º ano do programa doutoral em Ciências da Educação da FPCE UP.

O relatório está estruturado nos seguintes tópicos:

1. Atividades académicas relacionadas com o cumprimento das unidades curriculares;
2. Participações em unidades curriculares de carácter não obrigatório;
3. Participação em eventos científicos;
- 3.1. Com apresentação de comunicação; e
- 3.2. Sem apresentação de comunicação.
4. Atividades diretamente relacionadas com o projeto de investigação (tese);
5. Participações em atividades do Grupo de pesquisa, Currículo, Avaliação, Formação e Tecnologia Educativas (CAFte);
6. Colaboração na organização logística de eventos científicos;
7. Moderação de painéis em eventos científicos;
8. Outras atividades.

1- Atividades académicas relacionadas com o cumprimento das unidades curriculares.

Ao longo do ano letivo, o aluno participou nas atividades académicas relacionadas com o cumprimento das unidades curriculares e outras atividades estipuladas no Acordo. De entre essas unidades curriculares frequentou Seminário de escrita científica e Seminários de Investigação II.

Os Seminários de escrita científica, assegurados pelo Prof. Dr. Tiago Neves e pela Prof. Dr. Orquidea Coelho, foram realizados às quintas feiras das 17h30min às 20h00min. Relativamente aos Seminários de investigação II, estes foram realizados com uma periodicidade muito regular, (semanal/quinzenal) em regime tutorial, assegurados por mim, enquanto orientadora da tese na FPCE UP. Salienta-se o importante Seminário de orientação conjunta, que contou com a presença da Prof. Dra Zélia Zilda Lourenço de Camargo Bittencourt, orientadora da tese da UNICAMP, no qual se debateu e acordou, o problema a estudar e as opções a fazer no que respeita à realidade portuguesa.

Estes seminários foram destinados à discussão da problemática em estudo e dos fundamentos teórico - metodológicos, e respetivos delineamentos a serem adotados na investigação. Estes seminários de Investigação II, assim como os conhecimentos adquiridos no Seminário de escrita científica constituíram uma mais-valia para a fundamentação do projeto de investigação.

Será passado um certificado onde constará a frequência e o aproveitamento do doutorando nas unidades curriculares.

2 - Participações em unidades curriculares de carácter não obrigatório

O doutorando revelou desde o início um grande interesse em participar de outras atividades de carácter não obrigatório relacionadas com o Programa Doutoral. Nesse sentido, seleccionou algumas unidades curriculares destinadas aos alunos inscritos no 1º ano, tendo acompanhado algumas sessões/aulas sobre temas relevantes para o desenvolvimento de seu trabalho. Refere-se, a título de exemplo, a

participação nas aulas relacionadas com a utilização do software *Nvivo*. A aquisição de conhecimentos neste domínio ser-lhe-á útil na análise de dados.

O aluno participou também em dois módulos da unidade curricular "Estatística", momentos que foram destinados à apresentação e discussão de conceitos relacionados ao tratamento de dados quantitativos e metanálise. As participações nesses módulos, além de favorecerem o conhecimento do aluno sobre as ferramentas estatísticas, contribuirão para uma elaboração mais rigorosa da análise de dados.

3- Participações em eventos científicos

A este nível, reconhece-se um grande empenho do doutorando na participação em vários eventos, conferências e outras atividades científicas, realizados na FPCE UP e em outras instituições.

3.1. Com apresentação de comunicação

Salienta-se a excelente participação, com comunicação, em Congressos e Seminários científicos, de que são exemplos:

- Seminário Internacional "A diversidade como oportunidade. Que saberes e recursos profissionais?", decorrido nos dias 11 e 12 de janeiro. Este seminário foi organizado por uma equipa de investigadores do Centro de Investigação e Intervenção educativas (CIIIE) da FPCE UP, representando culminar do projeto Internacional *Xeno-Tolerance: Supporting VET Teachers and Trainers to Prevent Radicalisation*, que coordenei. O doutorando apresentou duas comunicações neste evento, com os títulos: "Marcas das perspectivas biomédica e Biopsicossocial nas normas legais educacionais brasileiras" e "Inclusão escolar de alunos com Perturbações do Espectro do Autismo no Brasil";

-I Seminário Internacional Currículo, Avaliação, Formação e Tecnologias educativas que decorreu nos dias 9 e 10 de julho. Esta comunicação teve como título "Parceria entre saúde e educação: percepções de profissionais que atuam no terreno";

-Congresso Internacional: 50 Anos depois da Pedagogia do Oprimido organizado pelo Instituto Paulo Freire, que decorreu nos dias 11, 12 e 13 de julho. Neste seminário o doutorando apresentou uma comunicação com o título: "Inclusão e Educação Especial. "Inclusão e Educação Especial. Ambiguidades nas normas legais portuguesas" ;

3.2. Participação sem apresentação de comunicação

- Conferência 30 anos de Ciências da Educação: centralidades e periferias, proferida pelo Professor Doutor José Alberto Correia, no dia 19 de outubro de 2017 das 17h30min às 20h00min.

-Jornadas da Comissão de Ética da Universidade do Porto: bioética, consumo e políticas alimentares, que teve lugar a 8 de novembro de 2017 das 15h:00min às 18h:00min no salão nobre da Reitoria da Universidade do Porto.

-XXV Semana de Psicologia e de Ciências da Educação, que aconteceu entre os dias 13 e 17 de novembro de 2017, tendo participado das seguintes atividades/conferências: Necessidades Educativas nas escolas; Redes Sociais e novas tecnologias: o impacto psicológico e Social. Autismo. Seminários: Autismo; *Coaching* e Liderança, Ciência e religião; Intervenção Socioeducativa- Promover uma intervenção identitária. *Workshops*: Distúrbios alimentares; Psicologia do Consumo; Sobredotação: compreender para intervir.

- Conferência: *Hacerle un lugar a la divergencia o El derecho a una educación para todos. Notas sobre la inclusion educativa a partir Del ejemplo de los sordos*" proferida pela Prof Dra Andrea Benvenuto no dia 24 de janeiro de 2018.

- Conferência: Etnografias Profissionais: uma estratégia de investigação para captar os saberes do quotidiano profissional, proferida pelo prof Telmo Caria, que decorreu das 17h30min às 20h00min do dia 23 de fevereiro de 2018. Esta conferência fazia parte das atividades do Programa Doutoral pelo que não foi passado certificado aos participantes.

- Seminário: Uma abordagem emergente à psicopatologia: *Research Domain Criteria*, promovido pelo Laboratório de Neuropsicologia da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação no dia 12 de março de 2018 das 10h00min às 12h30min.

- Conferência *Philosophy of Higher Education*, proferida pelo prof Ron Barnett, que decorreu das 17h30min às 20h00min do dia 26 de abril de 2018.

- Conferência sobre os direitos humanos no contexto escandinavo, em que foi conferencista o Prof Dr. Trond Solhaug, que decorreu das 17h30min às 20h00min do dia ocorrida no dia 30 de maio;

- IX Seminário Internacional do PDCE, que incluiu mesa redonda sobre Carta Ética, decorrido nos dias 24 e 25 de novembro de 2017. Este seminário, da responsabilidade da Comissão científica do Programa Doutoral teve como principal objetivo contribuir para a disseminação do conhecimento produzido no âmbito das teses de doutoramento;

- Ciclo de debates sobre a flexibilização curricular no contexto português organizado pelo Observatório da Vida nas Escolas (OBVIE), vinculado ao Centro de Investigação e Intervenção Educativas (CIIE) da FPCE UP, que decorreram nas seguintes datas: 23 de janeiro, 20 de fevereiro, 17 de abril, 22 de maio, 12 de junho, sempre das 17h30min às 20h00min, cujo encerramento decorreu no dia 4 de julho das 8h: 30min às 18h: 30min.

- II Colóquio Internacional Educação e Cooperação para o desenvolvimento: agendas, contextos e desafios, que decorreu nos dias 25 (das 09h00min às 18h00min) e 26 (das 10h00min às 12h00min) de maio de 2018.

-Managing for a school of sucess, que decorreu nos dias 26 (das 14h00min às 18h00min) e 27 de junho (9:15 às 17:00) de 2018. Nesse evento o aluno participou do workshop: Guia de boas Práticas Administrativas.

Além das atividades realizadas na e pela FPCE UP, o aluno também participou nos seguintes eventos científicos:

-Ciclo de Simpósios Inclusão 2018 organizados pela Associação Nacional de Docentes de Educação Especial em Parceria com a Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, que decorreram nos dias:

- 17 de março das 10h00min às 13h00min, sob o título: "Conceitos, razões e caminhos para a Educação Inclusiva", dinamizada pelo Prof Dr David Rodrigues;

- 19 de maio das 10h00min às 13h00min, sob o título: " A participação dos alunos como indicador de qualidade da educação inclusiva: algumas propostas de implementação e avaliação", dinamizada pela prof Dra Manuela Ferreira.

1- Atividades diretamente relacionadas com o projeto de investigação (tese).

Ao longo do período de permanência na FPCE UP, o doutorando realizou atividades relacionadas com o desenvolvimento do projeto de investigação. Fez pesquisas de documentos da política educativa e de artigos científicos para a construção do "estado da arte" e para o aprofundamento do quadro teórico e metodológico, bem como para fundamentação das questões éticas da pesquisa.

Avançou muito na escrita da tese, nomeadamente ao nível do quadro teórico e da recolha de dados. Para a recolha de dados, o doutorando contactou com vários Agrupamentos de escolas da região do grande Porto. Nesse contacto aprofundou o conhecimento sobre como as escolas portuguesas se organizam tendo em conta princípios de uma Educação Inclusiva, nomeadamente ao nível das respostas às crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais (NEE).

Obteve também o ponto de vista de profissionais que atuam nas escolas (professores, gestores, psicólogos, enfermeira), tendo realizado 17 entrevistas semiestruturadas em três agrupamento da região do grande Porto e participado em uma reunião de conselho pedagógico. A oportunidade de participar no cotidiano das

escolas e de conhecer as opiniões dos entrevistados sobre os temas relacionados com a Inclusão escolar enriqueceram o conhecimento do doutorando a respeito do tema, além de viabilizar dados para a produção do relatório final da tese.

Nessas ocasiões foram acauteladas todas as normas e procedimentos éticos do Programa Doutoral em Ciências da Educação da FPCE, nomeadamente a apresentação das informações referentes à pesquisa, assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido e o reconhecimento de todas as garantias éticas relacionadas com o anonimato dos dados e a confidencialidade dos participantes.

2- Participações em atividades do Grupo de pesquisa, Currículo, Avaliação, Formação e Tecnologia Educativas (CAFte)

O aluno participou em encontros do grupo de pesquisa *Currículo Avaliação e Formação, Tecnologias Educativas (CAFte)* de que sou coordenadora conjuntamente com a Professora Doutora Carlinda Leite. Neste contexto, o aluno teve a oportunidade de partilhar o seu projeto de pesquisa e de acolher os contributos de todos os elementos do grupo pesquisa.

Nos encontros periódicos do CAFte foram realizadas discussões e reflexões acerca da produção científica em Ciências da Educação, especificamente nas áreas de currículo e formação. O doutorando teve sempre uma participação muito ativa envolvendo-se de forma empenhada nos trabalhos de grupo realizados nas diferentes sessões, trazendo para o debate a sua leitura sobre os temas discutidos.

6 – Colaboração na organização logística de eventos científicos.

O doutorando manifestou sempre total disponibilidade para colaborar em atividades realizadas na FPCE UP, e também no âmbito do grupo de pesquisa CAFte. Desse modo, cooperou na organização logística dos seguintes eventos:

- Seminário: *"A diversidade como oportunidade. Que saberes e recursos profissionais?"*, que decorreu nos dias 11 e 12 de janeiro;

- I Seminário Internacional "Currículo, Avaliação, Formação e Tecnologias educativas", que decorreu nos dias 09 e 10 de julho de 2018.

- Celebrando Paulo Freire: Congresso Internacional. 50 anos da Pedagogia do Oprimido, que decorreu entre nos dias 11, 12 e 13 de julho de 2018.

O trabalho, neste âmbito, desenvolvido pelo doutorando revelou elevadas competências de organização e de trabalho em equipa, ao mesmo tempo que lhe permitiu o contacto com outros alunos, alargando a sua rede de contactos.

A- Moderação de painéis em eventos científicos.

A participação ativa do doutorando em atividades científicas promovidas pelo CIIE/FPCE UP potenciou, para além de outros aspetos, um grande reconhecimento institucional que se repercutiu em convites para a moderação de painéis em eventos científicos, nomeadamente:

- No Seminário: *"A diversidade como oportunidade. Que saberes e recursos profissionais?"*, o aluno fez a moderação de um dos painéis subordinados ao tema: *"Políticas e medidas de Inclusão Social e educativa"*;

- No I Seminário Internacional "Currículo, Avaliação, Formação e Tecnologias educativas", o aluno fez a moderação de um dos painéis subordinado ao tema: *"Desafios do digital em educação"*.

B- Outras atividades.

Na seqüência dos contactos estabelecidos com os Agrupamentos de escolas, o doutorando participou numa edição especial de um jornal informativo com um artigo de opinião em que dá conta do seu olhar sobre o agrupamento.

O aluno acompanhou a realização de três provas académica: duas defesas de doutoramento, cujos temas versavam respectivamente sobre Educação Especial e Inclusão Social de famílias imigrantes; e um prova de qualificação de tese, cujo tema versava sobre a formação de profissionais de saúde no contexto brasileiro.

Nota final

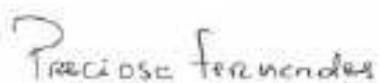
Como se evidenciou ao longo deste relatório, Robson Celestino Prychodco, durante o período de 11/09/2017 a 31/07/2018, participou não só nas atividades previstas no âmbito do Programa doutoral em Ciências da Educação da FPCE UP como também em outras iniciativas científicas que considerou serem de interesse para o aprofundamento do tema. Em todas essas iniciativas participou com elevado empenho e implicação.

Relativamente ao trabalho direcionado para a tese, o doutorando realizou um conjunto significativo de atividades, nomeadamente: pesquisa bibliográfica sobre o tema que permitiu avançar na construção do “estado da arte”; análise da política educativa em Portugal, e brasileira, sobre educação inclusiva e o atendimento a crianças/jovens com Necessidades Educativas Especiais (NEE). Estes dados foram divulgados em evento científico e serão mobilizados num artigo científico (em fase de elaboração); recolha de dados - o doutorando contactou com vários Agrupamentos de escolas da região do grande Porto tendo realizado várias

entrevistas que lhe permitiram aprofundar o conhecimento sobre o funcionamento do sistema educativo e sobre as escolas portuguesas. Neste sentido, reitero que as atividades realizadas durante o período de estadia na FPCE UP contribuíram, de modo significativo, para ampliar o projeto inicial de doutoramento.

Considero, em síntese que, no âmbito do Acordo de Cotutela firmado entre as duas Universidades, o aluno cumpriu todos os termos da parceria, e reforço o interesse em poder consolidar novas parcerias no futuro.

Porto, 31 de Julho de 2018



Prof. Dra Preciosa Fernandes.
Co-orientadora de tese

4. Parecer do Comitê de Ética em pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Inclusão escolar: um olhar a partir dos modelos biomédico e biopsicossocial.

Pesquisador: ROBSON CELESTINO PRYCHODCO

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 83354118.7.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.950.646

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda que visa inserir as autorizações para coleta de dados assinadas pelos responsáveis pelas instituições onde as entrevistas serão realizadas.

Objetivo da Pesquisa:

Mantidos em relação ao projeto original.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mantidos em relação ao projeto original.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foram inseridas as autorizações para a coleta de dados das seguintes instituições:

- 1- Escola Municipal de Ensino Fundamental Professor Benevenuto de Figueiredo Torres;
- 2- Escola Municipal de Ensino Fundamental Professora Sylvia Simões Magro;
- 3- Escola Municipal de Ensino Fundamental e Educação de Jovens e Adultos Humberto de Alencar Castelo Branco.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos anexados:

- 1-PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1228989_E1.pdf 27/09/2018 11:10:28;
- 2-CartaResposta27_9.pdf 27/09/2018 11:08:10;
- 3- autorizacaoInst2.pdf 27/09/2018 11:03:42;
- 4-Autorizacao_Responsavel_inst1.pdf 27/09/2018 11:00:44;

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.950.646

5-autorizacao_responsavel_inst3.pdf 27/09/2018 10:59:46

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.950.646

-Lembramos que segundo a Resolução 466/2012 , item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.

-O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---------------------------------------|------------------------|----------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1228989 E1.pdf | 27/09/2018 11:10:28 | | Aceito |
| Outros | CartaResposta27_9.pdf | 27/09/2018 11:08:10 | ROBSON CELESTINO | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | autorizacaolnst2.pdf | 27/09/2018 11:03:42 | ROBSON CELESTINO PRYCHODCO | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Autorizacao_Responsavel_inst1.pdf | 27/09/2018 11:00:44 | ROBSON CELESTINO PRYCHODCO | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | autorizacao_responsavel_inst3.pdf | 27/09/2018 10:59:46 | ROBSON CELESTINO PRYCHODCO | Aceito |
| Recurso Anexado pelo Pesquisador | Carta_resposta2_versao.pdf | 26/04/2018 13:03:05 | ROBSON CELESTINO | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_de_pesquisa.pdf | 26/04/2018 12:58:39 | ROBSON CELESTINO PRYCHODCO | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | Declaracao_de_compromisso.pdf | 26/04/2018 12:56:26 | ROBSON CELESTINO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 26/04/2018 12:54:56 | ROBSON CELESTINO PRYCHODCO | Aceito |
| Outros | DeclaracaoMatriculaFPCEUP.pdf | 16/02/2018 11:19:43 | ROBSON CELESTINO | Aceito |
| Outros | RelatorioMatricula_UNICAMP.pdf | 16/02/2018 11:18:48 | ROBSON CELESTINO | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_rosto.pdf | 15/02/2018 11:06:22 | ROBSON CELESTINO | Aceito |

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.950.646

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 09 de Outubro de 2018

Assinado por:

**Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador(a))**