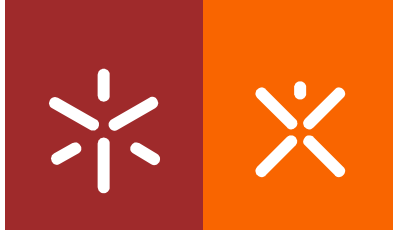




Universidade do Minho
Instituto de Educação

Raquel de Carvalho Vieira Cruz

O papel dos fisioterapeutas na equipe multidisciplinar atuantes no complexo municipal André Vidal de Araújo em Manaus



Universidade do Minho
Instituto de Educação

Raquel de Carvalho Vieira Cruz

O papel dos fisioterapeutas na equipe multidisciplinar atuantes no complexo municipal André Vidal de Araújo em Manaus

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Educação Especial
Especialidade em Dificuldades de Aprendizagem Específicas

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Anabela Cruz Santos

outubro de 2014

DECLARAÇÃO

Nome: Raquel de Carvalho Vieira Cruz

Endereço eletrónico: professoraraquelvieira@gmail.com

Telefone: 92 81030824

Número do Bilhete de Identidade: 013048684-8

Título da dissertação: O papel dos fisioterapeutas na equipe multidisciplinar atuantes no complexo municipal André Vidal de Araújo em Manaus

Orientador: Professora Doutora Anabela Cruz Santos

Ano de conclusão: 2014

Designação do Mestrado: Mestrado em Educação Especial – Especialidade em Dificuldades de Aprendizagem Específicas

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por me proporcionar saúde para viver!

Professora Anabela minha orientadora, a quem devo todo o respeito, profissional ímpar que me apresentou o mundo da Educação Especial, e me deu incentivo para prosseguir sempre!

Aos meus pais, por terem me dado educação, valores que trago em minha essência e que sem eles não estaria aqui. A minha mãe Nivalda (in memoriam), que onde quer que esteja, nunca deixou de me amar, nem de confiar em mim, e me incentivar, por ela todo meu respeito e orgulho da sua garra e perseverança. Meu pai, José Luiz Vieira, meu amor eterno, meu porto seguro, amigo em todas as horas. A vocês que, muitas vezes, renunciaram aos seus sonhos para que eu pudesse realizar o meu, partilho a alegria deste momento.

Gabriela, minha filha, que amo e que por muitas e muitas vezes me privei da sua companhia para me dedicar ao mestrado e as minhas atividades profissionais, filha um dia colheremos esses frutos, te amo!

Minha irmã Renata, não tenho palavras para agradecer toda sua amizade, companheirismo, fidelidade, carinho, amor, sem você nada teria acontecido. Te amo!

Meu cunhado Leonidas sua presença na minha vida e da minha filha são fundamentais, obrigada por nos “aguentar”, por ser amigo e brincalhão mesmo nos momentos mais difíceis.

Vó Maria obrigada, obrigada e obrigada, você é mãe duas vezes mesmo!! Te amo!!!

Meu irmão Artur, longe dos meus olhos mas dentro do meu coração, essa conquista divido com você também, te amo!

Aos meus amigos, aqueles que são minha família escolhida, obrigada pelas ajudas incansáveis.

Rodolfo, meu querido nas horas de descanso me ajudou nos gráficos e tabelas, seu carinho muitas vezes fez os momentos difíceis serem mais facilmente superados, muito obrigada!

Meus alunos agradeço a compreensão principalmente nos momentos finais desse trabalho. Vocês são meus grandes incentivadores! Leonila em especial ajuda na informática! Obrigada!

Meu coordenador Marcio Malta sua confiança em mim sempre me fizeram mais forte do que eu imaginava, gratidão eterna!!!

RESUMO

A literatura pertinente mostra que os desafios das crianças com deficiência motora não se encontra na capacidade de aprender, mas nas limitações que as impedem de explorar o meio que as rodeiam, que acabam afetando seu rendimento escolar e impedindo-a de desenvolver o máximo de seu potencial.

O presente estudo teve como objetivo analisar e caracterizar o papel do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar na inclusão dos alunos com deficiência motora do Complexo Municipal André Vidal de Araújo, Manaus – AM, uma instituição de atendimento as crianças com necessidades.

O instrumento de estudo utilizado foi elaborado tendo como base a literatura nacional e internacional, obedecendo a escala de likerts, tratou-se de um estudo quantitativo de natureza empírica, recorrendo-se a uma abordagem descritiva e inferencial, tendo como sujeitos 100 profissionais que atuam junto aos alunos com deficiência motora do Complexo André Vidal de Araújo, sendo professores de educação regular, professores da educação especial, psicólogos, fisioterapeutas, pedagogos e diretores.

Os resultados desse estudo permitem-nos concluir que: existem diferenças estatisticamente significativas entre o gênero, idade, formação acadêmica, função na escola e os itens: a) o fisioterapeuta deve fazer parte da equipe de avaliação da criança com paralisia cerebral, b) devem ser feitas adaptações necessárias nas escolas já que primordialmente trabalham em clínicas e c) o contato do fisioterapeuta com as crianças com alterações motoras antes de iniciar as aula, facilitaria a melhor adaptação aos materiais escolares. A participação do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar na inclusão das crianças com deficiência motora é considerada como importante e fundamental no Complexo. Desse modo, as recomendações são para que novos estudos neste sentido sejam realizados tanto pelos fisioterapeutas quanto pelos profissionais da educação, pois só por meio da ampliação do conhecimento sobre os alunos com necessidades educativas especiais se pode alcançar a verdadeira inclusão escolar e fortalecer a ideia de formação de equipe multidisciplinar de apoio a esta população.

Palavras-chave: Deficiência Motora; Atuação fisioterapêutica; Necessidades Educativas Especiais; Estudo quantitativo; Serviços de Educação Especial

ABSTRACT

The literature shows that the challenges of children with physical disabilities is not in the ability to learn, but the limitations that prevent them from exploring the environment around them, they end up affecting their school performance and preventing it from developing their maximum potential.

The present study aimed to analyze and characterize the role of the physical therapist in the multidisciplinary team in the inclusion of students with physical disabilities in the Municipal Complex André Vidal de Araújo, Manaus - AM, an institution for children with special needs.

The study instrument used was designed based on the national and international literature, obeying scale likerts, treated a quantitative empirical study of nature, resorting to descriptive and inferential approach, taking as subjects 100 professionals working with students with physical disabilities Complex André Vidal de Araújo, and regular education teachers, special education teachers, psychologists, physiotherapists, teachers and principals.

The results of this study allow us to conclude that there are statistically significant differences between gender, age, academic background, depending on the school and the items: a) the therapist should be part of the team evaluating the child with cerebral palsy, b) must adjustments needed to be made in schools as primarily work in clinics and c) contact the therapist with children with motor disorders before starting the lesson, facilitate better adaptation to school supplies. Participation in multidisciplinary team of physical therapists in the inclusion of children with motor disabilities is considered important and essential in the Complex. Thus, the recommendations are for further studies in this direction are carried out by physiotherapists how much by education, because only through the expansion of knowledge about students with special educational needs can achieve true educational inclusion and strengthen the idea formation of multidisciplinary team to support this population.

Keywords: Motor Disabilities; Physiotherapy performance; Special Educational Needs; Quantitative study; Special Education Services

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE TABELA	viii
LISTA DE FIGURAS	ix
LISTA DE ANEXOS	x
INTRODUÇÃO	11
Contextualização e Formulação do Problema	11
Finalidade do Estudo	14
Objetivo do Estudo	14
Importância do Estudo.....	14
Organização e Conteúdos	15
CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA.....	16
1.1 Histórico da Educação Especial	16
1.2 Inclusão Escolar.....	17
1.3 A importância da Equipe Multidisciplinar Na Inclusão	20
1.4 A Fisioterapia no apoio às crianças/pessoas com deficiência motora.....	21
1.5 Deficiência Motora.....	25
1.5.1 Conceito	25
1.5.2 Legislação.....	26
1.5.3 Paralisia Cerebral	27
1.5.4 Tecnologia Assistiva	28
2.1 Opção Metodológica.....	33
2.2 Amostra	34
2.3 Instrumento de Recolha de Dados	39
2.4 Procedimentos de recolha de dados.....	39
2.5 Procedimento de análise dos resultados	40

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	41
3.1 Análise Descritiva.....	41
3.2 Análise Inferencial.....	43
3.2.1 Gênero.....	43
3.2.2 Formação Acadêmica dos Profissionais	44
3.2.3 Idade.....	45
3.2.4 Função na Escola	46
3.3 Qualidades Psicométricas do Teste	46
3.3.1 Análise de Consistência Interna - Fidelidade.....	46
3.3.2 Fidelidade interavaliador	48
CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	49
4.1 Discussão dos Resultados	49
4.2 Síntese Conclusiva.....	55
4.3 Constrangimentos do Estudo	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS.....	63

LISTA DE TABELA

Tabela 1: Caracterização da amostra tendo em conta o gênero	35
Tabela 2: Caracterização da amostra tendo em conta a idade	36
Tabela 3: Caracterização da amostra tendo em conta a função na escola.....	36
Tabela 4: Caracterização da amostra tendo em conta a formação académica	37
Tabela 5: Caracterização dos itens do instrumento de estudo em média e desvio padrão	42
Tabela 6: Análise dos itens do questionário.....	47
Tabela 7: Análise dos itens em função do total no instrumento de estudo	47

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Órtese favorecendo a escrita	28
Figura 2: Órtese para posicionamento funcional.....	29
Figura 3: Goteira suro-podálica.....	29
Figura 4: Andadores	30
Figura 5: Muletas canadenses	30
Figura 6: Parapodium	31
Figura 7: Caracterização da amostra tendo em conta experiência profissional em anos de serviço	37
Figura 8: Caracterização da amostra tendo em conta o tipo de estabelecimento onde trabalham	38
Figura 9: Caracterização da amostra tendo em conta anos de serviço com deficientes motores	38

LISTA DE ANEXOS

Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE	64
Anexo B: Carta de anuência solicitada junto a subsecretária de gestão educacional do município de Manaus	66
Anexo C: Instrumento de recolha de dados - Questionário	67

INTRODUÇÃO

Contextualização e Formulação do Problema

Estudos têm revelado que pessoas com deficiência, via de regra encontram enorme dificuldade para afirmar sua individualidade e conquistar seus direitos como cidadãos. “Os preconceitos, o descaso das pessoas, são ainda os principais obstáculos que os deficientes têm que enfrentar no seu dia-a-dia, apesar da maioria ter condições de levar uma vida normal”, assinala Andrade (2010, p. 3).

Conquanto, é preciso conviver e pensar as diferenças. As pessoas com necessidades especiais não são passivas. Ainda que sejam indivíduos que dependem de um movimento, de um impulso na busca de sua inclusão no grupo social, querem participar da sociedade de forma integral, querem ter a chance de exporem suas idéias, necessidades e sentimentos.

A esse respeito, recentemente as pessoas com deficiência passaram a ter um genuíno direito à cidadania e a se beneficiar dos progressos da ciência no sentido de uma compreensão melhor de sua condição e de suas possibilidades de desenvolvimento. Todavia, a idéia de isolar e segregar ainda persiste, em muitos casos, na concepção dos que julgam que a plena integração social jamais se consolidará para estes sujeitos, numa sociedade que preconiza a beleza, a capacidade produtiva, o vigor físico e a conveniência (Carvalho, 2009).

Neste contexto encontram-se os alunos com Necessidades Educativas Especiais (NEE) em especial os alunos com deficiência motora que ainda enfrentam inúmeras barreiras nas escolas. Mas, como observa Faleiros (2003), a presença de crianças com necessidades educativas especiais está servindo como estímulo para as mudanças, porque elas se sentem dispostas a protagonizar esta experiência.

A propósito disso, em junho de 1994 aconteceu a Conferência Mundial sobre necessidades educativas especiais: “Acesso e Qualidade”, em Salamanca tendo como base o princípio de inclusão e o reconhecimento da necessidade de atuar com o objetivo de conseguir escolas para todos, ou seja, instituições que incluam todas as pessoas, aceitem as diferenças, apoiem a aprendizagem e respondam as necessidades individuais (Correia, 2003).

Um dos fatores principais para a implementação de uma filosofia inclusiva na escola é a construção de uma educação diferenciada, transformadora e com qualidade, condição essencial para favorecer o processo de aprendizagem dos alunos com NEE, uma vez que possibilita o desenvolvimento de suas potencialidades. Entretanto, este ambiente deve ser o mais diversificado possível, para que assim possa atingir o pleno desenvolvimento humano e o preparo para o exercício da cidadania (Correia, 1995; Melo & Martins, 2007).

Os alunos com deficiência motora apresentam impedimentos de várias ordens que os levam a perda de capacidades a nível motor afetando diretamente a postura e/ou movimento devido a uma lesão congênita nas estruturas do sistema nervoso (Sá, 2003).

Neste contexto, a fisioterapia, por ser uma área fundamental na intervenção de crianças com diversos tipos de necessidades educativas especiais, identificou a necessidade de se aprofundar em pesquisas atuais e se especializar, com o objetivo de unir conhecimentos específicos da fisioterapia com a real necessidade apresentada pelas crianças com paralisia cerebral no processo inclusivo.

Com a finalidade de ajudar a criança a desenvolver suas capacidades motoras globais encontra-se incluída nos serviços terapêuticos da equipe multidisciplinar, serviços estes que congregam as intervenções destinadas a melhorar o comportamento da criança em determinadas áreas do desenvolvimento (Correia, 2013).

Existem muitos estudos que comprovam os diversos benefícios fisiológicos dos exercícios terapêuticos no organismo, dentre os quais, o aumento do volume total de sangue; uma maior taxa de hemoglobina; a melhoria da circulação sanguínea corpórea, com funcionamento mais harmônico dos pulmões, do coração, dos músculos e de outros órgãos; melhoria da capacidade do organismo em aproveitar o O₂ e em proporcionar a energia necessária para o desempenho das atividades de vida diária (AVDs); o aumento da capacidade pulmonar (aumento da capacidade vital); fortalecimento do músculo cardíaco; maior volume e hipertrofia cardíaca; menor frequência cardíaca (FC) entre outros (Kisner & Colby, 2009).

A Educação Inclusiva tem sido considerada como a educação especial dentro da escola regular, transformando a escola em um espaço para todos, favorecendo a diversidade na medida em que considera que todos os alunos podem ter necessidades especiais em algum momento de sua vida escolar. Para tanto, faz-se necessário esforço conjunto de toda comunidade escolar - professores e funcionários da escola, alunos, pais, familiares e outros

profissionais - para que este processo seja efetivado com sucesso (Sánchez, 2005; Sasaki, 2000).

A constituição de uma equipe multidisciplinar, que permita pensar o trabalho educativo desde os diversos campos do conhecimento, é fundamental para compor uma prática inclusiva junto ao professor, pois um professor sozinho pouco pode fazer diante da complexidade de questões que seus alunos colocam em jogo (Paulon; Lucca & Pinho, 2005).

O direito de ir e vir é garantido a todos os seres humanos desde a Declaração Universal dos Direitos Humanos (Organização das Nações Unidas, 1948). A Constituição Federal Brasileira de 1988, por sua vez, estabelece em seu artigo 5º que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

Nesse contexto, a Cartilha da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência aponta que todas as medidas necessárias para a eliminação de barreiras arquitetônicas, que impedem a inclusão social das pessoas com deficiência, devem ser adotadas pelo poder público como forma de promover o acesso a todos (Brasil, 2007).

A qualificação do professor para um trabalho em equipe, com fisioterapeuta, psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social entre outros precisa ser modificado e oferecido pela escola para atender com qualidade os alunos com necessidades educativas especiais (Hefelmann, 2001).

O ambiente de aprendizagem, a interação professor-aluno, e a interação aluno-aluno são três estruturas distintas da dinâmica escolar que devem ser integradas as crianças que possuem alguma necessidade educativa especial, na busca de uma educação para todos (Mantoan, 2003).

Em síntese, não restam dúvidas de que os alunos com deficiência motora, como frisa Correia (2003) devem beneficiar-se de um ensino individualizado maximizado por serviços de apoio especializados. Estes serviços referem-se a todos os apoios que o aluno poderá necessitar, desde o apoio a nível acadêmico até os apoios de caráter psicológico, social, terapêutico ou médico. As atitudes práticas da fisioterapia com os alunos que apresentam problemas motores, ou seja, desenvolvimento de força, controle muscular necessários para efetuarem seu trabalho em sala de aula.

Finalidade do Estudo

Este estudo tem como finalidade a identificação e a caracterização do papel dos fisioterapeutas na equipe multidisciplinar para inclusão dos alunos com deficiência motora do Complexo Municipal André Vidal de Araújo, Manaus – AM, uma instituição de atendimento a crianças com necessidades especiais.

Objetivo do Estudo

O objetivo desse estudo é analisar e caracterizar o papel do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar na inclusão dos alunos com deficiência motorado Complexo Municipal André Vidal de Araújo, Manaus – AM, uma instituição de atendimento as crianças com necessidades especiais.

Para tanto levantou-se os seguintes objetivos específicos desse estudo serão:

- Avaliar o papel do fisioterapeuta da equipe multidisciplinar na inclusão dos alunos com deficiência motora;
- Compreender as adaptações necessárias, utilizações de órteses, adaptações de mobiliário, realizadas pelo fisioterapeuta junto aos alunos com deficiência motora para inclusão dos mesmos no ambiente escolar.

Importância do Estudo

A relevância do estudo reside em contribuir para a formação dos profissionais, uma vez que todo profissional precisa estar aberto a novos desafios que contribuam para o enriquecimento do seu aprendizado, mas principalmente pela intenção de ajudar na disseminação da idéia de se resgatar a prática da cidadania de todos, pois não restam dúvidas de que é preciso fortalecer o movimento em prol da inclusão, defender, ética e serenamente, o direito ao desenvolvimento psico-afetivo do aluno com necessidades educativas especiais, inserindo-se neste contexto o profissional de Fisioterapia que atuando conjuntamente com a equipe de educação, tem papel importante no suporte às necessidades específicas desses alunos, favorecendo-lhe, desse modo, maior qualidade de vida e melhores condições de aprendizado.

Organização e Conteúdos

Revisão da Literatura: o primeiro momento deste estudo contempla a revisão da literatura enquadrante do tema, com a exploração contextual dos conceitos teóricos.

Metodologia: neste capítulo é descrito o desenho da investigação, contextualizando os procedimentos metodológicos (classificação da pesquisa e meios de investigação).

*Apresentação de Resultados:*este capítulo descreve os resultados obtidos pela análise estatística da amostra e das diferentes variáveis, e qualidades psicométricas dos testes, utilizando o IBM SPSS Statistics, versão 22. Estes resultados englobam aqueles estatisticamente significativos das análises descritivas e inferenciais para as variáveis independentes consideradas, bem como as correlações encontradas. Também as qualidades psicométricas dos instrumentos são apresentadas separadamente, incluindo a análise dos níveis de consistência interna, através do *Alpha* de Cronbach.

*Discussão e Conclusão:*Com base nos resultados encontrados, proceder-se-á à sua discussão, considerando os objetivos do estudo e as bases teóricas da investigação atual. Ao longo da discussão são efetuadas algumas recomendações para o desenvolvimento de futuras investigações nesta área. É efetuada uma síntese conclusiva do estudo, na qual se destacam as qualidades psicométricas de ambos os testes. Finaliza-se com a apresentação de alguns constrangimentos do estudo.

Nos capítulos que se seguem será realizado um enquadramento teórico no sentido de clarificar alguns conceitos. Simultaneamente aprofundar em alguns estudos recentes. E nos capítulos seguintes é referida a apresentação dos dados recolhidos e a discussão e conclusões obtidas neste estudo.

CAPÍTULO I – REVISÃO DA LITERATURA

A Educação Especial

1.1 Histórico da Educação Especial

No Brasil a inserção de deficientes na educação ocorreu somente após a criação do Ministério da Educação e Cultura (MEC) em 1950. Com a criação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n 4.024 de 20 de dezembro de 1961, artigo 88, tornou-se obrigatória a inserção das pessoas com deficiências no ambiente escolar (Bastos, 2001; Mazzota, 1996).

Em 2007 foi criada a Cartilha da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, apontando todas as medidas necessárias para a eliminação de barreiras arquitetônicas, que impedem a inclusão social das pessoas com deficiência, devem ser adotadas pelo poder público como forma de promover o acesso a todos (Brasil, 2007).

Tudo começou em 1994, quando reúnem-se em Salamanca, Espanha, no período de 7 a 10 de junho, mais de 300 representantes de 92 governos e de 25 organizações internacionais, com o objetivo de promover a Educação para Todos, analisando as mudanças fundamentais de políticas necessárias para favorecer o enfoque da educação integradora, capacitando realmente as escolas para atender a todas as crianças, sobretudo às que têm necessidades educativas especiais (Sahb, 2011).

A Conferência, organizada pelo governo espanhol, em cooperação com a UNESCO, reuniu altos funcionários de educação, administradores, responsáveis por políticas e especialistas, assim como representantes das Nações Unidas e de organismos especializados, além de outras organizações governamentais internacionais, organizações não-governamentais e entidades patrocinadoras.

Desde a Declaração de Salamanca, a inclusão dos alunos com deficiência motora, necessidades educativas especiais, em classes regulares passou a ser considerada como a forma mais avançada de democratização das oportunidades educacionais, na medida em que a

maior parte dessa população não apresenta nenhuma evidência que impeça tal inclusão (Bueno, 1999).

Com a Declaração de Salamanca, inspirada no princípio de integração e no reconhecimento da necessidade de ação para conseguir ‘escolas para todos’, as escolas regulares começaram, portanto, a abrir as portas para as crianças com necessidades educacionais especiais (Brasil, 1994).

No Brasil, que optou pela construção de um sistema educacional inclusivo ao assinar a Declaração Mundial de Educação para Todos e a Declaração de Salamanca, a legislação passou a garantir indistintamente a todos o direito à escola, em qualquer nível de ensino, prevendo também atendimento especializado a criança com necessidade educacional especial, cabendo à instituição escolar buscar recursos, terapia e materiais para ajudar o desenvolvimento desse aluno (Cavalcante, 2013; Melo & Martins, 2007).

A literatura mostra que a inclusão educacional de alunos com necessidades educacionais especiais é importante, porque cria uma comunidade em que todas as crianças trabalham e aprendem juntas, sem esquecer as diferenças individuais entre elas.

Todavia, segundo Vioto e Vitaliano (2010), isso envolve o desafio de construir e por em prática no ambiente escolar uma pedagogia que consiga ser comum ou válida para todos os alunos da classe escolar, que seja capaz de atender os alunos cujas situações pessoais e características de aprendizagem requeiram processos pedagógicos diferenciados. Tudo isso, segundo o autor, sem demarcações, preconceitos ou atitudes nutridoras dos indesejados estigmas.

1.2 Inclusão Escolar

O objetivo da inclusão do aluno com necessidades educativas especiais na escola regular, segundo Amaral (1994) deve ser o de criar uma comunidade em que todas as crianças trabalhem e aprendam juntas.

No entendimento desta autora, dentro do campo da educação multicultural, o objetivo do não-reconhecimento das diferenças (todas as pessoas são iguais e não se percebe a diferença) foi desacreditado e substituído por modelos que reconhecem e apóiam o desenvolvimento da auto-identidade positiva para grupos de indivíduos.

Nas ponderações de Amaral (1994):

Similarmente, o objetivo da inclusão nas escolas é criar um mundo em que todas as pessoas se reconheçam e se apoiem mutuamente [...] Precisamos observar cuidadosamente a maneira como as escolas têm caracteristicamente se organizado em torno das diferenças individuais e como desenvolveram outras alternativas [...] Precisamos encontrar maneiras de desenvolver comunidades escolares inclusiva que reconheçam as diferenças entre os alunos e suas necessidades e isto dentro de um contexto comum (p. 33).

Com efeito, todo espaço educacional pressupõe a convivência entre pares. A possibilidade de conviver, trocar (dar receber) e vivenciar situações do cotidiano é um objetivo implícito no processo de aprendizagem, bem como no desenvolvimento humano.

Como frisa Carvalho (1997), o direito de todos os indivíduos à educação, como caminho possível de integração com o meio social, deve ser respeitado, independentemente das dificuldades ou deficiências do educando. Na concepção desta autora a criança deve ter o direito de estar inserida em um programa educacional, dentro de uma sala, independente de suas possibilidades de aprendizagem acadêmica.

Essa também é a opinião de Bee (1992) quando afirma:

É lá que, aos poucos, ela aprende a confiar cada vez mais em si própria, tomando consciência de que é capaz de realizar a maioria das atividades, embora levando um pouco mais tempo. A escola proporciona oportunidades educacionais para que a criança tenha uma existência feliz, preparando-a para enfrentar o futuro. Em contato com outras crianças, desenvolve a convivência em grupo, a solidariedade, consolida amizades, estabelece preferências individuais (p. 18).

Para Carvalho (2005), embora as leis no Brasil assegurem os direitos somente na teoria, a política no Brasil referente à inclusão tem sido profundamente influenciada por movimentos e declarações. Tais movimentos buscam promover a integração, a participação e combater a exclusão. Dentro do sistema educacional, isto se reflete na ampliação de mecanismos que incentivem a verdadeira igualdade de oportunidades.

Neste nível de reflexão, Januzzi (1992) comenta que a inclusão deve ser baseada em princípios, tais como a aceitação das diferenças individuais como um atributo e não como um obstáculo.

Correia (1991 citado por Warnock, 2005), em um relatório que entregue à Philosophy of Education Society of Great Britain, chegou à conclusão de que o conceito de inclusão, tal como é interpretado por muita gente, causa "confusão da qual as crianças são as vítimas." Para a autora, "o ideal da inclusão brotou de corações [...] mas sua implementação foi um legado desastroso" (p. 145).

Dando um parecer sobre a questão Sasaki (1998) menciona que:

Educação inclusiva é o processo que ocorre em escolas de qualquer nível preparadas para propiciar um ensino de qualidade a todos os alunos independentemente de seus atributos pessoais, inteligências, estilos de aprendizagem e necessidades comuns ou especiais. A inclusão escolar é uma forma de inserção em que a escola comum tradicional é modificada para ser capaz de acolher qualquer aluno incondicionalmente e de propiciar-lhe uma educação de qualidade. Na inclusão, as pessoas com deficiência estudam na escola que frequentariam se não fossem deficientes. (p. 8).

A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva destaca-se que a Educação Inclusiva tem como objetivo assegurar a inclusão escolar de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, orientando os sistemas de ensino para garantir:

[...] acesso ao ensino regular, com participação, aprendizagem e continuidade nos níveis mais elevados do ensino; transversalidade da modalidade de educação especial desde a educação infantil até a educação superior; oferta do atendimento educacional especializado; formação de professores para o atendimento educacional especializado e demais profissionais da educação para a inclusão; participação da família e da comunidade; acessibilidade arquitetônica, nos transportes, nos mobiliários, nas comunicações e informação; articulação intersetorial na implementação das políticas públicas. (Brasil, 2008, p. 14).

E possível constatar muitos avanços sociais no trato da questão, mas, como observa Dias (2007), há ainda muito a ser feito, pois milhares de pessoas com deficiência continuam à margem da vida, escondidas atrás de dificuldades e barreiras, que são mínimas e

imperceptíveis para alguns, mas que se constituem em obstáculos intransponíveis em suas atividades cotidianas. “Não há como negar que a realidade de uma pessoa com deficiência é diversa e desgastante, o que enseja, sem dúvida, especial proteção aos seus interesses”, assinala o autor (p. 16).

Em suma, a presença de um aluno com necessidade educacionais especiais em sala de aula regular, tem feito com que inúmeros estudiosos se debruçam sobre a questão e tem suscitado muitos debates, porque a inclusão desses alunos, exige um conjunto de recursos pedagógicos e de serviços de apoio que facilitam a sua aprendizagem (Tini e Hatdu, 2003).

Duek&Naujorks (2006) defendem a ideia de que o processo de inclusão só ocorre quando se tem o enfoque multidisciplinar, pois a inclusão exige o envolvimento de todos os profissionais que atendem estes alunos nos diferentes níveis de ensino e áreas de conhecimento.

1.3 A importância da Equipe Multidisciplinar Na Inclusão

As diversas abordagens utilizadas para tratar do assunto afirmam que a composição de uma equipe multidisciplinar é feita por profissionais de áreas distintas, ou seja, com formação acadêmica diferenciada e que trabalham em prol de um único objetivo.

Uma equipe multidisciplinar pode ser definida como um grupo de indivíduos com contributos distintos, com uma metodologia compartilhada frente a um objetivo comum, cada membro da equipa assume claramente as suas próprias funções, assim como os interesses comuns do coletivo, e todos os membros compartilham as suas responsabilidades e seus resultados (Figueiredo,2010, p. 29).

Segundo Correia (2003) as condições específicas da inclusão do alunos com necessidade educacional especial - NEE são identificadas através de uma avaliação compreensiva, feita por uma equipe multidisciplinar (Correia, 2003).

Segundo Sasaki (2000) o sucesso das escolas inclusivas exige esforço conjunto, não somente de professores e funcionários da escola, mas também de pais, voluntários, alunos e familiares (Sasaki, 2000).

Em 1984 Bobath já defendia a ideia de que a criança com deficiência motora deve ser atendida por profissionais qualificados e conscientes de que os comprometimentos físicos, motores e os distúrbios associados (mental, visual, fala e perceptivo) estão em estreita relação

uns com os outros e portanto nenhuma alteração pode ser tratada isoladamente das outras (Bobath & Bobath, 1984).

Correia (1995) relata que uma inclusão com sucesso só existirá com um esforço que inclua uma planificação e uma programação eficazes para a criança com necessidade educativa especial - NEE, uma preparação adequada do educador/professor do ensino regular, do educador/professor de educação especial e de todos os técnicos envolvidos no processo educativo, um conjunto de práticas e serviços de apoio necessário ao bom atendimento da criança com necessidade educativa especial - NEE, um pacote legislativo que se debruce sobre todos os aspectos da inclusão da criança com NEE nas escolas regulares, um clima de bom entendimento e de cooperação entre a escola, a família e a comunidade.

1.4 A Fisioterapia no apoio às crianças/pessoas com deficiência motora

Segundo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito 2014), a fisioterapia é definida como uma ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas.

Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia, da sinergia funcional, e da cinesia patologia de órgãos e sistemas do corpo humano e as disciplinas comportamentais e sociais (Coffito 2014).

Nas ponderações de Correia (2003), os serviços terapêuticos congregam as intervenções destinadas a melhorar o comportamento da criança, nesse contexto a fisioterapia destina-se a ajuda a criança a desenvolver as suas capacidades motoras globais, isto é as que envolvem o uso de músculos maiores do corpo.

Quanto à reabilitação da pessoa com deficiência, o Programa Nacional de Acessibilidade defende isso como uma questão que implica em um conjunto de procedimentos diversos, interdependentes e devem partir da valorização das potencialidades desses indivíduos, ou seja, a reabilitação da pessoa com deficiência só pode ser equacionada dentro do contexto geral e integrado das políticas de saúde, educação, trabalho, esporte, previdência e assistência social, de maneira que permitam às pessoas com deficiência alcançar

os mais altos níveis físicos, mentais, profissionais e/ou sociais, que lhe seja possível (Coordenadoria Nacional Para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2004).

As características atuais dos atendimentos de reabilitação revelam insuficiência da rede, agravado pela desigualdade na distribuição regional e no acesso individual aos diferentes serviços. Há uma necessidade urgente de simplificação e da integração familiar e comunitária em favorecer a interiorização e universalização do acesso a reabilitação. (Coordenadoria Nacional Para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2004).

A Fisioterapia, regulamentada pelo Decreto-Lei 938/69, Lei 6.316/75, Resoluções do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito, 2014), Decreto 9.640/84, Lei 8.856/94, é definida como o profissional de saúde, com formação acadêmica Superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Cinesiológico Funcional), a prescrição das condutas fisioterapêuticas, a sua ordenação e indução no paciente bem como, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional e as condições para alta do serviço (Coffito, 2014).

Segundo Moraes (2005) ao fisioterapeuta cabe informar ao professor sobre o posicionamento e manuseio para a criança com deficiência física, bem como orientá-la na seleção e uso de equipamentos, mobiliários, dispositivos de suporte, adaptação e facilitação dos padrões posturais, tanto no ambiente de sala de aula como em atividades extraclasse como passeios, jogos recreacionais, enfim em qualquer atividade.

Moura et. al. (2005), por sua vez diz que a interação fisioterapeuta/família deve estar bem estabelecida para que ocorra a troca de informações cabíveis, para a definição dos objetivos funcionais possíveis na realidade motora cognitiva e social em que a criança se encontra, contribuindo, assim, para a superação de dificuldades vivenciadas diariamente no relacionamento dessa família com a criança. Contudo, afirma o mesmo autor, esta interação só se torna possível mediante a existência de confiança entre os envolvidos nesse processo. Por esse motivo é importante que desde o início do trabalho com a criança, o terapeuta converse com a família para reconhecer e atender suas dificuldades e seus anseios.

De acordo com Rezende et. al. (2009), ao assumir o movimento como seu objeto, o fisioterapeuta adota uma perspectiva relacional, pensando no ser humano não apenas por suas características biológicas, mas também o considerando na sua dimensão social.

Visto dessa forma,

o fisioterapeuta deve atuar em interação com outros profissionais, para melhor compreender e poder interferir positivamente, no sentido de ampliar e de tornar mais rica e prazerosa a relação permanente do indivíduo com o seu ambiente. Junto com os usuários dos serviços de saúde, deve refletir sobre o uso que ele fazem do próprio corpo nas suas relações com o espaço e com outras pessoas e, a partir de então, promover ações visando à melhoria da qualidade de vida no presente e no futuro (Rezende et. al. 2009, p. 6).

Sob esta ótica, muito mais do que tratar e reabilitar, a Fisioterapia tem o encargo de agir na direção do desenvolvimento das potencialidades do indivíduo para exercer suas atividades laborativas e da vida diária.

No campo da educação, cujo exercício é assegurado pelo Código de Ética Profissional, que decide as responsabilidades fundamentais deste profissional, a proposta da inclusão escolar do aluno com deficiência como parte integrante do trabalho do fisioterapeuta desponta como um novo desafio, pois envolve uma atuação em um campo de atividade que lida diretamente com as famílias e com um segmento da sociedade que ainda sofre com a exclusão na escola: a criança com deficiência (Molochenco, 2002 citado por Durce et. al. 2006).

Posicionando-se sobre o assunto Barboni e Gonçalves (2014), observam que a fisioterapia com enfoque escolar teve, durante muito tempo, uma atuação bastante restrita quando observadas as possibilidades e necessidades que esta área apresenta, que ainda hoje é um campo que precisa ser melhor explorado pelos fisioterapeutas, cujo trabalho deve ocorrer por meio por meio da avaliação, buscando identificar as limitações, as dificuldades, as alterações, as capacidades, os interesses e as necessidades de cada criança.

Atuando junto às crianças com necessidades educativas especiais, explicam as mesmas autoras, cabe ao fisioterapeuta identificar as barreiras que a criança enfrenta no ambiente escolar, bem como também as demandas que enfrenta em relação ao seu enduro, mobilidade, força e destreza.

O fisioterapeuta deve ser observativo e tentar aprender quais as esperanças e expectativas da criança e de seus pais. Isso facilita o desenvolvimento de um programa relevante, estimulando o movimento na sala de aula, no pátio ou na educação física (Campos et. al. 2006 citado por Barboni e Gonçalves, 2014, p. 14).

Dando um parecer sobre a questão Melo e Pereira (2013) comentam que o fisioterapeuta deve intervir a auxiliar no processo de inclusão da criança com necessidade educativa especial, dentro da equipe de apoio, por meio de ações como:

- orientação sobre a condição da deficiência;
- quanto ao posicionamento e postura adequados;
- promovendo a prevenção de complicações decorrentes da deficiência;
- habilitar o aluno com movimentos e posturas favoráveis à realização das tarefas.

Observam também Melo e Pereira (2013), que é importante que o fisioterapeuta saiba que sua atuação dentro perspectiva da inclusão escolar não é terapêutica, mas de coadjuvante, no sentido de buscar as condições necessárias que visam favorecer maior independência e autonomia do aluno com necessidade educativa especial no contexto escolar.

Em síntese, a atuação do fisioterapeuta na equipe de apoio à inclusão da criança com NEE, sem dúvida é de grande relevância, por possibilitar a este aluno, entre outras coisas, movimentos e posturas favoráveis a um melhor aprendizado. Nas palavras de Rocha et. al. (2013):

Acreditamos ainda, na atuação do Fisioterapeuta como consultor ou na assessoria às escolas [...] frente às reais dificuldades encontradas mediante o processo de inclusão [...] Neste contexto, atua em forma de “elo” entre o diferente e o comum, contribuindo para a inclusão tão desejada por estas crianças. Portanto, terapeutas devem olhar essas crianças como seres humanos em potencial, com capacidade para aprender e estar como mediador também entre a escola e a família (p. 13).

Com efeito, o trabalho do fisioterapeuta no acompanhamento do aluno com necessidade educativa especial representa um reforço na sua inclusão escolar e social. Nas premissas de Santos et. al. (2013), assim como os demais profissionais da área de saúde e educação, o fisioterapeuta deve priorizar a igualdade social e a equipe interdisciplinar que encontra-se envolvida com a inclusão do aluno com deficiência precisa entender que é fundamental que esta criança sintam-se menos diferente possível, para que assim possa estimular suas ações de cidadania e garantir qualidade de vida.

Enfim, como afirmam Glat e Fernandes (2005 citado por Barboni et. al. 2014) a Educação Especial encontra-se em processo de ressignificação, não somente pela utilização de métodos e técnicas especializadas para promover a aprendizagem do alunado com

deficiência ou outras características especiais, mas porque vem se constituindo em um sistema de suporte permanente e efetivo à escola, para que ela possa fortalecer inclusão social desses alunos.

Assim, a equipe multidisciplinar para constituir a resposta global e única para os problemas educativos, sociais, psicológicos e médicos da criança com NEE. Implica na pluralidade de formações e, conseqüentemente, de funções, em que cada membro assume uma responsabilidade claramente definida e reconhece a importância da interação entre os outros elementos da equipe. (Correia, 2003).

Segundo Rotta (2002) os pacientes com paralisia cerebral devem ser tratados por uma equipe multidisciplinar, na qual o principal enfoque terapêutico é, sem dúvida, o fisioterapêutico e, nestes casos, diferentes métodos utilizados em fisioterapia são empregados de acordo com o quadro clínico.

Para O'Sullivan e Schmitz (2010), a integração das intervenções da fisioterapia com as de outros profissionais, combinada à consciência das fronteiras e limitações de cada profissão, gerará um trabalho em equipe e dará ao paciente uma chance melhor de maximizar o funcionamento compensatório dentro de seu lugar no mundo.

1.5 Deficiência Motora

1.5.1 Conceito

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais , 1996 atribui a deficiência motora as “Perturbações do Desenvolvimento da Coordenação” e o diagnóstico é “feito unicamente se o déficit interferir significativamente com o rendimento escolar ou atividades da vida diária”, que requerem coordenação motora. (Batista, 1996).

Dados do Censo demográfico de 2000 indicam 3.295.071 homens com deficiência motora e 4.644.713 mulheres com deficiência motora, totalizando 7.939.784 indivíduos com deficiência motora no Brasil. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2000).

No estado do Amazonas, conforme o Censo 2010, dos indivíduos com deficiência identificados, 209.932 são deficientes motores e em Manaus 150.189 indivíduos com algum tipo de deficiência motora. (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística,2010).

1.5.2 Legislação

No Decreto nº 3.298 de 1999 da legislação brasileira, encontramos o conceito de deficiência e de deficiência física, conforme segue:

Art. 3...: - Para os efeitos deste Decreto, considera-se:

I -Deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

Art. 4...: - Deficiência Física – alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções. (Brasil, 1999, p. 23).

Algumas doenças, acidentes ou lesões podem provocar a deficiência física. Dentre elas as doenças no sistema osteoarticular, doenças musculares, doenças do sistema nervosa, ostomia, que é uma intervenção cirúrgica para construção de um novo trajeto para saída de fezes e urina. Pode-se citar ainda queimaduras, muito freqüentes em crianças, levam ao desfiguramento e alteram a elasticidade dos tecidos, limitando os movimentos (Brasil, 2006, p. 20-22).

O Programa Nacional de Acessibilidade – Ações Produtos e Metas para 2004 revela que a promulgação da Lei 7.853/89 promoveu mudanças de paradigmas quanto às questões relativas às pessoas com deficiência. Uma visão assistencialista/paternalista deu lugar à outra que garantiu os direitos individuais e coletivos e a efetiva inclusão social das pessoas com deficiência (Corde, 2004).

Apesar do grande avanço no marco legal, estudiosos afirmam que o Estado brasileiro ainda necessita desenvolver ações que contribuam para as transformações dos paradigmas assistencialistas, permitindo que o portador de deficiência seja sujeito no processo de desenvolvimento do país, exercendo sua plena Cidadania.

O Censo Demográfico 2000, do IBGE, desenhado em conjunto com a Corde, constatou que a questão da deficiência no Brasil atinge diretamente 14,48% e indiretamente a 43,44% da população, ultrapassando a estimativa da Organização Mundial da Saúde (10%). Em números absolutos significam respectivamente, 24,6 milhões e 73,8 milhões de pessoas, além de profissionais atuantes em áreas de atendimento à pessoa portadora de deficiência. (Corde, 2004).

1.5.3 Paralisia Cerebral

A paralisia Cerebral é lesão de uma ou mais áreas do sistema nervoso central, tendo como consequência, alterações psicomotoras, podendo ou não causar deficiência mental (Instituto Benjamin Constant, 2014).

A criança com paralisia cerebral (PC), apresenta mobilidade reduzida, ou seja, seqüela de uma lesão encefálica, que se estende por toda a vida, porém, suas manifestações clínicas podem se modificar com o tempo, devido à neuroplasticidade, que consiste na capacidade de renovação funcional e estrutural do Sistema Nervoso Central (SNC), permitindo novas aprendizagens (Guerzoniet al., 2008).

Várias podem ser as causas da deficiência física tais como pré-natais envolvendo: problemas durante a gestação, perinatais ocasionadas por problemas respiratórios na hora do nascimento, e parada cardíaca, infecção hospitalar, doenças infectocontagiosa e assim por diante.

Dentre os tipos pode-se citar (Brasil, 2006):

- a) a Paralisia Cerebral por prematuridade, anóxia perinatal, desnutrição materna, rubéola, toxoplasmose, trauma de parto subnutrição, entre outras outras;
- b) Hemiplegias por acidente vascular cerebral, aneurisma cerebral, tumor cerebral e outras;
- c) Lesão medular por ferimento por arma de fogo, ferimento por arma branca, acidentes de trânsito; mergulho em águas rasas;
- d) Traumatismos diretos por quedas, processos infecciosos, processos degenerativos e outros;
- e) Amputações por causas vasculares, traumas, malformações congênicas; causas metabólicas e outras;
- f) Febre reumática (doença grave que pode afetar o coração, Câncer, Miastenias graves, que consistem num grave enfraquecimento, muscular sem atrofia.

A Paralisia Cerebral leva o indivíduo a perda de capacidades a nível motor que afeta diretamente a postura e / ou movimento devido a uma lesão congênita nas estruturas do sistema nervoso (Sá, 2003).

Segundo Melo e Martins (2007) é importante que alunos com PC quando inclusos tenham um suporte adequado para permitir um bom desenvolvimento escolar. “Eles vão necessitar de recursos pedagógicos adaptados, adaptações no ambiente físico e adequações no mobiliário da escola”, assinalam os autores (p. 16).

1.5.4 Tecnologia Assistiva

A Tecnologia Assistiva (TA) é uma área de conhecimento, de características interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que tem o objetivo de promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (Galvão Filho, 2009).

A Tecnologia Assistiva da aplicação de avanços tecnológicos em áreas já estabelecidas é uma disciplina de domínio de profissionais de várias áreas do conhecimento, que interagem para restaurar a função humana. Diz respeito à pesquisa, fabricação, uso de equipamentos, recursos ou estratégias utilizadas para potencializar as habilidades funcionais das pessoas com deficiência. Sua ação aplicação abrange todas as ordens do desempenho humano, desde tarefas básicas de autocuidado até o desempenho de atividade profissionais (Brasil, 2009).

Abaixo exemplifica-se uma órtese que favorece a escrita.



Figura 1: Órtese favorecendo a escrita (Galvão Filho, 2009)

Os recursos de tecnologia assistiva são considerados, portanto, desde artefato simples, como uma colher adaptada, uma bengala ou um lápis com uma empunhadura mais grossa para facilitar a preensão, até sofisticados sistemas computadorizados, utilizados com a finalidade de proporcionar uma maior independência e autonomia à pessoa com deficiência, conforme mostra a ilustração (Galvão Filho, 2009).



Figura 2: Órtese para posicionamento funcional (Galvão Filho, 2009)

Segundo Moura et. al.(2005) o fisioterapeuta tem a sua disposição uma variedade de aparatos que quando indicados no momento apropriado, auxiliam no intuito de maximizar as capacidades e minimizar as dificuldades. São utilizados tanto para auxílio em terapia como para uso domiciliar, dentre os quais pode-se destacar:

- Goteira de lona: é uma tala de lona usada para manter a extensão dos membros inferiores e superiores.
- Goteira suro-podálica: confeccionada em polipropileno sob molde gessado, é utilizado para prevenção de deformidades em nível de tornozelo e pé (ver figura 3 abaixo).



Figura 3: Goteira suro-podálica (Moura, 2005)

Pode-se apontar também:

- O andador: utilizado na fase inicial do treino de deambulação para proporcionar maior segurança e estabilidade para criança, conforme se pode observar nas ilustrações abaixo (Galvão filho, 2009).



Figura 4: Andadores (Galvão, 2009)

- As muletas canadenses: segundo Moura et al. (2005) são utilizadas como suporte para deambulação aumentando a base de sustentação para melhorar a estabilidade lateral e permitir que os membros superiores transfiram o peso corporal para o solo (ver figura 5 abaixo).



Figura 5: Muletas canadenses (Galvão, 2009)

- O parapodium: conforme Galvão Filho (2009) o parapodium deve ser utilizado para ortostatismo, com objetivo de realizar descarga de peso e propriocepção evitando deformidades em membros inferiores, melhora do controle de cabeça e tronco, conforme figura 6 abaixo.



Figura 6: Parapodium (Galvão, 2009)

O desenvolvimento de recursos e outros elementos de Tecnologia Assistiva, têm, portanto, proporcionado a valorização, integração e inclusão das pessoas com deficiência, promovendo seus direitos humanos (Brasil, 2009).

Em suma, nascer com uma deficiência instalada, ou desenvolvê-la após o nascimento, obviamente em nada altera as necessidades básicas de um indivíduo, como alimentação, higiene, afeto, proteção e oportunidades para explorar o próprio corpo e o mundo a sua volta.

Mas, não se pode negar: a criança com deficiência tem necessidades e dificuldades próprias. Em se tratando das trocas sociais e da aprendizagem, segundo Bee (1992), assim como existem variações no ritmo, no comportamento e na personalidade das crianças/adolescentes em geral, uma variável se manifesta na sua aprendizagem e no seu desenvolvimento. “Na maioria das vezes, essas limitações não constituem um impedimento para a aprendizagem. Mas é preciso respeitar seu ritmo e seu tempo”, esclarece esta autora (p. 31).

Neste contexto, como assinalam Alves e Barbosa (2006), a inclusão enquanto paradigma educacional tem como objetivo a construção de uma escola acolhedora, onde não existam critérios ou exigências de natureza alguma, nem mecanismos de seleção ou discriminação para o acesso e a permanência com sucesso de todos os alunos.

Este paradigma, explicam as autoras, requer um processo de ressignificação de concepções e práticas no qual os educadores e demais profissionais de apoio passem a compreender a diferença humana em sua complexidade, não mais com um caráter fixo e um lugar – predominantemente *no outro*, mas buscando entender que as diferenças estão sendo constantemente feitas e refeitas, existindo em todos e em cada um. “A inclusão, tal qual a construção do conhecimento, é um processo individual e coletivo, que envolve não somente a

razão, mas igualmente a emoção, o desejo, a intuição, a subjetividade”, salientam Alves e Barbosa (2006, p. 16).

Por fim, como acredita Carvalho (1997), o direito de todos os indivíduos à educação, como caminho possível de integração com o meio social, deve ser respeitado, independentemente das dificuldades ou deficiências do educando. A criança deve ter o direito de estar inserida em um programa educacional, dentro de uma sala, independente de suas possibilidades de aprendizagem acadêmica.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

Os procedimentos metodológicos tem como finalidade instrumentalizar os pesquisadores na elaboração e apresentação de suas intenções de estudos. De acordo com as premissas de Bruyne et. al. (1991), a metodologia é considerada como a lógica dos procedimentos científicos em sua gênese e em seu desenvolvimento, não se reduzindo a uma ‘metrologia’ ou tecnologia da medida dos fatos científicos. Cabe-lhe ajudar a explicar não apenas os produtos da investigação científica, mas, principalmente, seu próprio processo, uma vez que suas exigências não são de submissão estrita a procedimentos rígidos, mas da fecundidade na produção dos resultados.

Para a construção da estrutura metodológica do estudo utilizou-se como base as seguintes técnicas:

2.1 Opção Metodológica

Tomou-se como sujeitos informantes os profissionais que atuam junto aos alunos com deficiência motora do Complexo André Vidal de Araújo, sendo professores de educação regular, professores da educação especial, psicólogos, fisioterapeutas, pedagogos, diretores.

O roteiro para aplicação dos questionários foi constituído de três momentos, com todos os contatos acontecendo em um único dia da semana, tanto pela parte da manhã como à tarde. Primeiramente entrevistou-se o grupo formado pela diretora, pedagogos e professores, além de alguns funcionários de apoio. Em seguida com o grupo formado pelos psicólogos e finalmente, em um terceiro momento, com o grupo formado pelos fisioterapeutas.

Dentro dessa situação, está a verificação de que os respondentes, guardadas as especificidades de suas condições vivenciais no Complexo possuem visão semelhante para os diversos aspectos que envolvem a temática do estudo, possibilitando, portanto, explicações únicas para o atendimento ao objetivo geral e aos específicos, e melhor adequação para o alcance de seus resultados.

Os contatos com os informantes foram realizados no próprio local de trabalho (a escola), não havendo especificação quanto à sua duração, ficando esse fato condicionado às

disponibilidades dos profissionais, deixando-se, no final da aplicação dos questionários, espaço para que os mesmos se manifestassem livremente.

Todos os objetivos deste levantamento foram cumpridos satisfatoriamente, uma vez que os trabalhos foram realizados em um clima de muita cordialidade e cooperação. Além disso, a instituição patrocinou material e grande quantidade de informações. Durante o trabalho teve-se também oportunidade de conhecer a instituição em sua estrutura funcional. Em todas as situações de campo, a pesquisadora procurou ao máximo intensificar sua interação com os participantes e sempre procurando estimular o diálogo franco.

Quanto ao tipo de estudo, este caracteriza-se pela pesquisa exploratória-descritiva, que segundo Lakatos e Marconi (2001) são estudos que têm por objetivo descrever completamente determinado fenômeno, para o qual são realizadas análises empíricas e teóricas, e podem ser encontrados tanto em descrições quantitativa como qualitativas.

Face aos objetivos traçados optou-se pela abordagem quantitativa, que conforme proposições de Teixeira (2005) é aquela que utiliza a descrição matemática como uma linguagem, ou seja, a linguagem matemática é utilizada para descrever as causas de um fenômeno, as relações variáveis e assim por diante. O papel da estatística é estabelecer a relação entre o modelo teórico proposto e os dados observados no mundo real.

O estudo em questão é, portanto, quantitativo, de natureza empírica, que integra profissionais e variáveis e onde se cruzam dados diretos não manipulados. Não se efetua a manipulação de intervenções diretas sobre os profissionais (Almeida & Freire, 2008).

2.2 Amostra

Para realização deste estudo, foi utilizado uma amostra de 100 profissionais dos 280 que trabalham no Complexo André Vidal de Araújo. Os profissionais são professores de educação regular, professores da educação especial, psicólogos, fisioterapeutas, pedagogos, diretores e outros profissionais que atendam as crianças com deficiência motora.

O conceito de população engloba todos os membros de um determinado grupo com uma ou mais características em comum que se pretendem estudar (Almeida & Freire, 2008).

Neste estudo, a população refere-se aos 280 profissionais que trabalham no Complexo André Vidal de Araújo (CMEE) que foi inaugurado em 2007, tendo como meta principal a realização de ações que possam desenvolver as potencialidades das pessoas com necessidades especiais, e a inclusão destas na sociedade.

Objetivando alcançar esta meta o Complexo oferece:

- Avaliação diagnóstica por equipe multidisciplinar;
- Projetos de estimulação essencial (0 a 3 anos), e de estimulação da aprendizagem (4 a 6 anos);
- Atendimentos específicos (fonoaterapia, psicoterapia, terapia ocupacional, fisioterapia, assistência social, atendimentos pedagógico e psicopedagógico, entre outros);
- Assessoramento e formação continuada para os professores de salas de recursos, classes especiais e escolas de referência, além do acompanhamento de alunos inclusos e sensibilização para os demais profissionais do ensino comum.

Fez-se uso dos critérios de inclusão e exclusão. Para os critérios de inclusão levou-se em conta os profissionais que trabalham com as crianças com deficiência motora. Como critério de exclusão descartou-se os profissionais que não estão diretamente envolvidos no acompanhamento desses alunos.

Para garantir que todos os aspectos acima referidos, fossem considerados, levou-se em conta os seguintes pontos, sugeridos por Gay, Mills & Airasian (2006):

- a) determinação do tamanho da amostra: 100 profissionais que atendam as crianças com deficiência motora do Complexo André Vidal de Araújo;
- b) identificação das variáveis e dos substratos para as quais se pretende obter uma representação adequada: distribuição da população por agrupamentos, gênero, faixa etária, função na escola, formação acadêmica e experiência profissional.

Deste modo, as tabelas abaixo destacam a caracterização da amostra, tendo em conta o gênero, a idade, a função na escola, a formação acadêmica, conforme segue.

Tabela 1: Caracterização da amostra tendo em conta o gênero

Gênero	Frequência	Porcentagem
Masculino	25	25,0
Feminino	75	75,0
Total	100	100,0

Fonte: Complexo André Vidal de Araújo (2014).

Os resultados mostram que a caracterização por gênero são 25% masculinos e 75% feminino.

Tabela 2: Caracterização da amostra tendo em conta a idade

Idade	Frequência	Percentagem
20 a 30 anos	66	66,0
31 a 40 anos	31	31,0
41 a 50 anos	2	2,0
Mais de 50 anos	1	1,0
Total	100	100,0

Fonte: Complexo André Vidal de Araújo (2014).

A amostra caracterizada pela idade dos profissionais agrupados em quatro (4) grupos de intervalos mostra os seguintes resultados: 66% tem entre 20 a 30 anos de idade; 31%, entre 31 a 40 anos de idade; 2% entre 41 a 50 anos de idade, e 1% com mais de 50 anos de idade.

Tabela 3: Caracterização da amostra tendo em conta a função na escola

Função na Escola	Frequência	Percentagem
Professores classes regulares	15	15,0
Professores ed. Especial	25	25,0
Psicólogos	10	10,0
Fisioterapeuta	22	22,0
Pedagogo	24	24,0
Diretores	1	1,0
Outros	3	3,0
Total	100	100,0

Fonte: Complexo André Vidal de Araújo (2014).

Com relação ao quesito relativo à função na escola, 15% dos profissionais pesquisados são professores de educação regular; 25% professores de educação especial; 10% psicólogos; 22% fisioterapeutas; 24% pedagogos; 1% diretor e 3% que possuem outras funções, que nesse caso são os estagiários de fisioterapia.

Tabela 4: Caracterização da amostra tendo em conta a formação académica

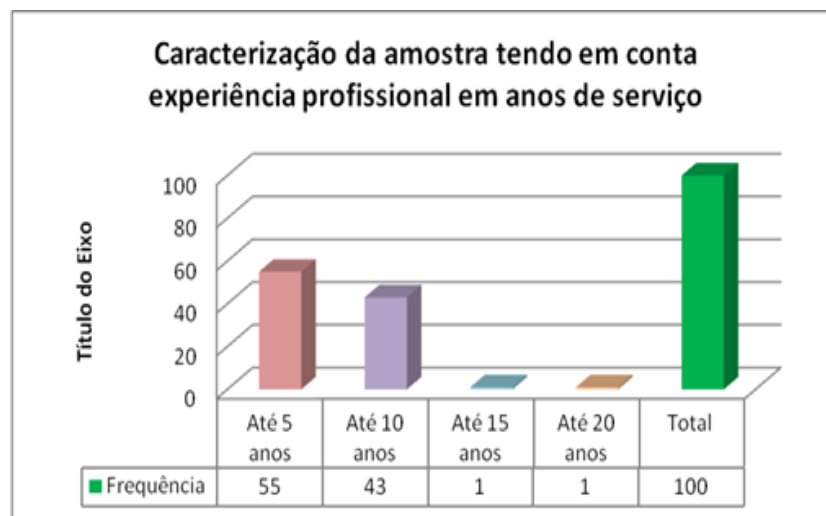
Formação Académica	Frequência	Percentagem
Pós graduação	82	82,0
Licenciatura	12	12,0
Bacharel	2	2,0
Outra	4	4,0
Total	100	100

Fonte: Complexo André Vidal de Araújo (2014).

Quanto a formação académica dos profissionais pesquisados, 82% possuem pós-graduação; 12% possuem licenciatura; 2% possuem bacharelado e 4% outra formação como académicos de fisioterapia.

No que se refere a caracterização da amostra tendo em conta a experiência profissional em anos de serviço, o tipo de estabelecimento onde trabalham os esquisados e os anos de serviço com deficientes motores, mostra-se os resultados nas figuras abaixo:

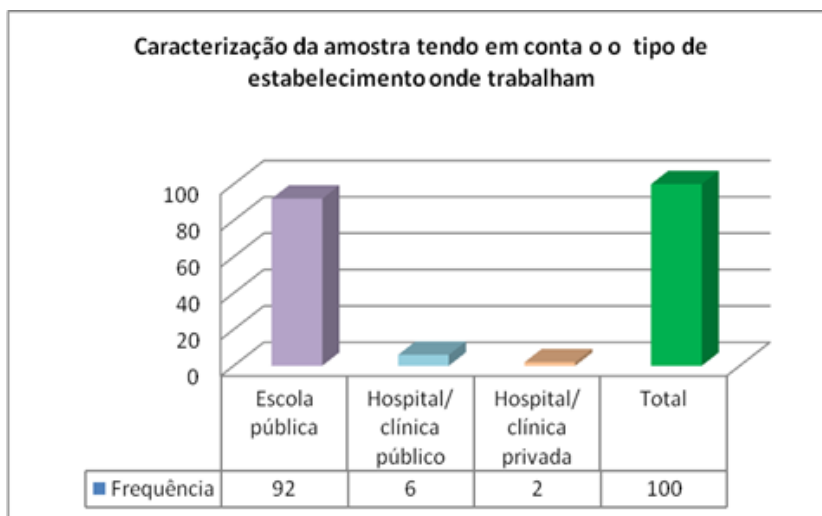
Figura 7: Caracterização da amostra tendo em conta experiência profissional em anos de serviço



Fonte: Complexo André Vidal de Araújo (2014).

Conforme figura 7, os que possuem até cinco anos de serviços representam 55%; os que somam dez anos são 43%, e os que têm entre 15 e 20 anos são 1%.

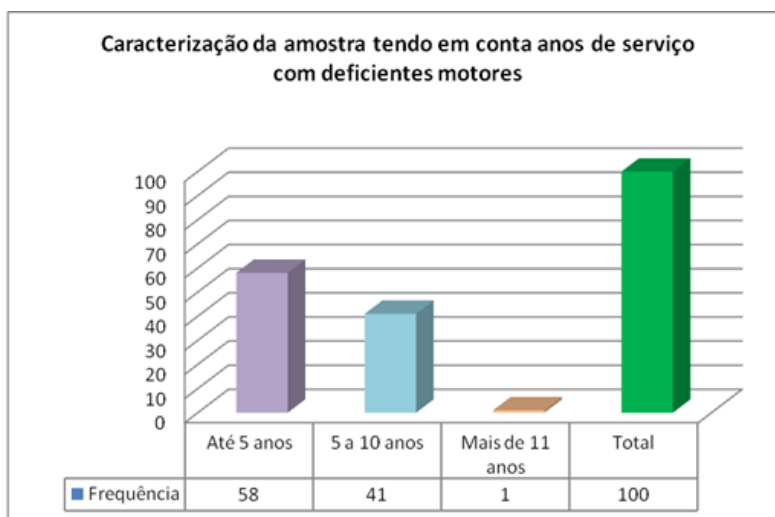
Figura 8: Caracterização da amostra tendo em conta o tipo de estabelecimento onde trabalham



Fonte: Complexo André Vidal de Araújo (2014).

Observando-se os resultados da figura 8, percebe-se que os participantes atuam em diversos tipos de estabelecimentos sendo 92% em escola pública (o caso do Complexo André Vidal de Araújo); 6%, além da escola pública, também atuam em hospital/clínica pública, e 2% além da escola pública também atuam em hospital/clínica privada.

Figura 9: Caracterização da amostra tendo em conta anos de serviço com deficientes motores



Fonte: Complexo André Vidal de Araújo (2014).

Conforme figura 9, os resultados mostram que, com relação aos anos de serviços com deficientes motores, 58% tem até 5 anos de serviço; 41% de 5 a 10 anos de serviço e 1% mais de 11 anos de serviço.

2.3 Instrumento de Recolha de Dados

O questionário foi elaborado tendo como base a literatura nacional e internacional (ver Anexo C) sendo utilizado para a coleta dos dados. A sua elaboração, obedecendo a escala de likerts, totalizou em trinta e seis (36) questões diretas, de múltipla escolha, dividido em três partes.

A primeira parte consta de cinco (5) questões de caracterização biográfica/demográfica (identificando gênero, idade e formação acadêmica).

A segunda parte, consta de (6) seis questões de caracterização profissional, quais sejam: função na escola, tipos de escola, número de crianças com deficiência motora e experiência profissional com crianças com deficiência motora.

A terceira parte, caracterizada em práticas implementadas/recomendadas no atendimento a alunos com deficiência motora, totaliza vinte e cinco (25) questões obedecendo a escala de likert, com quatro opções de respostas (discordo completamente, discordo, concordo e concordo completamente).

Destaca-se ainda que este questionário foi elaborado com outro colega de mestrado, com a supervisão da orientadora e aplicado a uma amostra com outros participantes escolares.

2.4 Procedimentos de recolha de dados

Para recolher os dados dessa pesquisa foi necessário uma carta de anuência, concedida pela secretaria municipal de educação, pois o Complexo André Vidal é uma instituição do município de Manaus.

Após a obtenção da autorização junto a gestora da educação municipal, através da carta de anuência (ver anexo B), assinada pela subsecretária de gestão educacional do município de Manaus e após prévia conversa e autorização da diretora do complexo André Vidal de Araújo, foi aplicado o questionário junto aos 100 participantes dos 280 profissionais do Complexo André Vidal de Araújo.

O profissional assina um termo de compromisso livre e esclarecido – TCLE (ver Anexo A) onde se compromete a participar da pesquisa através da resolução do questionário a ele aplicado.

2.5 Procedimento de análise dos resultados

No presente estudo de natureza quantitativa, a análise estatística de dados quantificáveis foi realizada com base no programa informático IBM SPSS Statistics, versão 2.2, recorrendo-se a uma abordagem descritiva e inferencial, que é aquela que segundo Ferreira (2005) tem como objetivo a descrição de dados, sejam eles de uma amostra ou de uma população.

Neste caso específico, utilizou-se a estatística descritiva para descrever as variáveis independentes (idade, gênero e as formações académicas, função na escola), bem como também para descrever os dados por meio de indicadores estatísticos, como a média e o desvio-padrão.

Após a estatística descritiva fez-se uso da estatística inferencial. Finalmente analisou-se a consistência interna do teste, refletindo a homogeneidade dos itens que o integram, expressos através do alpha de Cronbach e análise da comparação dos resultados.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos na aplicação do Software IBM SPSS Statistics, versão 2.2.

Em uma primeira fase, efetua-se a apresentação dos resultados obtidos com base na análise estatística descritiva relativa aos resultados brutos (variáveis dependentes), de acordo com as variáveis independentes, ou seja, gênero, idade, formação profissional, função na escola, experiência profissional em anos de serviços com crianças com deficiência motora, quantidade de crianças atendidas com deficiência motora, quantidade de crianças com deficiência motora na escola, tipo de escola e experiência profissional em anos de serviço em educação especial. Na sequência apresentam-se os resultados, estatisticamente significativos, da análise inferencial, conforme segue:

- a) teste *t-student*;
- b) teste Anova;
- c) análise da consistência interna, com base no *Alpha de Cronbach*.

3.1 Análise Descritiva

Conforme argumentação de Almeida e Freire (2008), o último passo em uma investigação consiste na análise dos dados obtidos no estudo, que conduzirão a conclusões junto de um grupo.

Ainda segundo os mesmos autores, a análise descritiva consiste na descrição e sistematização dos resultados ou da informação recolhida. Os primeiros resultados a apresentar descreverão as características mais importantes da amostra. No entanto, para além desta descrição torna-se importante, segundo Almeida e Freire (2008), apresentar uma distribuição dos resultados nas variáveis consideradas.

Assim sendo, na tabela 5 a seguir mostra-se a caracterização dos itens do questionário, instrumento de estudo em média e desvio padrão.

Tabela 5: Caracterização dos itens do questionário, instrumento de estudo em média e desvio padrão.

Itens	Média	Desvio Padrão
1. Os alunos com NEE devem ser apoiados Porumaequipemultidisciplinar.	3,4900	,59450
2.O contato do fisioterapeuta com as crianças facilitaria a melhor adaptação aos materiais escolares.	3,4700	,55877
3.Um fisioterapeuta dentro da sala de aula em tempo integral facilitaria o desempenho da criança.	3,3500	,57516
4.O profissional deve possuir competências para identificar um aluno com deficiência motora.	3,6500	,47937
5.É importante interagir com outros profissionais para identificar alunos com deficiênciamotora.	3,4400	,62474
6. Os alunos com deficiência motora devem ser encaminhados para a Educação Especial.	3,0900	,80522
7. O fisioterapeuta utiliza escalas, baterias e/ou outros instrumentos para avaliar os alunos com deficiência motora	3,2500	,65713
8. O fisioterapeuta auxilia na obtenção do diagnóstico da criança com deficiência motora.	3,3800	,50812
9. O fisioterapeuta faz adequações curriculares para os alunos com deficiênciamotora.	3,2200	,48367
10. Dou mais tempo à criança com deficiência motorapara realizar as tarefas.	3,1300	,66142
11. Verifico se o aluno com deficiência motora atingiuosobjetivos.	3,3700	,54411
12. A participação dos fisioterapeutas é fundamental em reuniões com pais, diretores e professores.	3,3700	,63014
13. Utilizo os mesmos materiais para alunos com deficiênciamotora.	2,6600	,74155
14. Os alunos com deficiência motora não devem ser incluídos na realização de trabalhos de grupo mixtos.	2,2800	,86550
Continuação da tabela 5		
15. O fisioterapeuta deve fazer parte da equipa multidisciplinar daescola.	3,3800	,70754
16. Devem ser feitas adaptações necessárias as escolas para inclusãodessascrianças	3,4500	,51981

17. O fisioterapeuta auxilia na melhora da postura do aluno, da marcha promovendo independência nas atividades.	3,5700	,53664
18. O fisioterapeuta deve elaborar objetivos e atividades para serem inseridas no programa de intervenção.	3,4500	,55732
19. O fisioterapeuta proporciona um tratamento para aumentar a função das articulações, músculos, força, mobilidade e resistência do aluno com deficiência.	3,5400	,52068
20. O fisioterapeuta monitora a função, ajuste e uso adequado de mobilidade, aparelhos e dispositivos para melhorar o desenvolvimento do aluno.	3,5400	,52068
21. O fisioterapeuta trabalha as habilidades de transferência, transferências da cadeira de rodas para cadeira da sala de aula, vasos sanitário etc.	3,5000	,55958
22. O fisioterapeuta trabalha as habilidades de desenvolvimento da mobilidade utilizando dispositivos alimentados ou de rodas dentro do ambiente educativo.	3,3500	,53889
23. O fisioterapeuta trabalha as habilidades de fortalecimento dos sistemas muscular e respiratório que permite ao aluno aumentar gradualmente sua resistência física.	3,5400	,52068
24. A valorização da experiência motora e desenvolvimento sensório- motor- ajuda à aprendizagem do aluno na escola.	3,4848	,50231
25. O fisioterapeuta deve fazer parte da equipa na avaliação da criança com paralisia cerebral.	3,8889	,79536

Fonte: Complexo André Vidal de Araújo (2014).

3.2 Análise Inferencial

Em um segundo momento da análise de dados, adota-se a análise inferencial no sentido de testar as hipóteses previamente estabelecidas. “A estatística inferencial analisa, sobretudo, relações entre variáveis ou estuda diferenças entre grupos ou momentos de avaliação”, assinala Almeida e Freire (2008, p.222).

3.2.1 Gênero

H1: Existem diferenças significativas entre os gêneros masculino e feminino e o item 16 do questionário, que diz que “devem ser feitas adaptações necessárias nas escolas já que primordialmente trabalham em clínicas”.

H0: Não existem diferenças significativas entre os gêneros masculino e feminino e o item 16 do questionário, que diz que “devem ser feitas adaptações necessárias nas escolas já que primordialmente trabalham em clínicas”.

As médias entre o gênero masculino e o gênero feminino sugerem uma diferença entre os itens do questionário. No sentido de verificar se essa diferença se deve ao acaso, procedeu-se a realização de um teste *t*.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas relativas ao gênero masculino e feminino e o item 16 do questionário que diz que “devem ser feitas adaptações necessárias nas escolas já que primordialmente trabalham em clínicas, para inclusão dessas crianças”, ($t(98) = 2.38, p = .019$). Logo, aceita-se H1 e rejeita-se H0.

3.2.2 Formação Acadêmica dos Profissionais

H1: Existem diferenças significativas entre a formação acadêmica dos profissionais e o item 2 do questionário, que diz que “o contato do fisioterapeuta com as crianças com alterações motoras antes de iniciar as aulas, facilitaria a melhor adaptação aos materiais escolares”.

H0: Não existem diferenças significativas entre a formação acadêmica dos profissionais e o item 2 do questionário, que diz que “o contato do fisioterapeuta com as crianças com alterações motoras antes de iniciar as aulas, facilitaria a melhor adaptação aos materiais escolares”.

Conforme exposto na análise descritiva, as médias entre a formação acadêmica dos profissionais sugerem uma diferença. No sentido de verificar se essa diferença se deve ao acaso, procedeu-se a realização de um *One-Way Anova*.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a formação acadêmica dos profissionais e o item 2 do questionário que diz que “o contato do fisioterapeuta com as crianças com alterações motoras antes de iniciar as aulas, facilitaria a melhor adaptação aos materiais escolares”, ($F(5,245) = 3,96, p = .002$). Logo, aceita-se H1 e rejeita-se H0.

H1: Existem diferenças significativas entre a formação acadêmica dos profissionais e o item 25 do questionário, que diz que “o fisioterapeuta deve fazer parte da equipe de avaliação da criança com paralisia cerebral”.

H0: Não existem diferenças significativas na formação acadêmica dos profissionais e o item 25 do questionário, que diz que “o fisioterapeuta deve fazer parte da equipe de avaliação da criança com paralisia cerebral”.

Conforme exposto na análise descritiva, as médias entre a formação acadêmica dos profissionais sugerem uma diferença. No sentido de verificar se essa diferença se deve ao acaso, procedeu-se a realização de um *One-Way Anova*.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a formação acadêmica dos profissionais e o item 25 do questionário que diz que “o fisioterapeuta deve fazer parte da equipe de avaliação da criança com paralisia cerebral”, ($F(9,925)=3,96$, $p=.000$). Logo, aceita-se H1 e rejeita-se H0.

3.2.3 Idade

H1: Existem diferenças significativas entre as médias das idades divididas em quatro grupos: grupo 1 de 20 a 30 anos e grupo 2 de 31 a 40 anos, grupo 3 de 41 a 50 anos e grupo 4 mais de 50 anos e o item 2 do questionário que diz que “o contato do fisioterapeuta com as crianças com alterações motoras antes de iniciar as aulas, facilitaria a melhor adaptação aos materiais escolares”.

H0: Não existem diferenças significativas entre as médias das idades divididas em quatro grupos: grupo 1 de 20 a 30 anos e grupo 2 de 31 a 40 anos, grupo 3 de 41 a 50 anos e grupo 4 mais de 50 anos e o item 2 do questionário que diz que “o contato do fisioterapeuta com as crianças com alterações motoras antes de iniciar as aulas, facilitaria a melhor adaptação aos materiais escolares”.

Conforme exposto na análise descritiva, as médias das idades divididas em quatro grupos: grupo 1 de 20 a 30 anos e grupo 2 de 31 a 40 anos, grupo 3 de 41 a 50 anos e grupo 4 mais de 50 anos e os itens do questionário sugerem uma diferença. No sentido de verificar se essa diferença se deve ao acaso, procedeu-se a realização de um *One-Way Anova*.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas relativas a idade e o item 2 do questionário que diz que “o contato do fisioterapeuta com as crianças com alterações motoras antes de iniciar as aulas, facilitaria a melhor adaptação aos materiais escolares”, ($F(8,937)=3,96$, $p=.000$). Logo, aceita-se H1 e rejeita-se H0.

3.2.4 Função na Escola

H1: Existem diferenças significativas entre a função na escola dos profissionais e o item 25 do questionário que diz que “o fisioterapeuta deve fazer parte da equipe na avaliação da criança com deficiência motora”.

H0: Não existem diferenças significativas entre a função na escola dos profissionais e o item 25 do questionário que diz que “o fisioterapeuta deve fazer parte da equipe na avaliação da criança com deficiência motora”.

Conforme exposto na análise descritiva, as médias entre a função na escola dos profissionais sugerem uma diferença em relação aos itens do questionário. No sentido de verificar se essa diferença se deve ao acaso, procedeu-se a realização de um *One-Way Anova*.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a função na escola dos profissionais e o item 25 do questionário que diz que “o fisioterapeuta deve fazer parte da equipe na avaliação da criança com deficiência motora”, ($F(7,820)=6,92, p=.000$). Logo, aceita-se H1 e rejeita-se H0.

3.3 Qualidades Psicométricas do Teste

3.3.1 Análise de Consistência Interna - Fidelidade

A fidelidade de um teste oferece o grau de confiança que se pode ter na informação que recolhidas (Almeida & Freire, 2008). Uma das significações mais habituais reside no fato de os itens da prova serem homogêneos (consistência interna).

No sentido de verificar se os 25 itens do questionário formam uma prova consistente, procedeu-se à aplicação do *alpha de Cronbach*, uma das ferramentas estatísticas mais importantes e difundidas em pesquisa envolvendo a construção de testes e sua aplicação. Refere-se a um índice utilizado para medir a confiabilidade do tipo consistência interna de uma escala ou seja, para avaliar a magnitude em que os itens de um instrumento estão correlacionados. Em outros termos, o alfa de Cronbach é a média das correlações entre os itens que fazem parte de um instrumento. O valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70. Abaixo desse valor a consistência interna da escala utilizada é considerada baixa. Em contrapartida, o valor máximo esperado é 0,90, acima deste valor pode-se considerar que há redundância ou duplicação, ou seja, vários itens estão medindo exatamente o mesmo elemento de um constructo (Almeida et. al. 2010).

A tabela 6 apresenta uma análise descritiva de cada item da prova (média e desvio padrão). O valor total do alfa de Cronbach foi de .744. e está classificado como bom.

Tabela 6: Análise dos itens do questionário

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>
item 1	3,49	,595
item 2	3,47	,560
item 3	3,35	,577
item 4	3,65	,480
item 5	3,44	,626
item 6	3,10	,802
item 7	3,25	,660
item 8	3,38	,509
item 9	3,22	,486
item 10	3,13	,665
item 11	3,37	,546
item 12	3,38	,618
item 13	2,67	,742
item 14	2,27	,867
item 15	3,38	,710
item 16	3,45	,520
item 17	3,58	,536
item 18	3,45	,558
item 19	3,55	,520
item 20	3,55	,520
item 21	3,51	,560
item 22	3,36	,524
item 23	3,54	,521
item 24	3,48	,502
item 25	3,89	2,795

Na tabela 6, apresentadas as relações entre cada item do questionário que analisam e caracterizam o papel do fisioterapeuta em uma equipe multidisciplinar na inclusão dos alunos com deficiência motora do Complexo André Vidal de Araújo. Nesta tabela realça-se duas informações importantes, a correlação corrigida entre o item, a prova e o *Alpha de Cronbach*, se o item for eliminado.

Tabela 7: Análise dos itens em função do total no instrumento de estudo

Item	Média da prova se o item for eliminado	Variância da prova se o item for eliminado	Correlação corrigida entre o item e a prova	<i>Alpha de Cronbach</i> se o item for eliminado
item 1	80.44	54.943	.262	.738
item 2	80.46	53.272	.493	.727
item 3	80.59	53.163	.489	.727

Item	Média da prova se o item for eliminado	Variância da prova se o item for eliminado	Correlação corrigida entre o item e a prova	<i>Alpha</i> <i>de</i> <i>Cronbach</i> se o item for eliminado
item 4	80.29	54.536	.400	.733
item 5	80.49	54.416	.303	.735
item 6	80.84	52.892	.349	.731
item 7	80.69	54.666	.257	.738
item 8	80.56	54.209	.419	.732
item 9	80.72	55.715	.229	.740
item 10	80.81	53.340	.394	.730
item 11	80.57	53.269	.508	.727
item 12	80.56	53.045	.465	.727
item 13	81.27	54.996	.187	.742
item 14	81.67	54.510	.183	.743
item 15	80.56	53.984	.299	.735
item 16	80.48	54.477	.372	.733
item 17	80.36	53.123	.536	.726
item 18	80.48	53.722	.437	.730
item 19	80.39	53.139	.553	.726
item 20	80.39	53.792	.464	.729
item 21	80.43	53.860	.418	.731
item 22	80.58	54.410	.378	.733
item 23	80.40	53.692	.477	.729
item 24	80.45	53.618	.508	.728
item 25	80.05	46.661	.082	.850

3.3.2 Fidelidade interavaliador

No sentido de verificar a fidelidade do processo de inserção dos dados recolhidos no ficheiro de análise do programa SPSS 22.2, utilizado para a análise de dados, foram seleccionados aleatoriamente 10% (n=10) dos questionários aplicados, correspondentes aos seguintes códigos: 1, 12, 16, 17, 27, 30, 40, 45, 57, 60. Esta análise foi realizada por um especialista da área, tendo-se verificado uma fidelidade interavaliador de 100%.

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

4.1 Discussão dos Resultados

Neste capítulo procede-se à discussão dos resultados encontrados após aplicação do instrumento de estudo e análise estatística dos resultados, estabelecendo-se uma síntese conclusiva do estudo e também efetuando recomendações pertinentes ao longo da discussão, para promover novas oportunidades de desenvolvimento de futuras investigações nesta área, finalizando-se o capítulo com alguns constrangimentos do estudo.

Considera-se importante a inclusão do fisioterapeuta em uma equipe multidisciplinar para inclusão de crianças com deficiência motora no complexo André Vidal de Araújo, tendo em conta que desde 1961 a Lei de diretrizes e bases da educação LDB preconiza que “a educação dos excepcionais, deve, no que for possível, enquadrar-se no sistema geral de educação, a fim de integrá-los na comunidade”(Brasil, 1961).

Desse modo, segundo o Art 58 § 1º, deve haver, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender às peculiaridades da clientela de educação especial. (Brasil, 2009).

Este estudo tendo com objetivo geral caracterizar a importância do papel do fisioterapeuta numa equipe multidisciplinar na inclusão de crianças deficientes motoras no Complexo André Vidal de Araújo, após analisar os resultados ressaltar alguns itens relevantes, partir dos objetivos propostos que são:

a) Avaliar o papel do fisioterapeuta da equipe multidisciplinar na inclusão dos alunos com Deficiência Motora;

b) Compreender as adaptações necessárias, utilizações de órteses, adaptações de mobiliário, realizadas pelo fisioterapeuta junto aos alunos com deficiência motora para inclusão dos mesmos no ambiente escolar

No que se refere a questão envolvendo a necessidade de serem feitas adaptações na escola, para melhorar o processo de inclusão do aluno com NEE, os resultados revelam que entre os gêneros masculino e feminino as opiniões são divergentes, ou seja, dos 75% dos respondentes femininos, 40% concordam com a necessidade dessas adaptações, enquanto que

35% discordam. Dos 25% dos respondentes do sexo masculino, 15% concordam com a necessidade dessas adaptações e 10% discordam.

Com relação ao item *formação acadêmica dos profissionais*, os resultados mostram que 82% são pós-graduados e 12% possuem licenciatura dentro do universo das suas funções, sendo que 15% são professores de classes regulares, 25% professores de educação especial, 22% fisioterapeutas, 24% pedagogos, 10% psicólogos e 1% ocupam cargo de diretores.

No que se refere aos itens que destaca se o contato do fisioterapeuta com as crianças com alterações motoras antes de iniciar as aulas, facilitaria a melhor adaptação aos materiais escolares, e o item sobre se o fisioterapeuta deve fazer parte da equipe de avaliação da criança com paralisia cerebral, os resultados mostram que 49% dos profissionais com formação na área específica da fisioterapia concordam com os itens acima, enquanto os que não possuem formação na área específica da fisioterapia (51%) discordam da questão acima.

Esse resultado mostra que os profissionais sem conhecimento da fisioterapia parece não compreender que as adaptações necessárias, como utilizações de órteses, adaptações de mobiliário são também fundamentais para a inclusão do aluno no ambiente escolar. Como afirmam Melo e Ferreira (2009), além dos aspectos ligados diretamente a condição do aluno com deficiência motora, o ambiente escolar, dependendo de como se encontra estruturado e organizado pedagogicamente poderá dificultar ainda mais a participação dessas crianças na sua relação com o meio.

A respeito disso, lembra Figueiredo (2010) que ainda são escassos os profissionais de variadas áreas profissionais que reconheçam os alcances e os limites das pessoas com deficiência, deixando claro que o processo de exclusão social dessa população é algo latente, embora movimentos nacionais e internacionais venham procurando o consenso para a formatação de uma política de integração.

Neste sentido comenta Quintão (2005, p. 76): “O que se constata é uma imensa dificuldade da sociedade para efetivar suas proposições, verificando-se a necessidade de uma constante revisão de suas práticas inclusivas, por vezes excludentes e discriminatórias”.

Nos *grupos de idade* onde 66% encontra-se na faixa etária de 20 a 30 anos de idade; 31%, entre 31 a 40 anos de idade; 2%, entre 41 a 50 anos de idade e 1% têm mais de 50 anos de idade.

No que se refere ao item do questionário sobre se os alunos com NEE devem ser apoiados por uma equipe multidisciplinar”, os resultados mostram que:

- a) 37% de profissionais na faixa etária entre 20 e 30 anos concordam;
- b) 29% que se encontram na faixa etária entre 31 a 40 anos, concordam
- c) os demais na faixa etária entre 41 e com mais 50 anos, discordam (34%).

As recomendações emanadas pelas organizações internacionais de defesa do Homem e a certeza de que é fundamental que a criança com necessidade educativa especial tem direito à atenção e tratamento personalizado e adaptado conforme suas necessidades, reafirmam que só unindo esforços em um trabalho de colaboração e apoio multiprofissional, pode-se contribuir para minimizar as dificuldades se agudizam em torno dessa população (Candeias, 2005).

No quesito sobre se o fisioterapeuta deve fazer parte da equipe multidisciplinar que cuida da inclusão da criança com deficiência motora na escola, os resultados mostram que 50% (basicamente fisioterapeutas e professores da educação especial) concordam completamente; 45% (professores de classes regulares, psicólogos e diretores, concordam, e 5% (outros profissionais de apoio) discordam.

De acordo com Niehues e Niehues (2014), as políticas de inclusão da atualidade estabelecem o desenvolvimento de programas e grupos multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, para que por meio de parcerias entre diferentes profissionais possa-se melhorar o ambiente e a qualidade de vida do aluno com necessidades educativas especiais. Neste panorama insere-se o fisioterapeuta para pesquisar, dirigir condições, examinar, diagnosticar e planejar suas atuações a partir das necessidades encontradas. O Fisioterapeuta no ambiente escolar, afirmam as autoras, pode cooperar na educação inclusiva apontando a importância do desenvolvimento sensório-motor para o processo de ensino e aprendizagem, averiguar como as posturas adotadas pelos alunos podem vir a interferir no desempenho escolar, cabendo a este profissional a utilização de variadas to ensino dos alunos. “É do papel do fisioterapeuta identificar e minimizar as barreiras e obstáculos que o deficiente irá encontrar na escola, provendo orientações e instituindo as adaptações necessárias”, salientam (p. 114).

No que diz respeito a questão relativa ao fisioterapeuta auxiliar na melhora da postura do aluno, da marcha promovendo independência nas atividades, os resultados revelam que 48% de todos os respondentes concordam completamente, 44% apenas concorda e 8% discorda.

Esses resultados reforçam a idéia de que cresce a consciência de apoiar o aluno com deficiência motora. Assim sendo, afirmam Melo & Ferreira (2009), urge que se estabeleçam

parcerias entre professores e demais profissionais, para que aumentem as orientações e as contribuições no que for necessário para a inclusão escolar das crianças com deficiência.

Em se tratando dos alunos com deficiência motora decorrente de lesões neurológicas, os cuidados a serem tomados podem se tornar mais complexos, na medida em que os transtornos de controle do movimento e da postura e complicações associadas (vesicais, intestinais, músculos-esquelético, entre outras) poderão interferir diretamente na independência e autonomia das mesmas e por consequência, na qualidade de seu aprendizado (Melo & Ferreira, 2009).

No que se refere ao quesito sobre se o fisioterapeuta dentro da sala de aula em tempo integral melhoraria o posicionamento geral da criança facilitando o seu desempenho, 47% de todos os participantes concordam completamente, 45% apenas concordar e 8% discorda. Somando os resultados dos que concordam completamente com os que concordam obtém uma média de 92% de aprovação.

Com relação à questão sobre se o fisioterapeuta auxilia na obtenção do diagnóstico da criança com deficiência motora, os resultados neste sentido foram positivo, pois 58% afirmaram concordar e 38% concordam completamente e somente 4% discorda.

O fisioterapeuta, portanto, é auxílio importante na obtenção do diagnóstico do aluno com deficiência motora, porque segundo Peixoto e Mazzitelli (2004), para cuidar e ensinar crianças com paralisia cerebral, com os consequentes desvios em seu desenvolvimento, necessário se faz entender e observar as diferentes maneiras como as crianças sem tal alteração podem se desenvolver, perceber as modificações que ocorrem em seu tônus, estudar a evolução dos reflexos e reações, entendendo o porque de cada um, para posteriormente compreender as possíveis alterações das crianças com paralisia cerebral, avaliação esta que pode ser realizada pelo profissional de fisioterapia, por meio de recursos e métodos que podem identificar os elementos que devem estar presentes e/ou ausentes na função motora.

No que se refere ao quesito sobre se a participação do fisioterapeuta é fundamental nas reuniões com pais, diretores e professores, os resultados também se mostraram positivos, com 44% concordando plenamente, 48% concordando e apenas 7% discordando, significando dizer que somando os resultados das afirmações “concordo completamente” e “concordo”, obtém-se uma aprovação de 92% sobre a importância da participação do fisioterapeuta nas reuniões de pais, diretores e professores.

Posicionado-se sobre se o fisioterapeuta deve elaboração atividades para serem inseridas no programa de intervenção para o aluno com deficiência, 56% afirmaram concordar completamente, 40% escolheram a opção “concordo” e somente 4% discorda.

Com relação ao quesito sobre se o fisioterapeuta proporciona tratamento para aumentar a função das articulações, músculos, força, mobilidade e resistência do aluno com deficiência, os resultados apresentaram-se positivos, com 53% concordando completamente, 45% concordando e apenas 2% discordando.

Outras questões levantadas no questionários com relação à intervenção do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar para inclusão do aluno com deficiência motora no Complexo André Vidal de Araújo, na cidade de Manaus, também apresentaram resultados positivos, como:

a) quesito sobre se o fisioterapeuta monitora a função, ajuste e uso adequado de mobilidade, aparelhos e dispositivos ajudando a melhorar o desenvolvimento do aluno com deficiência: 57% concorda completamente; 43% concorda, ou sejam todos os respondentes (100%) concordam com esta condição;

b) quesito sobre se o fisioterapeuta trabalha as habilidades de transferência, que são essenciais para permitir a passagem de uma superfície de suporte, ou seja, transferências da cadeira de rodas para cadeira da sala de aula, vaso sanitário e assim por diante: 51% concorda completamente, 40% concorda e apenas 9% discorda;

c) quesito sobre se o fisioterapeuta trabalha as habilidades de desenvolvimento da mobilidade utilizando dispositivos alimentados ou de rodas dentro do ambiente educativo: 50% concorda completamente, 45% concorda e 5% discorda;

d) quesito sobre se o fisioterapeuta trabalha as habilidades de fortalecimento dos sistemas muscular e respiratório, que permite ao aluno aumentar gradualmente sua resistência física, tornando o dia escolar mais produtivo: 50% concorda completamente e 50% concorda, significando dizer que houve unanimidade com relação a esta questão;

e) quesito sobre se a valorização da experiência motora e o desenvolvimento sensório-motor- ajuda à aprendizagem do aluno na escola: 50% concorda completamente, 50% concorda. Também neste questão as opiniões são unânimes;

f) quesito sobre se o fisioterapeuta deve fazer parte da equipe na avaliação da criança com paralisia cerebral: 57% concorda completamente e 43 concorda, totalizando uma aprovação de 100%;

Já nas médias entre *experiência profissional com deficientes motores* que resulta em 55% até 5 anos de serviço, 41% de 5 a 10 anos de serviço e mais de 11 anos de serviço representando 1%, não sugerem significância alguma em relação aos itens do questionário, após a aplicação do teste t, sugerindo que todos tem a mesma percepção. Esse resultado confirma a dúvida que surge nos itens onde existe diferença significativa acima citados. Todavia, quando o profissional conhece o trabalho de educação especial, concorda com todas as necessidades avaliadas no questionário baseadas nos objetivos do trabalho.

Em síntese, como frisa Bassuma (2014, p. 3), no Brasil, milhões de pessoas com deficiência motora veem lutando para viver alicerçados em seus direitos como cidadão. “Talvez possamos imaginar, mas não temos a ideia na prática, quão difícil é viver com uma determinada deficiência, principalmente numa cadeira de rodas”, sintetiza a autora comentando também que viver a vida como uma deficiência é muito mais do que a superação psicológica e psíquica do indivíduo: a pessoa com deficiência precisa adaptar-se, construir sua identidade e sua autonomia, buscar seus direitos de cidadão e mostrar para o mundo o que é capaz de fazer.

Assim sendo, é preciso, como frisa Amaral (1994) mostrar para a sociedade que integrar significa oferecer oportunidades iguais de acesso ao mundo físico, ao mundo das relações sociais, ao mundo da escola, do trabalho, a cultura e do lazer.

Deste modo, cabe a escola estabelecer um programa fisioterapêutico de melhoria na qualidade de vida dos alunos, identificando as deficiências somáticas e de relação interpessoal, conhecendo, assim, sua capacidade e limitações e com isso intervindo para tornar a criança do necessidades educativas especiais mais independente e inseridos em seu meio social. Todavia, para que haja sucesso nessa empreitada, há que haver a integração entre os profissionais da escola (diretores, professores, pedagogos e demais colaboradores) e o profissional de fisioterapia (Carvalho et. al. 2009)

4.2 Síntese Conclusiva

Segundo estudos sobre o assunto, estimativas do IBGE mostram que o Brasil conta com mais de 20 milhões de pessoas com deficiência, e que uma parcela considerável desse segmento social enfrenta inúmeras dificuldades, privações e exclusão, inclusive nas escolas que ainda se deparam com consideráveis desafios para receber os alunos com necessidades educativas especiais.

A presente dissertação teve como objetivo analisar e caracterizar o papel do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar na inclusão dos alunos com deficiência motora do Complexo Municipal André Vidal de Araújo, Manaus – AM, uma instituição de atendimento as crianças com necessidades especiais.

A guisa de conclusão pode-se dizer que a participação do fisioterapeuta na equipe multidisciplinar na inclusão das crianças com deficiência motora é considerada como importante e fundamental no Complexo, com a grande maioria dos participantes concordando que, entre outros fatores, este profissional:

- auxiliar na melhora da postura do aluno, promovendo independência nas atividades;
- dentro da sala de aula, em tempo integral, melhora o posicionamento geral da criança facilitando o seu desempenho;
- auxilia na obtenção do diagnóstico da criança com deficiência motora;
- é fundamental nas reuniões com pais, diretores e professores, e na elaboração atividades para serem inseridas no programa de intervenção para o aluno com deficiência
- proporciona tratamento para aumentar a função das articulações, músculos, força, mobilidade e resistência do aluno com deficiência;
- monitora a função, ajuste e uso adequado de mobilidade, aparelhos e dispositivos ajudando a melhorar o desenvolvimento do aluno com deficiência;
- trabalha as habilidades de transferência, que são essenciais para permitir a passagem de uma superfície de suporte, ou seja, transferências da cadeira de rodas para cadeira da sala de aula, vaso sanitário e assim por diante;
- trabalha as habilidades de desenvolvimento da mobilidade utilizando dispositivos alimentados ou de rodas dentro do ambiente educativo e as habilidades de fortalecimento dos

sistemas muscular e respiratório, que permite ao aluno aumentar gradualmente sua resistência física, tornando o dia escolar mais produtivo.

É sabido que na cidade Manaus, as escolas, como tantas outras no país inteiro, não estão adequadamente preparadas para receber os alunos com deficiência de qualquer ordem e que a atuação do fisioterapeuta no ambiente escolar, colaborando para maior qualidade de vida e inclusão do aluno com NEE ainda é pouco reconhecida.

Mas, sabe-se também que muitos profissionais da área estão buscando maior aperfeiçoamento para que assim possam conquistar espaço nos ambientes escolares, especialmente junto às crianças com deficiência motora, muitas com malformações, paralisia cerebral ocasionadas por problemas durante a gestação e parto e que embora tenham conquistado espaço e destaques nas discussões públicas, em razão da abrangente legislação que trata dos seus direitos de cidadãos, ainda sofrem rejeição e discriminação provocada pelo estranhamento à sua deficiência.

Assim sendo, embora seja complexa, a tarefa de educar e cuidar da criança com necessidades educativas especiais, deve sensibilizar educadores e demais profissionais, porque como afirmam os estudiosos do assunto, a inclusão de alunos com deficiência motora no sistema regular de ensino tornou-se um compromisso universal.

Diante disso, que novos estudos neste sentido sejam realizados tanto pelos fisioterapeutas quanto pelos profissionais da educação, pois só por meio da ampliação do conhecimento sobre os alunos com necessidades educativas especiais se pode alcançar a verdadeira inclusão escolar e fortalecer a ideia de formação de equipe multidisciplinar de apoio a esta população. Por fim, espera-se que as sociedades futuras tenham uma nova visão dos deficientes e de suas potencialidades diminuindo o abismo ainda encontrado na atualidade.

4.3 Constrangimentos do Estudo

Por conta das características do estudo foram detectados alguns aspectos limitadores, como tempo de execução e poucos recursos humanos e financeiros, que influenciaram o número de participantes da amostra estudada, bem como também a insipiente experiência da pesquisadora em trabalhos dessa natureza que envolvem aspectos complexos, desafiante, porém gratificantes no final, por proporcionam rico aprendizado acadêmico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, M., (2014). *Deficientes físicos lutam por igualdade de direitos*. Recuperado em 10 de outubro de 2014 no <http://www.jornaldatarde.com.br>.

Almeida, L., & Freire, T., (2008). *Metodologia de investigação em psicologia e educação* (5a ed.). Braga: Psiquilibrios Edições.

Diogo, A., Santos, M., Costa, & Branco, A. (2010). *Aplicação do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública*. XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção. São Carlos, SP, de 12 a 15 de outubro de 2010. Recuperado em 29 de outubro de 2014 no http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2010_tn_sto_131_840_16412.pdf.

Alves, Oliveira, D. B., & Marangon, K. (2006). *Experiências Educacionais Inclusivas: refletindo sobre o cotidiano escolar*. Brasília: Ministério da Educação Especial. Recuperado em 10 de outubro de 2014 no <http://portal.mec.gov.br>.pdf. ESTE ESTA BEM

Amaral, L. (1994). *Pensar as diferenças: deficiência*. São Paulo: Rober.

Barboni, Ramos, H., G., Oliveira, M., Maiolino & Paola et. al.(2014). *Recursos terapêuticos na Educação Especial*. Recuperado em 10 de outubro de 2014 no <http://www.unijales.edu.br/unijales/arquivos.pdf>.

Bassuma, R. (2014). *Viver a vida como cadeirante*. Recuperado em 17 de setembro de 2014 do <http://xa.yimg.com/kq/groups/27896804/452426915pdf>.

Batista, D.(1996) *Departamento de Saúde Mental-IV* , p. 54, Editora Artes Médicas Sul

Bee, H. (1992). *A criança em desenvolvimento*. São Paulo: Harper & Row do Brasil.

Bobath, B. & Bobath, K. (1984). *Desenvolvimento motor nos diferentes tipos de paralisia cerebral*. São Paulo: Manole.

Bueno, Silveira, J. (1999). *Crianças com Necessidades Educativas Especiais, Política Educacional e Formação de Professores: Generalistas ou Especialistas?* Revista Brasileira de Educação Especial,3(5). Recuperado em 02 de setembro de 2014 no <http://www.abpee.net/homepageabpee04.pdf>.

Brasil. (1961). Lei nº 4024/61, de 20 de dezembro de 1961. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 27 dez. 1961. Recuperado em 13 março de 2009 em <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/129047/lei-de-diretrizes-e-base-de-1961-lei-4024-61>

Brasil. (2007). *Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. Protocolo facultativo à convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Recuperado em 13 março, 2009, de

<http://www.grupo25.org.br/download/CartilhaConsideracoesSobreOsDireitosdasPessoasComDeficiencia.pdf>.

Brasil. (1994). Declaração de Salamanca. Sobre princípios, políticas e práticas na área das necessidades educacionais especiais. *Conferência Mundial Sobre Necessidades Educacionais Especiais*. Salamanca, Espanha.

Brasil. (1999). Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 dez. 1999. Recuperada em 20 abril, 2014, de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. (2006). *Parecer CNE/CSE nº184 de 07 de julho de 2006. Retificação do Parecer CNE/CES nº 329/2004, referente à carga horária mínima dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial (encaminhado para homologação)*. Brasília, DF: Ministério da Educação. Recuperada em 13 março, 2009, de http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/pces0184_06.pdf

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. (2007). *Parecer CNE/CSE nº8 de 31 de janeiro de 2007. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial. (homologado)*. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 13 set. 2007. Recuperada em 13 março, 2009, de http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2007/pces008_07.pdf

_____. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. *Comitê de Ajudas Técnicas* (2009). Brasília : Corde.

Bruyne, P.; H., J.; S. & Marc (1991). *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Carvalho, E. R. (1997). *A nova LDB e Educação Especial*. Rio de Janeiro: WWA.

Carvalho, R. E. (2005). *Removendo barreiras para a aprendizagem: educação inclusiva*. Porto Alegre: Mediação.

Carvalho; Peres, M.; Santos, Mega, F. & Nasser, R. (2009). *Atuação da fisioterapia em deficientes visuais*. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 5(9), 53-62. Recuperado em 10 de outubro de 2014 do <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/16933/9338>.

Cavalcante, M., (2013). *As leis sobre diversidade*. Recuperado em 02 de agosto de 2014 no <http://revistaescola.abril.com.br/inclusao/inclusao-no-brasil/leis-diversidade-424523.shtml>.

Ocupacional, C. F. (2014). Recuperada em 20 abril, 2014, de www.coffito@coffito.org.br.

Deficiência, C.. (2004). Recuperada em 20 abril, 2014, de <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/principal.asp>.

Deficiência, C. . (2004a). Recuperada em 20 novembro, 2004, de <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/principal.asp>

Correia, L. M. (2008). *Inclusão e necessidades educativas especiais: Um guia para educadores e professores*. Porto: Porto Editora.

Correia, L. N. (1997). *Alunos com necessidades educativas especiais nas classes regulares*. Porto: Porto Editora.

Duek, V. P. & Naujorks, M. I. (2006, agosto). A inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais no ensino regular: o que pensam os professores? *Seminário de Pesquisa doCCSA*, Rio Grande de Norte, Natal, Brasil, 12.

Faleiros E.; Santos, M. (2003). *A Inclusão de alunos com deficiência mental na perspectiva de suas professoras e produções acadêmicas*. Londrina: Eduel.

Ferreira, L. P. (2005). *Estatística Descritiva e Inferencial*. Faculdade de Economia Universidade de Coimbra, 2005. Recuperado em 11 de outubro de 2014 no <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9961/1/ap200501.pdf>.

Figueiredo; Brandão, S., (2010) *Inclusão da pessoa com deficiência física no mercado de trabalho – Um estudo de caso na Associação Baiana de Deficientes Físicos – ABADEF* (2010). Dissertação de Mestrado. Centro de Pós-Graduação e Pesquisa de Cairu, 115. Recuperado em 10 de outubro de 2014 no <http://www.cepev.cairu.br/mestrado/dhrs/arquivos/dissertacoes.pdf>.

Galvão, T. A. F. (2009). Tecnologia assistiva: de que se trata. In G. J. C. Machado & M. N. Sobral (Orgs.). *Conexões: educação, comunicação, inclusão e interculturalidade* (pp. 207-235). Porto Alegre: Redes Editora.

Gay, L., Mills, G., & Airasian, P. (2006). *Educational research: competencies for analysis and applications*. Columbus: Pearson.

Greve, J. M. D., & Amatuizi, M. M. (1999). *Medicina de reabilitação aplicada à ortopedia e traumatologia*. São Paulo: Roca.

Guerzoni, V. P. D.; Barbosa, A. P.; Borges, A. C. C.; Chagas, P. S. de S.; Gontijo, A. P. B.; Eterovick, F. & Mancini, M. C. (2008). Análise das intervenções de terapia ocupacional no desempenho das atividades de vida diária em crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 8(1), 17-25.

Hefelmann, C. D. R. (2001). *Contribuições da perspectiva histórico-cultural para o processo de inclusão da criança considerada portadora de deficiência mental*. Monografia de especialização, Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina.

Constant, I. B. (2014). *Os conceitos de Deficiência*. Recuperado em 12 de setembro de 2014 no www.ibc.gov.br/?itemid=396

Estatística, I. B. G. (2000). *Censo demográfico 2000*. Recuperada em 23 setembro, 2014, de www.ibge.gov.br.

Estatística, I. B. G. (2010). *Censo demográfico 2010*. Recuperada em 23 setembro, 2014, de www.ibge.gov.br.

Kisner, C., & Colby, L. A. (2009). *Exercícios terapêuticos: fundamentos e técnicas* (5a ed.). Barueri: Manole.

Lakatos, E., M. & Marina (2001). *Fundamentos de Metodologia Científica*. São Paulo: Atla

Mantoan, M. T. E. (2003). *Inclusão escolar: o que é? por quê? como fazer?* São Paulo: Moderna.

Mazzota, M. J. S. (1996). *Educação especial no Brasil: história e políticas públicas* (4a ed.). São Paulo: Cortez.

Melo; Vieira, F. R. L.; Martins & Ramos, L. A. (2007). *Acolhendo e atuando com alunos que apresentam paralisia cerebral na classe regular: a organização da Escola*. Revista Brasileira de Educação Especial 13(1), 111-130. Recuperado em 04 de setembro de 2014 no <http://educa.fcc.org.br/pdf/rbee/v13n01/v13n01a08.pdf>.

Melo, Vieira, F. R. L.; Ferreira & Araújo, C. C. (2009). *O cuidar do aluno com deficiência física na educação infantil sob a ótica das professoras*. Revista Brasileira de Educação Especial 15(1). Recuperado em 08 de outubro de 2014 do http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-65382009000100009&script=sci_arttext.

Melo, Lins, F. R.; Pereira & Medeiros, A. P. (2013). *Inclusão escolar do aluno com deficiência física: visão dos professores acerca da colaboração do fisioterapeuta*. Revista Brasileira de Educação Especial, 19(1). Recuperado em 11 de setembro de 2014 no <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S14136538201>

Molochenco, M. O. (2002). *Inclusão escolar de alunos com deficiência: opinião de mães*. Dissertação de mestrado, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo.

Moraes, A. de. (2004). *Direito constitucional* (14a ed.). São Paulo: Atlas.

Moura, E. W. Lima, E. Borges, D. & Silva, P. A. C. (2005). *Fisioterapia: aspectos clínicos e práticos da reabilitação* (2a ed.). São Paulo. Artes Médicas.

Niehues, Rocha, J. Niehues & Rocha M. (2014). *Educação Inclusiva de Crianças com Deficiência Física: Importância da Fisioterapia no Ambiente Escolar*. Revista Neurociências 22(1), 113-120. Recuperado em 10 de outubro de 2014 no <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoespdf>.

O'Sullivan, S. B. & Schmitz, T. J. (1996). Having a dream: a research strategy for DSM-IV. *Archives of General Psychiatry*, 45(9), 54.

O'Sullivan, S. B. & Schmitz, T. J. (2010). *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole.

Unidas, O. N. (1948). *Declaração final e plano de ação: conferência mundial sobre os direitos humanos*. Viena: ONU.

Paulon, S. M.; Lucca, L. B. & Pinho, G. S. (2005). *Documento subsidiário à política de inclusão*. Brasília: Ministério da Educação. Recuperada em 13 março de 2009 em portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/txt/docsubsidiariopoliticadeinclusao.txt

Peixoto; Silva, E.; Mazzitelli & C., (2004). *Avaliação dos Principais Déficits e Proposta de Tratamento da Aquisição Motora Rolar na Paralisia Cerebral*. Revista Neurociências 12(1). Recuperado em 08 de outubro de 2014 do <http://www.unifesp.br/dneuro/neurociencias.htm>.

Quintão; Rosa, D. T. (2005). *Algumas reflexões sobre a pessoa portadora de deficiência e sua relação com o social*. *Psicologia & Sociedade*, v. 17, 75-80.

Rezende; M.; Moreira, R., M.; Filho, A. & Antenor., (2009). *A equipe multiprofissional da "Saúde da Família": uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta*. Revista Ciência & Saúde Coletiva 14(1). Recuperado em 12 de outubro de 2014, no <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413812>

Rotta, N. T. (2002). Transtorno da atenção: aspectos clínicos. In N. T. Rotta, L. Ohlweiler & R. S. Riesgo (Orgs.). *Transtorno da aprendizagem abordagem neurobiológica e multidisciplinar* (pp. 301-313). Porto Alegre: Artmed.

Sá, E. D. (2003). *Educação inclusiva no Brasil: sonho ou realidade?* Recuperada em 10 julho, 2014 no <http://intervox.nce.ufrj.br/%7Eelizabet/palestra.htm>.

Sahb; Ferreira, W. (2011) *Educação Especial: olhar histórico, perspectivas atuais e aporte legal (2011)*. PUC Minas Gerais. Recuperado em 20 de agosto de 2014 no <http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files.pdf>. Retirado em 20.01.2014.

Sánchez, P. A. (2005). A educação inclusiva: um meio de construir escolas para todos no século XXI. *Inclusão: revista da educação especial*, 1(1), 7-18.

Sasaki, R. K. (2000). *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*. Rio de Janeiro: WVA Editora.

Santos; Vieira, M.; Souza; Daniele; Dresch, D.; Grave & Magali (2013). *Ações interdisciplinares no processo de inclusão escolar do deficiente físico*. Revista Catavento 5(1). Recuperado em 11 de outubro de 2014 no <http://revistaeletronica.unicruz.edu.br/index.php/Cataventos/article>.

Teixeira, E. (2005). *As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa*. Petrópolis – RJ: Vozes

Vioto, J. R. B.; Vitaliano, C. R. (2010). *O papel da Gestão Pedagógica frente ao processo de inclusão dos alunos com necessidades educacionais especiais*. Revista Educação 35(2). Recuperado em 02 de setembro de 2014 no <http://www.ucs.br/etc/conferencias>.

ANEXOS

Anexo A: Termode Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa - O papel dos fisioterapeutas na equipe multidisciplinar atuantes no Complexo Municipal André Vidal de Araújo, Manaus – AM: um estudo quantitativo realizado com alunos com Paralisia Cerebral, sob a responsabilidade do pesquisador Raquel de Carvalho Vieira Cruz, a qual pretende analisar e caracterizar o papel do fisioterapeuta em uma equipe multidisciplinar na inclusão dos alunos com Paralisia Cerebral do Complexo Municipal André Vidal de Araújo, Manaus – AM..

Sua participação é voluntária e se dará por meio de questionário aplicado..

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são mínimos por se tratar de pesquisa realizada através de questionário.

Tendo em vista que os fisioterapeutas e demais profissionais no município de Manaus não terem experiências na área de inclusão e de trabalho junto com equipes multidisciplinares, o estudo corre risco de não ter respostas adequadas, pois não tem idéias precisas de como funciona essa dinâmica.

. Se você aceitar participar, estará contribuindo para mudança das práticas de inclusão nas escolas; avaliação do impacto da formação; conhecer como se pode melhorar a inclusão através da formação. Através do conhecimento práticas mais adequadas são utilizadas, resultando em benefícios mais positivos.

O fisioterapeuta através do conhecimento de biomecânica, integrando a equipe multidisciplinar realizaria as adaptações necessárias com a utilização de órteses facilitadoras para o desenvolvimento motor.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. O (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no endereço (inserir endereço profissional), pelo telefone (92) (inserir telefone convencional – fixo), ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/Nilton Lins, no Campus da Universidade Nilton Lins, Manaus-AM.

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

_____ Data: ___/___/____

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

Anexo B: Carta de anuência solicitada junto a subsecretária de gestão educacional do município de Manaus



Ofício nº 0003/2014-SEMED/GSGE

Manaus, 21 de janeiro de 2014.

Ilustríssima Senhora

Raquel de Carvalho Vieira Cruz

Jurema Educacional S/S – LTDA – ME - Universidade Nilton Lins

Rua Castro Alves, 99 - Aleixo

CEP 69060-040 Manaus/Amazonas

Prezada Senhora,

Ao cumprimentá-la cordialmente e em atenção ao ofício datado de 27 de novembro de 2013, informo Vossa Senhoria da anuência desta Secretaria quanto à realização de pesquisa *“O papel dos Fisioterapeutas na Equipe Multidisciplinar Atuantes na Escola Municipal de Educação Especial André Vidal de Araújo em Manaus”*.

Ao ensejo, apresento a Vossa Senhoria expressões de elevada consideração.

Atenciosamente,


ANA MARIA DA SILVA FALCÃO
Subsecretária de Gestão Educacional

Anexo C: Instrumento de recolha de dados - Questionário



Prezado profissional:

No contexto da dissertação de mestrado subordinada ao tema “O papel dos fisioterapeutas na equipe multidisciplinar atuantes no Complexo Municipal André Vidal de Araújo em Manaus” pretende-se realizar um levantamento de informações/percepções junto dos professores, fisioterapeutas e demais profissionais do Complexo Municipal Andre Vidal em Manaus, Amazonas. O objetivo é analisar e caracterizar o papel do fisioterapeuta em uma equipe multidisciplinar na inclusão dos alunos com Paralisia Cerebral do Complexo Municipal André Vidal de Araújo.

O preenchimento do questionário é anônimo – ninguém saberá quem respondeu.

Pedimos a sua colaboração para responder a TODAS as questões deste questionário. A sua contribuição é essencial.

Obrigada pela colaboração!

Raquel de Carvalho Vieira Cruz
professoraraquelvieira@gmail.com

1. Caracterização biográfica/demográfica

1.1. Assinale o seu gênero:

Feminino Masculino

1.2. Assinale a sua idade:

de 20 a 30 anos de 31 a 40 anos
 de 41 a 50 anos mais de 50 anos

1.3. Qual a sua formação acadêmica?

- Doutorado Mestrado Pós-graduação/Curso de especialização
 Licenciatura Bacharelado
 Outra (qual?)
-

1.4. Indique a formação acadêmica que possui no âmbito da Educação Especial/Necessidades Educativas Especiais:

1.5. Quantos anos de serviço tem no exercício das suas funções atuais?

- até 5 anos até 10 anos até 15 anos
 até 20 anos até 25 anos mais de 25 anos

2. Caracterização profissional

2.1. Assinale o tipo de escola/instituição em que trabalha

- Escola Pública Hospital/ Clínica Público
 Escola Privada Hospital /Clínica Privado

2.2. Atende na sua sala de aula ou hospital/clínica crianças/ jovens com deficiência motora (por ex., paralisia cerebral)?

- Sim Não

2.3. Qual a função que desempenha na escola?

- Professor – indique o nível de ensino e a matéria que ensina:

-
- Professor de educação especial Psicólogo Fisioterapeuta
 Pedagogo Diretor
 Outra função: Indique qual: _____

2.5. Quantas crianças ou jovens com deficiência motora apoia (ensina)?

- crianças

2.6. Quantas crianças ou jovens com deficiência motora existem na escola /instituição onde trabalha?

crianças e jovens não sei

2.7. Há quantos anos trabalha com crianças ou jovens com deficiência motora? anos

3. Práticas implementadas /recomendadas no atendimento a alunos com deficiência motora

Para cada afirmação, indique o seu nível de concordância, selecionando a opção que melhor representa a implementação das seguintes práticas no seu trabalho com alunos com deficiência motora:

1. Os alunos com NEE devem ser apoiados por uma equipe multidisciplinar.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

2. O contato do fisioterapeuta com as crianças com alterações motoras antes de iniciar as aulas, facilitaria a melhor adaptação aos materiais escolares.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

3. Um fisioterapeuta dentro da sala de aula em tempo integral melhoraria o posicionamento geral da criança facilitando o seu desempenho.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

4. O profissional deve possuir competências para identificar um aluno com deficiência motora.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

5. É importante interagir com outros profissionais para identificar alunos com deficiência motora.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

6. Os alunos com deficiência motora devem ser encaminhados para a Educação Especial.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

7. O fisioterapeuta utiliza escalas, baterias e/ou outros instrumentos para avaliar os alunos com paralisia cerebral ou outro tipo de deficiência motora.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

8. O fisioterapeuta auxilia na obtenção do diagnóstico da criança com deficiência motora.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

9. O fisioterapeuta faz adequações curriculares para os alunos com paralisia cerebral ou outro tipo de deficiência motora.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

10. Dou mais tempo à criança com paralisia cerebral ou outro tipo de deficiência motora para realizar as tarefas.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

11. Verifico se o aluno com paralisia cerebral ou outro tipo de deficiência motora atingiu os objetivos.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

12. A participação dos fisioterapeutas é fundamental em reuniões com pais, diretores e professores.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

13. Utilizo os mesmos materiais para alunos com deficiência motora.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

14. Os alunos com deficiência motora não devem ser incluídos na realização de trabalhos de grupo mixtos, ou seja alunos com e sem NEE.

Discordo Completamente Discordo

Concordo Concordo Completamente

15. O fisioterapeuta deve fazer parte da equipa multidisciplinar da escola.

Discordo Completamente Discordo

Concordo Concordo Completamente

16. Devem ser feitas adaptações necessárias as escolas ja que primordialmente trabalham em clínicas e hospitais, para inclusão dessas crianças.

Discordo Completamente Discordo

Concordo Concordo Completamente

17. O fisioterapeuta auxilia na melhora da postura do aluno, da marcha promovendo independência nas atividades.

Discordo Completamente Discordo

Concordo Concordo Completamente

18. O fisioterapeuta deve elaborar objetivos e atividades para serem inseridas no programa de intervenção para o aluno com deficiência.

Discordo Completamente Discordo

Concordo Concordo Completamente

19. O fisioterapeuta proporciona um tratamento para aumentar a função das articulações, músculos, força, mobilidade e resistência do aluno com deficiência.

Discordo Completamente Discordo

Concordo Concordo Completamente

20. O fisioterapeuta monitora a função, ajuste e uso adequado de mobilidade, aparelhos e dispositivos ajudando a melhorar o desenvolvimento do aluno com deficiência.

Discordo Completamente Discordo

Concordo

Concordo Completamente

21. O fisioterapeuta trabalha as habilidades de transferência, que são essenciais para permitir a passagem de uma superfície de suporte, ou seja, transferências da cadeira de rodas para cadeira da sala de aula, vaso sanitário etc.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

22. O fisioterapeuta trabalha as habilidades de desenvolvimento da mobilidade utilizando dispositivos alimentados ou de rodas dentro do ambiente educativo.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

23. O fisioterapeuta trabalha as habilidades de fortalecimento dos sistemas muscular e respiratório que permite ao aluno aumentar gradualmente sua resistência física, tornando o dia escolar mais produtivo.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

24. A valorização da experiência motora e desenvolvimento sensório- motor- ajuda à aprendizagem do aluno na escola.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

25. O fisioterapeuta deve fazer parte da equipa na avaliação da criança com paralisia cerebral.

Discordo Completamente

Discordo

Concordo

Concordo Completamente

Obrigada pela colaboração!!!