



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC**

**QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA
INTELLECTUAL NO CONTEXTO DA INCLUSÃO ESCOLAR**

JULLIENE ÉRIKA MOREIRA BARREIRO SOARES

**FORTALEZA - CE
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JULLIENE ÉRIKA MOREIRA BARREIRO SOARES

**QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA
INTELECTUAL NO CONTEXTO DA INCLUSÃO ESCOLAR**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Teresa Moreno Valdés

**FORTALEZA - CE
2007**

S676q Soares, Julliene Érika Moreira Barreiro.
Qualidade de vida de crianças com deficiência intelectual no contexto
da inclusão escolar / Julliene Érika Moreira Barreiro Soares. - 2007.
85 f.

Cópia de computador.
Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2007.
“Orientação : Profa. Dra. Maria Teresa Moreno Valdés.”

1.Promoção da saúde. 2. Crianças – Qualidade de vida. 3. Inclusão
escolar. 4. Deficiência intelectual. I. Título.

CDU 614

JULLIENE ÉRIKA MOREIRA BARREIRO SOARES

**QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL NO
CONTEXTO DA INCLUSÃO ESCOLAR**

Grupo de Pesquisa: Saúde nos Espaços Educacionais

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Núcleo Temático: Qualidade de Vida e Inclusão

Data da Aprovação: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dra. Maria Teresa Moreno Valdés
Orientadora - UNIFOR

Prof^ª. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira
Membro Efetivo - UFC

Prof^ª. Dra. Mirna Albuquerque Frota
Membro Efetivo- UNIFOR

Prof^ª. Dra Ana Maria Fontenelle Catrib
Membro Suplente-UNIFOR

Ao meu marido César, pelo amor e
companheirismo.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, pela vida e por sempre iluminar o meu caminho;

aos meus pais, Agostinho e Nazaré, apoiadores incansáveis por toda a minha vida, pelo amor e dedicação que abriram as portas do meu futuro;

ao meu marido, César, parceiro incondicional em tudo o que faço e em que sonho, pelo amor, incentivo e compreensão; na minha ausência em momentos importantes do nosso dia-a-dia, soube respeitar e valorizar meu esforço;

ao meu sogro, Ismael, à minha sogra, Idalcina, e à minha cunhada, Letícia, pelo apoio e carinho;

aos meus irmãos, Júnior e Jakelline, pelo amor e torcida pela minha vitória e crescimento profissional;

a Prof^ª. Dra. Maria Teresa Moreno Valdés (Maitê), minha orientadora, por transmitir seus conhecimentos e experiências profissionais e de vida e que com paciência e responsabilidade me conduziu neste estudo, contribuindo para a minha formação como pesquisadora;

aos professores do programa de Mestrado em Saúde Coletiva, pelos ensinamentos;

aos funcionários e colaboradores do Mestrado em Saúde Coletiva - Cleide, Abreu e Marciliano - pelas orientações quanto aos procedimentos necessários durante o curso;

à Prof^ª. Dra. Neiva Francenely Cunha Vieira, à Prof^ª. Dra. Mirna Albuquerque Frota e à Prof^ª. Dra. Ana Maria Fontenelle Catrib pela disponibilidade em compartilharem seus saberes e questionamentos aceitando o convite para participarem da comissão examinadora;

aos colegas e profissionais da Policlínica Municipal de Cascavel, em especial, a Cristiane Arruda, Christiane Nóbrega, Elenice e Ana Paula, por nossas constantes conversas e, principalmente, por dividirem comigo momentos de ansiedade e aflição;

à Prefeitura Municipal de Cascavel-CE, por confiar e acreditar na capacitação do profissional, em prol da educação e saúde pública;

à FUNCAP, pelo apoio financeiro;

à Escola de Ensino Fundamental Abdon Dantas de Almeida e seus profissionais, que contribuíram para o desenvolvimento desta pesquisa, pelos momentos de troca e aprendizado;

às crianças e pais integrantes deste estudo, que participaram de maneira espontânea e atenciosa, pois sem eles nada teria sido possível;

agradeço por fim; a todos aqueles que, mesmo não sendo aqui explicitamente citados, de alguma forma colaboraram na realização deste trabalho.

Deleita-te também no Senhor, e te concederá os desejos do teu coração. Entrega o teu caminho ao Senhor; confia nele, e ele o fará.

Salmo 37: 4,5.

RESUMO

A promoção da saúde e da qualidade de vida (QV) no ambiente escolar apresenta uma evolução paralela às mudanças de paradigmas quanto à inclusão escolar dos alunos com deficiência; sua relevância cada vez maior radica na educação integral desse aluno e no papel ativo que deve desempenhar em seu processo educativo. Os objetivos deste estudo foram investigar a QV de crianças com deficiência intelectual no contexto da inclusão escolar, analisar a dimensão desenvolvimento pessoal e atividades na QV destas crianças e identificar facilitadores e barreiras que interferem nesta dimensão como base para uma estratégia de promoção da saúde na escola. A pesquisa adotou uma natureza descritiva, do tipo qualitativo. Foi desenvolvida em uma escola da rede pública municipal de Cascavel-Ceará-Brasil. Participaram do estudo cinco alunos com deficiência intelectual do Ensino Fundamental, com idade entre seis e doze anos. Também foram partícipes, cinco pais e quatro professores dos alunos em estudo. Foram utilizados como instrumentos para obtenção das informações: uma entrevista semi-estruturada sobre o desenvolvimento pessoal e atividade das crianças com deficiência intelectual, baseada em Sabeh, Verdugo e Prieto, aplicada aos pais e professores, um roteiro de entrevista em situação lúdica com ajuda de desenhos ilustrativos, para as crianças, bem como a observação participante e um diário de campo. As informações foram transcritas e analisadas com base na análise construtivo-interpretativa segundo González Rey. A informação foi construída em torno das seguintes categorias: desempenho, progresso, resultados e satisfação pessoal com as atividades escolares de aprendizagem; percepção que a criança tem de suas habilidades cognitivas e das oportunidades que tem para desenvolvê-las; frequência e oportunidade de experiências de ócio e tempo livre e autodeterminação. Também foram estabelecidos os facilitadores e barreiras. Como resultado, foi expresso um modelo explicativo da situação da QV das crianças com deficiência intelectual na dimensão desenvolvimento pessoal e atividades, classificados da perspectiva ecológica dentro dos três níveis do sistema: microssistema, mesossistema e macrossistema e destacados, em cada nível, os facilitadores e barreiras. Foi constatado também, o progresso no desempenho e satisfação pessoal, quando realizam as tarefas escolares, tendo-se uma percepção negativa das próprias habilidades cognitivas e o reconhecimento das oportunidades negadas, havendo escassas oportunidades para realizar eleições de suas atividades, ausência de oportunidades de ócio e tempo livre com os colegas e a presença de emoções negativas de medo. Destacou-se a necessidade de enfrentar com urgência o desafio da mudança nas estratégias educativas e intersetoriais e adotar as propostas da escola inclusiva e promotora de saúde, na evidência da sua fundamental importância para o contexto social de hoje.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Qualidade de Vida; Deficiência Intelectual; Inclusão Escolar.

ABSTRACT

The health promotion and promotion of quality of life in school environment presents a parallel evolution to changes of paradigm on intellectual disability children's inclusion; its increasing relevance is based on the full education of such student as well as the active role it has to play in their educative process. This study aimed at investigating the quality of life of children with intellectual disability school inclusion; analyzing the personal development dimension and quality of life in these children's activities; and identifying facilitators and barriers that interfere in this dimension as a basis for a strategy of promoting quality of life in school. The descriptive, qualitative research was carried out in a municipal public school in Cascavel-Ceara-Brazil. Five intellectual disability students in basic education between 6 and 12 years-old participated in the study, as well as five parents and four teachers of those students. As a tool for the data collection, the study administered a semi-structured interview on personal development and intellectual disability children's activities based on Sabeh, Verdugo and Prieto to parents and teachers, an interview script in ludic situation aided by pictures for children, as well as participative observation and a field diary. Data were transcribed and analyzed based on constructive-interpretative Gonzalez Rey analysis. Information was raised following the subsequent categories: achievement; improvement; results and personal satisfaction with school activities; child's awareness of her cognitive abilities and the opportunities to develop them; frequency and opportunity of leisure and free time; and self-determination. Data also allowed defining facilitators and barriers. As a result the research expressed an explaining model of those intellectual disability children's quality of life considering their personal development and activities dimensions, classified from ecological perspective within the three levels of the system: microsystem, mesosystem, and macrosystem, and highlighted in each level facilitators and barriers. The study also perceived progress in achievement and personal satisfaction whenever they accomplish school tasks, realizing negatively their own cognitive abilities and recognizing denied opportunities. They realize that there is a lack of conditions to select their activities, there are no opportunities for leisure and free time with peers, and there are negative feelings of scare. The research focused the need for urgently facing the challenge of educative and intersectoral strategies changing, and adopting the inclusive and school health promotion purposes, due to its fundamental importance to current social context.

Key-words: health promotion; quality of life; intellectual disability; school inclusion.

LISTA DE FIGURAS

1 – Desenho da C4.....	54
2 – Desenho da C1.....	56
3 – Desenho da C5.....	58
4 - Modelo explicativo da situação da QV das crianças com deficiência intelectual na dimensão do desenvolvimento pessoal e atividades no contexto escolar.....	64

LISTA DE QUADROS

1 – Convergências Teóricas entre a Escola Promotora de Saúde e a Escola Inclusiva.....	39
--	----

LISTA DE SIGLAS

FGV – Fundação Getúlio Vargas

OMS – Organização Mundial de Saúde

NEE – Necessidades Educacionais Especiais

QV – Qualidade de Vida

NOB - Norma Operacional Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

WFOT - World Federation of Occupational Therapists

CBR – Community-Based Rehabilitation

USP – Universidade de São Paulo

DI – Deficiência Intelectual

AAMR - Associação Americana de Retardo Mental

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

AAIDD - American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

UNIFOR – Universidade de Fortaleza

IREPS - Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde

UVA – Universidade Vale do Acaraú

UFC – Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
3.1 Deficiência intelectual e a inclusão.....	20
3.2 Qualidade de vida: breve histórico e conceito.....	25
3.3 Qualidade de vida como proposta da Escola Promotora de Saúde.....	30
4 CAMINHO METODOLÓGICO.....	40
4.1 Tipo de Estudo.....	40
4.2 <i>Locus</i> de Pesquisa.....	41
4.3 Participantes do Estudo.....	42
4.4 Trajetória da Pesquisa.....	44
4.5 Instrumentos e Procedimentos.....	45
4.6 Preceitos Éticos do Estudo.....	47
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES.....	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	69
ANEXOS.....	76
Faces	77
Folha de Aprovação do Comitê de Ética.....	78
APÊNDICES.....	79
Entrevista Semi-estruturada.....	80
Roteiro de Entrevista em Situação Lúdica.....	81
Termo de Consentimento Institucional para Coleta de Dados.....	82
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	84

1 INTRODUÇÃO

A deficiência intelectual, expressão oficialmente utilizada em 1995, é definida como funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como habilidades práticas, sociais e conceituais (BRASIL, 2005; SASSAKI, 2003).

A instância da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, o Decreto 3298/1999 propõe criar redes de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados em crescentes níveis de complexidade, voltadas ao atendimento à saúde e reabilitação da pessoa com deficiência, articulada com os serviços sociais, educacionais e com o trabalho. Daí vê-se a necessidade de os profissionais afins à temática aceitarem o desafio de buscar subsídios teórico-práticos para prestar o atendimento necessário à pessoa com deficiência, inclusive àquela com deficiência intelectual.

O censo 2000 revelou a existência de 24,6 milhões de pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas, o que corresponde a 14,5% da população brasileira. Nesse recenseamento foi incorporada não apenas maior variedade de tipos de deficiências, como também seus respectivos graus, distribuídos da seguinte forma: deficiência intelectual (11,5%); tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia (0,44%); falta de um membro ou parte dele (5,32%); alguma dificuldade de enxergar (57,16%); alguma dificuldade de ouvir (19%); alguma dificuldade de caminhar (9,54%); incapaz de ouvir (0,68%); incapaz de caminhar (2,3%); e incapaz de enxergar (0,6%) (FGV, 2006).

Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 10% da população de qualquer país em tempo de paz apresenta algum tipo de deficiência, das quais: 5% com deficiência intelectual; 2% com deficiência física; 1,5% com deficiência auditiva; 0,5% com deficiência visual; e 1% com deficiência múltipla. Com base nesses percentuais, estima-se que no Brasil haja 16 milhões de pessoas com deficiência (BRASIL, 2004).

Como vimos, existem diferenças nos dados referidos, as quais podem estar relacionadas tanto aos procedimentos metodológicos, como aos critérios para definição da amostra ou, ainda, a dificuldades na coleta de dados e à própria conceituação de deficiência, seus tipos e graus, adotados por essas pesquisas.

A grande diferença entre os percentuais encontrados é uma demonstração de que não se dispõe de dados de abrangência nacional e representativos da magnitude do problema.

Além dos indicadores, os quais apresentam grande número de pessoas com deficiência intelectual, o interesse pelo tema surgiu da inquietação, vivenciada diariamente na Policlínica Municipal de Cascavel, no setor de Terapia Ocupacional, onde com frequência a pesquisadora, na qualidade de terapeuta ocupacional, com experiência na área, recebe crianças com deficiência, entre elas com deficiência intelectual, referenciadas de escolas, na maioria públicas, com descrição de necessidades educacionais especiais (NEE) e queixa familiar de que seus filhos não acompanham as atividades escolares e manifestam mau comportamento.

Junto a estas frequentes referências, também há queixas sobre a falta de preparação das escolas em atender com qualidade as crianças com deficiência, seja no âmbito físico (barreiras arquitetônicas, material pedagógico não apropriado), como psicossocial (preparação e acolhimento por professores, coordenação, outros alunos e funcionários); esses fatores certamente produzem mal-estar, principalmente à criança, o que pode influir em sua qualidade de vida (QV), foco desta pesquisa.

As dificuldades enfrentadas pelos professores e componentes familiares na condução do processo educacional da criança com deficiência intelectual são grandes, causando-lhes insegurança e limitações na promoção da QV destas. Isto nos mostra sinais de alerta para a ampliação de mudanças no sistema educacional, a fim de minimizar essas limitações enfrentadas na inclusão da criança com deficiência, surgindo, assim, a necessidade de desenvolver pesquisas que viabilizem o seu processo de ensino-aprendizagem.

As modificações na escola devem abranger toda a comunidade escolar, introduzida desde as discussões com a equipe técnica, professores e, principalmente, com pais e alunos. Tais nos sugerem avaliar a QV das crianças com deficiência intelectual em seu contexto de inclusão escolar com suporte da sua percepção, sugerindo para a própria escola subsídios do que seja necessário para torná-la um ambiente favorável, colaborando com as propostas da Escola Promotora de Saúde.

Assim Lebre (2007) sugere que a QV pode ser vista como um determinante da saúde bem como um produto de intervenção centrada na promoção da saúde.

A Carta de Ottawa, documento aprovado pela I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, já descreveu saúde como um estado ideal e também como um conceito positivo que enfatiza as potencialidades dos indivíduos.

Desde aquela ocasião, a saúde passou a ser vista como um direito humano fundamental e um dos princípios básicos da justiça social, o que situa a saúde, segundo Lefevre e Lefevre (2004), na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes atenção para as conseqüências que suas decisões podem ter no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde.

Este moderno conceito de promoção da saúde cerca as idéias do que é QV. Schalock (2004) define QV como um reflexo das condições desejadas por uma pessoa em relação à sua vida no lar, na comunidade, no trabalho ou na escola, no caso das crianças, à saúde e bem-estar. Desta forma, o aspecto central do estudo da QV percebida do indivíduo inclui a relação entre fenômenos objetivos e subjetivos interativos, exigindo um enfoque holístico.

Castro, Cunha e Akerman (2005) comentam que não existe apenas um conceito de QV, pela sua complexidade, uma vez que abrange indicadores objetivos e subjetivos, num contexto de percepção do indivíduo em relação a sua vida cotidiana e ao meio ambiente em que vive. De acordo com esta idéia, a presente pesquisa abordará este ambiente, como *locus* onde se pretende que seja favorável à criança com deficiência, um ambiente saudável, de inclusão, igualdade e diversidade.

A ação desta idéia apresenta estreita relação com o fortalecimento de uma política pública de saúde, notadamente no que diz respeito a integralidade, equidade e intersetorialidade, ficando claro que, neste estudo, permeiam os campos de ação da promoção da saúde.

A busca do ambiente favorável e QV para os alunos com deficiência intelectual, como para o professor, na tentativa de se evitar as grandes dificuldades na aprendizagem, encontram-se numa relação direta com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) NOB 01/06, a mais explícita em relação a um novo modelo de atenção orientado para promover a saúde. Fatores para sua estruturação constituem as ações de saúde que devem ser centradas na QV e no seu meio ambiente, bem como nas relações da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com as famílias.

Os estudos acerca do construto QV, todavia em crianças são escassos, sobretudo na área educacional e com crianças com deficiência, apesar de a escola ser um âmbito muito influente na

vida das crianças. Segundo Gómez-Vela e Verdugo (2003), apesar desse raro uso do conceito de QV no ambiente escolar, mudanças acontecidas na forma de se entender a evolução no mundo, particularmente no que tange a alunos com NEE, ocorrem em numa linha paralela seguida por aqueles que promovem a QV.

De acordo com os mesmos autores, contemplar o aluno desde uma perspectiva integral e planificar ações educativas partindo do aluno e suas necessidades, com o fim de satisfazer-lhe e proporcionar o máximo desenvolvimento pessoal, promovendo ambientes não restritos, são alguns dos aspectos que cercam os planos relacionados com a QV no contexto educativo.

A difusão dos conceitos de inclusão, promoção de saúde e QV favorecem a inovação das práticas profissionais nos campos da saúde e da educação. Os alunos com NEE podem ser mais independentes, produtivos, integrados na comunidade e estar satisfeitos pelo acesso a serviços e apoios educativos, de saúde e de habilitação com base em políticas e práticas orientadas na QV.

Sendo assim, pretende-se, com esta pesquisa, contribuir com todos os agentes envolvidos na inclusão do aluno com deficiência intelectual, analisando sua QV no contexto da inclusão escolar, com base em seus direitos e possibilidades. No que tange à legislação brasileira sobre pessoas com deficiência, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (2004) tem como primeira das suas diretrizes básicas a promoção da QV das pessoas com deficiência. Para isso, busca a mobilização da sociedade, além dos setores do Governo, no sentido de assegurar a igualdade de oportunidades às pessoas com deficiência.

Justifica-se então, a pesquisa na área da QV de crianças com deficiência intelectual no contexto da inclusão escolar, pois, além da contribuição para a temática, poderá acrescentar conhecimentos como substrato para propostas de estratégias inclusivas.

Acreditamos que este estudo também contribuirá na assistência à criança, sua família e sociedade, assim como favorecerá a inserção do terapeuta ocupacional nas escolas, que, de acordo com Hagerdorn (2003) é o profissional apto a auxiliar o indivíduo no alcance do equilíbrio físico-mental para adquirir a competência a fim de interagir no ambiente familiar, social e escolar.

A Terapia Ocupacional no mundo propõe idéias singulares sobre o que é importante para cada indivíduo, visando à sua diversidade e cultura (WATSON, 2006). Segundo Sinclair (2006), terapeutas ocupacionais estão quebrando paradigmas e criando iniciativas. A World Federation of Occupational Therapists (WFOT) lidera muitas das inovações, com projetos internacionais

dirigidos a questões de quem está à margem. Estes projetos estão baseados na reabilitação baseada na comunidade (CBR – Community-Based Rehabilitation). O mesmo autor refere-se à Terapia Ocupacional como profissão, entre outras, no importante papel que direciona a acessibilidade para promoção de saúde.

Segundo Braveman (2006), pode-se dizer que a Terapia Ocupacional se destaca por intervir com indivíduos e comunidades para limitar o efeito da saúde desigual ou participação na ocupação significativa, pelo seu conhecimento prático e habilidades em avaliar e intervir com pessoas em suas faces físicas, sociais, emocionais ou na participação dos desafios culturais.

No Brasil, há trabalhos e projetos da Terapia Ocupacional em ambientes escolares na área da tecnologia assistiva, mais especificamente nos setores físicos e de apoio aos materiais pedagógicos, como também na intervenção às atividades.

Já a pesquisa de Jurdi e Amiralian (2006) teve o objetivo de compreender como a atividade proposta pela terapia ocupacional poderia interferir e modificar as relações estabelecidas em relação aos alunos com deficiência mental no ambiente escolar. Por meio do relato de uma experiência de intervenção realizada por estagiários de Terapia Ocupacional no horário de recreio de uma escola estadual de Ensino Fundamental da cidade de São Paulo, eles procuraram verificar se a atividade proposta - lúdica - provocaria possibilidades de encontro entre os alunos da classe especial e os outros alunos, propondo mudanças no processo de inserção escolar dos alunos com deficiência mental.

A análise qualitativa da intervenção realizada do estudo há pouco mencionado, veio apontar as dificuldades que o ambiente escolar apresenta ao estabelecer relações cotidianas de qualidade com o aluno com deficiência mental. Permeada por preconceitos e desconhecimento, as relações que se desenrolam no ambiente escolar reforçam, para o aluno com deficiência, o papel cristalizado no insucesso e no fracasso escolar, impossibilitando-o de ressignificar sua ação como indivíduo criativo, perpetuando um padrão de relacionamento que impede o processo de uma real inclusão escolar.

A continuação da pesquisa desta área, acrescentando a relação da QV e a inclusão escolar das crianças com deficiência, abordando as questões do ambiente favorável e acessibilidade, assim como o desenvolvimento de habilidades pessoais, será relevante, uma vez que, conhecendo a QV na percepção das próprias crianças com deficiência intelectual, será

possível aplicar os conhecimentos existentes da Terapia Ocupacional e da Saúde Coletiva na promoção de saúde e melhoria da sua QV.

2 OBJETIVOS

- Investigar a qualidade de vida (QV) na escola de crianças com deficiência intelectual (DI) - alunos do Ensino Fundamental da rede municipal de Cascavel – CE - Brasil.
- Analisar a dimensão Desenvolvimento Pessoal e Atividades na QV de crianças com DI no contexto da inclusão escolar.
- Identificar facilitadores e barreiras que interferem no desenvolvimento pessoal e atividades das crianças com DI incluídas na escola como base para uma estratégia de promoção da saúde na escola.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Deficiência Intelectual e a Inclusão

A nova classificação da deficiência intelectual, baseada no conceito publicado em 2002, pela Associação Americana de Retardo Mental (AAMR), considera a deficiência intelectual caracterizada por limitações significativas em seu funcionamento intelectual e na conduta adaptativa, tal como se manifesta em habilidades práticas, sociais e conceituais. Esta deficiência começa antes dos 18 anos (LUCKASSON et al., 2002).

Ao longo da história, muitos conceitos existiram e a pessoa com esta deficiência já foi chamada, nos círculos acadêmicos, por vários nomes: *oligofrênica; cretina; tonta; imbecil; idiota; débil profunda; criança subnormal; criança mentalmente anormal; mongolóide; criança atrasada; criança eterna; criança excepcional; retardada mental* em nível *dependente/custodiável, treinável/adestrável* ou *educável; deficiente mental* em nível *leve, moderado, severo* ou *profundo* (nível estabelecido pela Organização Mundial da Saúde, 1968); *criança com deficit intelectual; criança com necessidades especiais; criança especial* etc. (SASSAKI, 2003).

O mesmo autor acrescenta que, atualmente, no entanto, quanto ao nome da condição, há uma tendência mundial (brasileira também) de se usar a expressão *deficiência intelectual*, pois tem relação direta com o fenômeno propriamente dito, ou seja, é mais apropriado o termo *intelectual*, pois se refere ao funcionamento do intelecto especificamente e não ao funcionamento da mente como um todo.

Atualmente cada vez mais se está substituindo o adjetivo *mental* por *intelectual*. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizaram um evento (do qual o Brasil participou) em Montreal, Canadá, em outubro de 2004, evento esse que aprovou o documento DECLARAÇÃO DE MONTREAL SOBRE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL. Observe-se que o termo *intelectual* foi utilizado também em francês e inglês: *Déclaration de Montreal sur la Déficience Intellectuelle, Montreal Declaration on Intellectual Disability* (SASSAKI, 2003).

A expressão *deficiência intelectual* foi oficialmente utilizada já em 1995, quando a Organização das Nações Unidas (juntamente com *The National Institute of Child Health and*

Human Development, The Joseph P. Kennedy, Jr. Foundation, e The 1995 Special Olympics World Games) realizou em Nova York o simpósio chamado INTELLECTUAL DISABILITY: PROGRAMS, POLICIES, AND PLANNING FOR THE FUTURE (Deficiência Intelectual: Programas, Políticas e Planejamento para o Futuro) (SASSAKI, 2003).

À proporção que o movimento inclusivo se espalha pelo mundo, além da mudança de nomenclatura, medidas são tomadas com a finalidade de propagar uma cultura antidiscriminatória da pessoa com deficiência, além da promoção da QV.

A Confederação Espanhola para Pessoas com Deficiência Mental aprovou por unanimidade uma resolução substituindo a expressão “deficiência mental” por “deficiência intelectual”. Isto significa que agora a Confederação passa a ser chamada Confederação Espanhola para Pessoas com Deficiência Intelectual (*Confederación Española de Organizaciones en favor de Personas con Discapacidad Intelectual*). “Esta organização aprovou também o novo Plano Estratégico de quatro anos para melhorar a QV, o apoio institucional e os esforços de inclusão para pessoas com deficiência intelectual” (SASSAKI, 2003).

Similar mudança foi realizada pela AAMR, que adotou a denominação de American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) por considerar a dicção menos estigmatizante do que Retardo Mental (AAIDD, 2007).

Desde o início do século XX até o presente, foram propostas diversas classificações etiológicas duais da deficiência intelectual, isto é, as pessoas com deficiência intelectual são divididas em dois grupos distintos, os de origem biológica e os de procedência ambiental, psicossocial. Em um dos grupos, os casos em que os mecanismos etiológicos em jogo afetariam o funcionamento do sistema nervoso central e o outro comportaria os sujeitos em que não se detectariam quaisquer alterações no sistema neurológico. O fato é que algumas estão ligadas à própria estrutura do sujeito e outras, a questões lesionais (FIERRO, 2004; SILVA, 2005).

Já houve uma evolução do estado da pessoa com deficiência intelectual, embora restrita, e parece ser alvo, nos últimos anos, de uma retomada de interesses. A pesquisa realizada na Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro, por intermédio de um estudo retrospectivo de 850 casos de portadores de deficiência, num período de 10 anos (1981-1990), detectou que 654 casos (76,94%) eram de “portadores de deficiência intelectual” (BRASIL, 2004).

O tema tornou-se uma questão para todas as áreas que, de alguma forma, estão ligadas à educação. As diversas contribuições das diversas áreas de conhecimento, entretanto, têm em comum um ponto: a pessoa com deficiência intelectual traz uma interdição em relação ao saber.

Este parece ser o maior problema da inclusão de pessoas com deficiência nas escolas comuns, a sua diferença. Segundo Eizirik (2004), atualmente se vive uma revolução: a da inclusão; inclusão como contra face da exclusão. Revolução porque está produzindo um turbilhão de movimentos que invadem todas as áreas, entram pelos mecanismos legais e forçam a entrada – nas empresas, nas escolas, nos lugares públicos, nas diferentes formas de cultura, lazer e diversão, na sexualidade.

Com maior participação da inclusão e menor exclusão dos currículos, culturas, comunidades e ambientes educativos, haverá respostas à diversidade para que se valorize o aluno por igual.

Ao efetivar a inclusão, é preciso transformar a escola, começando por desfazer práticas segregacionistas. A inclusão significa um avanço educacional com importantes repercussões políticas e sociais, visto que não se trata de adequar, mas de transformar a realidade das práticas educacionais (FIGUEIREDO, 2002).

Booth (2006) compreende a educação e a inclusão das pessoas que se encontram neste âmbito como algo relacionado à melhora do espírito humano e com uma implicação satisfatória para o indivíduo na infância, em aprendizagem e nas relações.

A imagem satisfatória que se espera é de um ambiente verdadeiramente inclusivo, no contexto mais real da palavra, ou seja, ambiente capaz de preparar crianças e jovens de forma física e psicossocial favorável e salutar.

Desde a promulgação das leis federais nos Estados Unidos, para indivíduos com deficiência, de 1975, 1997 e da emenda de 2004 - que exige a inclusão de alunos com deficiência em classes da educação geral - as escolas públicas daquele país são obrigadas a incluir alunos com deficiência ao máximo possível em classes da educação geral, onde eles possam estudar com pares, sem deficiência, no lugar de passarem a maior parte de seu dia em classes segregadas junto a outros alunos com deficiência (PETERSON, 2006).

Conforme o Departamento de Educação dos Estados Unidos (2002), ainda existe, no entanto, um número reduzido de professores qualificados para a educação especial. Peterson, em seu estudo no Estado do Arizona, *Inclusão nos Estados Unidos: filosofia, implementação e*

capacitação de professores, discute a filosofia do programa de inclusão e descreve a necessidade de capacitação de professores para a área de educação geral e especial, demonstrando o quanto a capacitação de professores é necessária para aumentar o sucesso da inclusão.

Então devido a insuficiente formação inicial na área da educação especial, grande parte dos professores continua na ilusão de que seus alunos apresentarão um desempenho escolar semelhante, em um mesmo tempo estipulado pela escola para se aprender um dado conteúdo escolar. Esquecem-se as diferenças e especificidades. Apesar de saberem que os alunos são pessoas distintas umas das outras, lutam para que o processo escolar os torne iguais. Esperam e almejam que, em cada série, ciclo, nível de ensino, os estudantes alcancem um padrão predefinido de desempenho escolar.

Essa ânsia de nivelar o alunado segundo um modelo leva, invariavelmente, à exclusão escolar, não apenas dos alunos com deficiência intelectual, mas também dos que possam apresentar dificuldades ou mesmo uma deficiência que os impeça de aprender, como se espera de todos. Fierro (2004) ressalta que, em vez de falar das dificuldades dos alunos, ou, além disso, fale-se das dificuldades de seu ensino. Deve-se neste momento passar a questionar: que estratégias educativas são necessárias?

O exercício profissional da Terapia Ocupacional, de acordo com Berezin et al. (2005), está baseado na premissa que a participação em atividades significativas pode incrementar o desempenho ocupacional e a saúde em geral. Com esse sentido, a Terapia Ocupacional utiliza a tecnologia assistiva na promoção da escola inclusiva, como uma dessas estratégias educativas necessárias.

Há escolas que não atendem alunos com deficiência em suas turmas de ensino regular e justificam tal atitude, no despreparo dos seus professores para este fim. Ficam evidenciadas a necessidade de se redefinir e de se acionar novas opções e práticas pedagógicas que favoreçam a todos os alunos, o que implica a atualização e o desenvolvimento de conceitos e metodologias educacionais compatíveis com esse grande desafio (BRASIL, 2004).

Como cita Jesus (2004, p. 38), “para que a diversidade humana possa se fazer presente como valor universal, a escola precisa assumir uma postura de construtora da igualdade, visando a incluir na tessitura social aqueles que vêm sendo sistematicamente excluídos”.

Diante destas dificuldades e dos processos de integração e inclusão elaborados com dificuldade pelas escolas, Guijarro (2005) define inclusão como um movimento mais amplo e de

natureza diferente da integração de alunos com NEE. Na integração, o foco de atenção é transformar a educação especial para apoiar a integração de alunos com deficiência na escola comum. Na inclusão, porém, o centro da atenção é transformar a educação comum para eliminar as barreiras que limitam a aprendizagem e participação de numerosos alunos e alunas. A inclusão congrega a crença de que a instituição para alunos com deficiência deve ser desenvolvida com base em suas habilidades e não em suas inabilidades (FRIEND; BURSUCK, 2002).

Sobre a integração educacional, que constitui um movimento fundamental para tornarem efetivos os direitos das crianças com deficiência, a fim de se educarem em contexto normalizado, Baptista (2005) comenta sobre a “integração não planejada”, a qual mostra que esses alunos devem estar nas escolas de ensino comum, muitas vezes, engrossando fileiras daqueles que não aprendem, são repetentes e abandonam a escola.

Se há essa confirmação preocupante, pode-se ver também que estaria superestimada uma suposta avalanche de matrículas dos alunos com deficiência ou com NEE, porquanto existem uma legislação e um debate acadêmico que sinalizam a inclusão no caminho prioritário para o atendimento em educação especial.

Conforme o autor, são necessários estudos que dêem suporte às análises em discussão e que permitam melhor compreender o movimento de inclusão no ensino comum, seus efeitos e suas conseqüências, tanto para os alunos e professores, quanto para as instituições de ensino.

Segundo Mantoan (2006), no Brasil, a escola, para acolher todos, indistintamente, se choca com o caráter excludente, segregativo e conservador. Acrescenta que os pais de crianças com deficiência e os educadores brasileiros deveriam ser os primeiros a levantar a bandeira contra a discriminação e, no entanto, o que muitos ainda fazem é batalhar para que a exclusão se mantenha, preferindo que as escolas especiais sejam consideradas escolas de Ensino Fundamental.

Com isto, falando em constituição de uma consciência em critérios de igualdade e justiça, Dutra e Griboski (2006) ressaltam a educação inclusiva como diretriz para a transformação na estrutura da escola, que foi defendida pelo Ministério da Educação como política pública que assumiu sua disseminação por meio do Programa de Educação Inclusiva: direito à diversidade, programa este que afirma o direito de todos à educação.

De forma conclusiva, Booth (2006) resume três formas interconectadas de analisar a inclusão: de incrementar a participação e de reduzir a exclusão de todos, de apoiar a educação para a diversidade nas escolas comunitárias e de converter em ações os valores da inclusão.

O movimento inclusivo atual precisa situar seus valores, conhecimentos e habilidades em ação. O resultado de uma escola inclusiva aparecerá, no instante em que houver a concretização desses elementos muitas vezes abstratos. Com isso, o interesse na aliança a importantes estratégias na busca da formulação da escola como ambiente favorável e um ambiente favorável é um ambiente saudável e inclusivo.

3.2 Qualidade de Vida: Breve Histórico e Conceito

É cada vez mais freqüente o interesse pela pesquisa na área da QV, e este existe desde os tempos remotos. Filósofos da Antiguidade, como Platão e Aristóteles, já refletiam em torno deste tema. Nos anos prévios à década de 1960, a expressão QV havia aparecido nos debates públicos em torno do meio ambiente e deterioração das condições de vida urbana.

Gómez-Vela e Verdugo (2003) acrescentam que, durante a década de 1950 e o início da de 1960, foi crescente o interesse por conhecer o bem-estar humano e a preocupação com as conseqüências da industrialização, surgindo à necessidade de medir esta realidade mediante dados objetivos. Entre as ciências sociais, iniciou-se o desenvolvimento dos indicadores sociais e estatísticos que permitiram medir os dados vinculados ao bem-estar social de uma população.

Consoante esses autores, o desenvolvimento e o aperfeiçoamento dos indicadores sociais em meados de 1970 e início de 1980 provocaram uma diferenciação entre estes e QV. A expressão QV começa a definir-se como conceito integrador que compreende todas as áreas da vida (caráter multidimensional), referenciando tanto as condições objetivas como os componentes subjetivos.

Desde então, numerosos são os desenvolvimentos do conceito de QV e sua influência na melhoria dos serviços humanos, porém ainda poucos na área da infância no contexto escolar.

Na literatura científica, conforme Barreire et al. (2003), observam-se inúmeras controvérsias teóricas e metodológicas, principalmente em função do caráter multidimensional e subjetivo do conceito, mas também pelos incontáveis fatores que interferem na sua elaboração como objeto de avaliação ou de pesquisa.

O grupo de estudos sobre QV da OMS define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Conforme esta definição, incluem-se seis principais domínios: físico, estado psicológico, níveis de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião/crenças pessoais (FLECK et al., 1999).

Qualidade de vida, então, é uma unidade de idéias representada pela tentativa de nomear algumas características da experiência humana, na perspectiva do próprio indivíduo, por meio de sua percepção subjetiva, que, segundo Assumpção Jr et al. (2000), tem como fator central a sensação de bem-estar.

O conceito de QV encontra-se associado a características humanas e a valores positivos, como felicidade, êxito, riqueza, saúde e satisfação de vida, indicando conceitos atribuídos à essência e aspectos fundamentais da existência humana. O significado semântico deste conceito, conforme Schalock e Verdugo (2003), explica por que este está impactando de tal modo os campos da educação, cuidado com a saúde, serviços sociais e famílias, dados que levam a se pensar em indivíduos, políticas e práticas que modificam as vidas das pessoas e suas percepções de uma vida de qualidade. Assim, os discursos sobre QV baseiam-se em sua concepção, com um claro entendimento dos fatores contextuais que estão dirigindo sua aplicação.

Schalock e Verdugo (2003) sugerem uma perspectiva ecológica, para descrever os vários contextos do comportamento humano, que podem ser classificados dentro de três níveis do sistema: microssistema, mesossistema e macrossistema.

O microssistema ou contexto social imediato envolve a família, o lar, local do trabalho, a escola, no caso das crianças e adolescentes, que afeta diretamente a vida da pessoa. O mesossistema envolve a comunidade, agências de serviço e organizações que afetam diretamente o funcionamento do microssistema. Já o macrossistema ou padrões culturais mais amplos, envolvem tendências socio políticas, sistemas econômicos e outros aspectos relacionados à sociedade, que afetam diretamente os valores, crenças e o significado de palavras e conceitos.

Com relação ao estudo da QV de crianças, estes são recentes e a QV é defendida como conceito subjetivo e multidimensional, que inclui a capacidade funcional e a interação psicossocial da criança e de sua família (BRASIL; FERRIANI; MACHADO, 2003). Com efeito é, interessante a pesquisa desta temática, a fim de abrir caminho para propostas de ações estratégicas, partindo da percepção de QV para as crianças, seus pais e professores.

Verdugo e Sabeh (2002) referem que, em estudo de revisão bibliográfica abrangendo o período de 1985 a 1996, é grande a escassez de trabalhos centrados na infância, e que em geral se referem superficialmente ao conceito e avaliam apenas algumas dimensões ou indicadores de QV (competência social, estresse, competências cognitivas). A QV, como conceito holístico e multidimensional, entretanto, junto à avaliação do nível de satisfação ou bem-estar da criança, com arrimo no seu ponto de vista, só passou a ser estudada recentemente, de forma um tanto elementar: em virtude da precariedade de modelos conceituais estruturados e fundamentados (SABEH; VERDUGO; PRIETO, 2006).

Buscando identificar quais eram as dimensões de QV relevantes para as crianças na Argentina e Espanha, os mesmos autores desenvolveram um estudo inicial, do tipo qualitativo, do qual participaram 199 crianças de 8 a 12 anos, o que permitiu identificar as seguintes dimensões: ócio e atividades recreativas, rendimento, relações interpessoais, bem-estar físico e emocional, bem-estar coletivo e valores e bem-estar material.

Uma proposta de conceituação, que considera o estudo antes descrito, define a QV na infância como a percepção subjetiva da criança em conjunção com aspectos objetivos referidos a cinco domínios: bem-estar emocional, bem-estar físico, relações interpessoais, desenvolvimento pessoal e atividades e bem-estar material (SABEH; VERDUGO; PRIETO, 2006).

Os autores apresentam definições operacionais a estas dimensões.

Bem-estar emocional

- Estados emocionais (afeto positivo/afeto negativo) experimentados pela criança como alegria, tristeza, nervosismo, humor, preocupação.
- Percepção global de satisfação com a vida.
- Visão de futuro (como acredita que será sua vida adulta).
- Auto-estima/auto-conceito (como se vê e se valoriza a si mesmo e como crê que o vêem os demais em geral).

Bem-estar físico

- Estado de saúde física da criança: sono, enfermidades, sintomas e sinais físicos, energia, nível de nutrição desenvolvimento físico (peso – altura).
- Acesso e satisfação com a assistência sanitária.

Relações interpessoais

- Frequência, qualidade e satisfação com afeto, interação (positiva ou negativa), comunicação e aceitação de e entre as pessoas da família.

- Estilo educativo e de criação dos pais (prêmios, castigos, abandono).

- Frequência, qualidade e satisfação com as relações de amizade e companheirismo no meio escolar e extra-escolar.

- Satisfação e qualidade nas relações com os mestres, percepção, por parte da criança, de apoios, reforços, castigos, expectativas e imagem que os mestres têm delas.

Desenvolvimento pessoal e atividades

- Grau de desempenho, progresso, resultados e satisfação pessoal com as atividades escolares de aprendizagem.

- Percepção que tem a criança de suas habilidades cognitivas e das oportunidades que tem para desenvolvê-las.

- Frequência e oportunidade de experiências de ócio e tempo livre, como jogos e brincadeiras, esportes, atividades físicas, televisão, vídeos.

- Autodeterminação (possibilidade de eleger e tomar decisões).

Bem-estar material

- Posses materiais da criança e de sua família (presentes que recebe roupa, brinquedos, objetos).

- Características físicas dos ambientes em que se desenvolve (qualidade e conforto do lar e da escola).

- Nível socio econômico da família.

Pode-se observar que, para as crianças e adolescentes, bem-estar apresenta-se em forma de desejos, e estes se aproximam da realidade, refletindo sua prospecção e influenciados por eventos cotidianos e de ordem crônica. Neste sentido, é interessante observar a diferença crucial entre o que é QV infantil na visão de um adulto e da própria criança (ASSUMPCÃO JR. et al., 2000). Este fato despertou crescente interesse por ouvir a própria criança, o que privilegia e fortalece a criança como participante (SABEH; VERDUGO; PRIETO, 2006).

No Brasil, os estudos sobre QV infantil no contexto escolar estão em fase inicial. Um estudo realizado por Dantas, Sawada e Malerbo (2003) analisou a produção científica sobre QV, de universidades públicas com ampla tradição de investigação do Estado de São Paulo. Esse estudo foi de tipo exploratório-descritivo, com dados coletados em bibliotecas virtuais das

universidades escolhidas. Foram analisados 53 estudos, sendo 29 (54,7%) provenientes da Universidade de São Paulo (USP) e 24 (45,3%) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Apenas um trabalho analisou a QV de crianças, e estava especificamente relacionado com a saúde.

Foram desenvolvidos recentes trabalhos, realizados por Ferreira (2005) e Fialho (2006), da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), envolvendo QV infantil e promoção de saúde no contexto escolar, que antecedem a idéia deste estudo de permitir a criança proceder à auto-avaliação.

O estudo de Ferreira (2005) teve como objetivo compreender de que forma as crianças de uma escola pública de Fortaleza percebem a qualidade de vida, quais os fatores que consideram necessários para isso e em qual ordem de importância esses referenciais devem estar dispostos. Tratou-se de uma abordagem quanti-qualitativa, do tipo descritiva, desenvolvida na Escola de Aplicação Yolanda Queiroz, na comunidade do Dendê, incluindo 60 alunos, de 4 a 6 anos de idade. Como coleta de dados, utilizou-se técnicas projetivas – como desenhos e figuras – e o questionário AUQEI. Com suporte nas categorias de qualidade de vida propostas por Sabeih et al. (2002), fez-se uma triangulação metodológica entre os resultados obtidos nas três fases do estudo. Como fim dessa investigação, percebeu-se que as crianças envolvidas se preocupam, em ordem de importância, com o brincar – categoria de ócio e atividades recreativas, com a afetividade dos pais – relações interpessoais e com a moradia – bem-estar material.

A pesquisa de Fialho (2006) avaliou a QV infantil no contexto da escola pública e privada, ressaltando as dimensões mais relevantes de QV na óptica da criança e a relação da QV com o rendimento escolar. Adotou um estudo de natureza descritiva do tipo quantitativo e utilizou ferramentas qualitativas de avaliação. Foi desenvolvida em um colégio privado e em outro público no Município de Fortaleza-Ceará-Brasil, em 2006; incluiu 90 crianças, sendo 47 do sexo masculino e 43 do feminino, com idades entre oito e onze anos, que estavam regularmente matriculadas na terceira série do Ensino Fundamental.

No estudo retrocitado, foi aplicado o questionário AUQEI, com uma nota de corte de 48, AUQEI qualitativo e imagens com as Dimensões de QV. Os dados obtidos foram analisados mediante análise de conteúdo e o programa estatístico SPSS. Comprovou-se que a QV geral das crianças foi satisfatória, atestando um escore médio final de 51,17; as categorias referentes à felicidade foram; Família, Acesso a bens materiais e Lazer, enquanto as relacionadas à

infelicidade dizem respeito a Brigas, Ausência da família e Morte/doença; já as dimensões mais relevantes expressas apontam o Rendimento (72,2%), Bem-estar físico e emocional (67,0%), Relações interpessoais (61,5%), Bem-estar coletivo e valores (54,4%), Atividades recreativas (52,0%) e Bem-estar material (42,8%); não ocorreu correlação entre o Rendimento escolar e a QV.

A pesquisa da QV no contexto escolar configura-se, por conseguinte, inovadora além de ser elemento essencial para a boa aprendizagem e desenvolvimento da criança. Nesse sentido, o terapeuta ocupacional busca a constituição da autonomia e independência de pessoas com algum tipo de deficiência, influenciando a sua qualidade de vida.

A QV, aplicada às pessoas com deficiência, é referenciada a diversos níveis: na própria definição de deficiência, na formulação de objetivos gerais da intervenção, na avaliação da intervenção e dos serviços dirigidos a adultos e crianças com deficiência na defesa da participação, capacidade de decisão e autonomia. Logo, as escolas que reconheçam a importância da QV dos seus alunos alcançarão de maneira mais eficaz seus objetivos (GOMEZ-VELA; VERDUGO, 2003).

3.3 Qualidade de Vida como Proposta da Escola Promotora de Saúde

A proposta de Escola Promotora de Saúde representa uma estratégia global e integradora, para a provisão de saúde e QV na escola, que transcende a visão assistencialista e curativa, fundamentando suas ações na interdisciplinaridade dos educadores, com profissionais da saúde e a comunidade, propiciando promoção de saúde no âmbito da Instituição.

Nas últimas décadas, a promoção da saúde é entendida como uma estratégia promissora para enfrentar os problemas de saúde que afetam a população humana (BUSS, 2000). Uma estratégia de produção de saúde, que contribui na consolidação de ações que possibilitam responder as necessidades sociais em saúde, pensando e operando, articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro.

No princípio, o conjunto ideativo promoção de saúde foi usado para caracterizar um nível de atenção da Medicina preventiva, segundo Leavell & Clark (1976) apud Buss (2000) e, mais recentemente, passou a ser representado dentro de um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

Neste contexto, o moderno conceito e a prática de promoção da saúde tiveram seu surgimento e desenvolvimento no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental com as quatro conferências internacionais sobre promoção de saúde, em Ottawa (OMS, 1986), Adelaide (OMS, 1988), Sundsvall (OMS, 1991) e Jacarta (OMS, 1997), onde foram desenvolvidas as bases conceituais e políticas da promoção da saúde. Na América Latina, em 1992, para trazer formalmente o tema para o contexto regional, realizou-se a Conferência Internacional de Promoção da Saúde (OPAS, 1992).

É importante salientar, porém, que, anterior às conferências, e como base para estas e para a formulação do conceito de promoção de saúde, foi relevante a influência do ministro canadense Lalonde (1974), com o documento orientado pela proposta de “campo da saúde”, que sugeriu as seguintes dimensões a serem consideradas, individualmente ou em conjunto, na elaboração das políticas governamentais de saúde: ambiente, biologia humana, estilos de vida das pessoas e sistemas de saúde. A publicação deste informe e seu conteúdo político tornaram seu autor um dos responsáveis pelo início de uma nova era de interesse social e político pela saúde pública (WESTPHAL, 2006).

Em 1978, houve a I Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, que se realizou em Alma-Ata, no Casaquistão e trouxe um novo enfoque para o campo da saúde e a meta de “saúde para todos no ano 2000”, com a proposta da atenção primária de saúde. Em referência a esta proposta, Buss (2000) ressalta componentes muito importantes e menos divulgados: a reafirmação da saúde como direito humano fundamental, as desigualdades são inaceitáveis, os governos têm a responsabilidade pela saúde dos cidadãos e a população tem o direito de participar das decisões no campo da saúde.

Destacam-se estes componentes, a fim de priorizar a saúde como direito e a participação social na forma de elemento fundamental para equidade, o que contribui para melhorar a eficiência da promoção de saúde.

A discussão da estratégia da promoção da saúde foi reforçada em 1986, com a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa. Nesse evento, profissionais reunidos aprovaram a Carta de Ottawa, o mais importante documento, e marco conceitual da promoção da saúde. Definiram, então, a capacitação dos indivíduos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população, onde ratificando os preceitos

constitucionais de participação social, assim como a ação ambiental e ação política e ainda, a mudança do estilo de vida (BRASIL, 2001).

Na Carta de Ottawa, encontram-se alguns campos centrais de ação, citados por Buss (2000), entre os quais a criação de ambientes favoráveis à saúde e desenvolvimento de habilidades pessoais.

Na **criação de ambientes favoráveis à saúde**, é possível acompanhar, de modo sistemático, o impacto que as mudanças no meio ambiente produzem à saúde, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a esta, ou seja, o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade, implicando também o reconhecimento da complexidade das sociedades e das relações de interdependência entre diversos setores, na proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais.

O **desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais** está entre os campos de prática da promoção da saúde e encontra-se em todas as etapas da vida. Para tanto, é imprescindível a divulgação de informações sobre a educação para a saúde, o que deve ocorrer no lar, na escola, no trabalho e em muitos outros espaços coletivos. É um componente da Carta de Ottawa que recupera a dimensão da educação em saúde e o processo de capacitação, ou seja, de poder político por parte dos indivíduos e da comunidade.

Como se vê, o tema “ambientes favoráveis”, sua criação e desenvolvimento apresentam grande importância dentro do contexto da promoção de saúde. A III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Sundsvall, na Suécia, em 1991, teve o grande papel de ressaltar o tema ambiente, o que não restringe apenas à dimensão física ou natural, mas também enfatiza as dimensões sociais, econômica, política e cultural.

O documento desta Conferência insiste na viabilidade da criação de ambientes favoráveis, e surge assim a denominada pirâmide dos ambientes favoráveis de Sundsvall. Nesta, a educação está no topo, seguida por alimentação e nutrição, moradia e vizinhança, apoio e atenção social, trabalho e transporte.

O trabalho da educação manifestado pela escola dissemina a proposta para um espaço de desenvolvimento de ações de inclusão e promoção da saúde. A escola apresenta, ao longo do tempo, diversas significações no que diz respeito à sua função social, missão e organização, de modo que, atualmente, se mostra como um espaço social em que são desenvolvidos processos de ensino e aprendizagem que articulam ações de natureza diversa, envolvendo seu ambiente.

O conceito de promoção da saúde, que reforça a importância da ação ambiental e da ação política, bem como a mudança do estilo de vida, contribui para a dimensão comportamental do conceito de QV. De acordo com Castro, Cunha e Akerman (2005), na Filosofia, a análise sobre QV é dirigida ao bem-estar, à vida confortável e à felicidade. Neste contexto, os conceitos de promoção da saúde e QV são igualitários em seus princípios e objetivos.

Consoante essa mudança de paradigma, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas para o setor nos campos da promoção da saúde e da prevenção de doenças (SEIDL; ZANNON, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, o período escolar é fundamental para promover saúde. Na escola, as crianças e jovens passam parte considerável da vida, além de seu ambiente ser importante para a concretização de ações que promovam melhorias na qualidade de vida. Segundo Stewart-Brown (2006), a escola que aspira a ser uma escola promotora de saúde tem que focar o desenvolvimento de programas que promovam saúde e o envolvimento da comunidade.

Considerando esta necessidade em desenvolver ações de saúde no espaço das escolas, Pedrosa (2007) ressalta que a iniciativa da Escola Promotora de Saúde considera as interfaces do espaço escolar com a sociedade e o compromisso com as condições de vida das gerações futuras.

A escola passa a ser mais do que um ambiente focado no ensino aprendizagem, mas também um meio para estabelecer vidas saudáveis e de verdadeiros cidadãos. Neste âmbito, a promoção da saúde participa do espaço escolar, retratando alguns princípios que norteiam a sua prática: integralidade, equidade e intersetorialidade.

A **integralidade** implica articulação e sintonia entre as estratégias de promoção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, individual e coletivamente. Fazem o acolhimento da história, e condições de vida, suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e potencialidades na elaboração dos projetos e da organização do trabalho sanitário (BRASIL, 2001).

A **equidade** ocupa espaço relevante nas discussões das políticas sociais, de maneira geral, e no campo da promoção da saúde, em particular. Todas as cartas e declarações das conferências internacionais de promoção da saúde ressaltam que a equidade tem o objetivo de garantir acesso universal à saúde e está relacionada a justiça social. Seus objetivos são: “eliminar

as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito ao bem-estar” (BRASIL, 2001; WESTPHAL, 2006).

A **intersetorialidade** é o conjunto de ações no ambiente social, político, educacional, físico, econômico, cultural e de serviços de saúde para proporcionar condições saudáveis e prevenir o surgimento de doenças nos indivíduos e na coletividade. Nesse sentido, Mendes (2002) explica que a intersetorialidade como princípio da promoção de saúde, reconhece e chancela a multiplicidade de perspectivas sobre a realidade complexa.

A promoção da saúde, tendo em vista a concepção ampliada de saúde e os seus determinantes, deverá centrar-se no esforço em criar políticas públicas sinérgicas e/ou integradas, focando também na prática do diálogo e de ações intersetoriais.

Neste contexto, a promoção da saúde significa uma intervenção que depende da articulação intersetorial e da participação social, voltada para a consecução do direito à saúde, mediante ações voltadas para a melhoria das condições de vida, que podem ocorrer nos espaços dos serviços de saúde, do parlamento e das comunidades, sendo fundamentadas por aportes multidisciplinares que necessitam de estratégias para serem realizadas. Uma delas encontra-se na educação em saúde. (PEDROSA, 2007, p.43).

Nessa direção, é fundamental que a perspectiva intersetorial contemple o acompanhamento de debate, elaboração, pactuação e implantação de políticas públicas ligadas aos outros setores que provoquem impacto na saúde de sujeitos e coletivos, como é o caso da escola, que garante o controle social e as condições de saúde da comunidade escolar.

Ainda ocorre, no entanto, o fracasso no que diz respeito à iniciativa intersetorial. Neste âmbito, com o objetivo de formular diretrizes para a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola, os Ministérios da Saúde e da Educação assinaram as Portarias Interministeriais nº 749/05 e nº 1. 820/06, constituindo a Câmara Intersetorial de Educação em Saúde na Escola, com o objetivo de delatar diretrizes para elaborar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola.

A escola, como local de promoção da saúde, apresenta um ambiente salutar e, em suas programações, propicia a capacitação do aluno para condutas e atitudes que proporcionem melhor qualidade de vida, o que refletirá no bem-estar nas dimensões física, psíquica e social.

Neste sentido, [...] a escola como elemento de transformação social será capaz de mobilizar ações que concretizem os ideais da promoção da saúde para alcançar a equidade. Entendemos que quando a escola se descobrir como um

espaço democrático, onde professores, alunos e família se eduquem mutuamente, será possível a socialização da promoção de saúde. (CATRIB et al, 2003, p.42).

De acordo com Westphal (2006), na busca pela QV, a proposta da promoção de saúde, em seus pressupostos conceituais e operativos, supõe, entre outros aspectos, que a população deva participar na definição da política, no controle social e na avaliação das ações e serviços dela decorrentes. Contempla, portanto, a participação social e política da população, tendo em vista o atendimento das necessidades, das demandas e dos interesses das organizações da sociedade civil.

A escola, como espaço de inclusão e promoção de saúde, fomenta a participação social e mobilização da edificação coletiva de projetos de vida saudável, com o objetivo de contribuir na melhoria e eficiência da promoção de saúde na escola, surgindo a escola promotora de saúde, uma iniciativa que apóia os setores da saúde e educação.

A Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde (IREPS) teve como antecedente a Rede Européia de Escolas Promotoras de Saúde, caracterizada como estratégia de caráter mundial, articulada pela OMS, em 1992. Foi impulsionada pela OPAS e a Oficina Regional da OMS, desde o ano de 1995, com o propósito de fortalecer a capacidade dos países da América Latina e no Caribe na área da saúde escolar, ampliando a colaboração entre os setores Saúde e Educação, incluindo apoio e cooperação dos pais, da comunidade e impulsionando políticas na comunidade escolar (CERQUEIRA, 2002; IPPOLITO-SHEPERD, 2002).

Com estas mesmas idéias, o Plano de Ação 2003-2012 da IREPS, ressalta um planejamento estratégico na execução de programas no âmbito escolar, que inclui educação para a saúde e capacitação em habilidades para a vida, que facilitam a adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, a criação e a manutenção de ambientes saudáveis, que facilitam o aprendizado e a adoção de hábitos saudáveis, na provisão de serviços de saúde e alimentação, quando esta for necessária, como também de promoção de saúde (IPPOLITO-SHEPERD, 2003).

Stewart-Brown (2006), com similar enfoque, acentua que a Escola Promotora de Saúde é definida como programa onde escolas utilizam princípios da OMS e promovem saúde, articulando de forma ativa programas e atividades curriculares, envolvendo a escola junto à comunidade, famílias e alunos. Nesse sentido, pode-se destacar a escola promotora de saúde na

forma de um ambiente propício à difusão de uma vida saudável mediante a participação social e uma estratégia política pública.

Leonello e Abbate (2006), sobre educação em saúde no espaço escolar, numa abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em Pedagogia, concluem que o maior desafio para a melhoria das condições de vida da população e, conseqüentemente, da promoção da saúde, passa por um maior comprometimento das instâncias governamentais, pelo processo de planejamento e efetivação de políticas públicas saudáveis. É igualmente instigante, no entanto, a tentativa de, mediante uma mobilização coletiva consciente e crítica, envolver o conjunto de agentes sociais incluídos nesse processo, profissionais de saúde, de educação e a própria comunidade.

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (2006) para o biênio 2006-2007, foi incentivada a importância em articular o Ministério da Educação com as secretarias municipais e estaduais de saúde para promoção da saúde no espaço escolar.

Para alcançar esse objetivo, em 2007, a OMS e o Consórcio Pan-Canadense de Saúde Escolar patrocinaram uma reunião técnica sobre construção de parcerias para a saúde, o aprendizado e o desenvolvimento (Vancouver - Canadá, de 5 a 8 de junho de 2007), com a participação de peritos em educação e saúde de quase 30 países e agências das Nações Unidas. A reunião aproveitou a experiência acumulada para desenvolver estratégias que permitam que as escolas respondam mais efetivamente às preocupações sanitárias atuais e emergentes, bem como aos desafios de desenvolvimento (OMS, 2007).

Em Brasília (outubro de 2007), foi desenvolvida a Reunião Iberoamericana, e, como resultado desta, foi lançado um resumo com notas para reflexão sobre a Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde da OPAS. Essa reflexão tem, acima de tudo, o objetivo de ajudar a orientar o caminho no ponto de vista estratégico. Foi, então, proposta uma reflexão sobre alguns temas que nos parecem relevantes para o desenvolvimento das escolas promotoras de saúde nos próximos anos. Foram referidos, com base nas escolas promotoras de saúde “de dentro” do setor educação, os eixos de intervenções e algumas linhas de reflexão para agir com o setor educacional. No papel do setor saúde, foram descritos orientações para ação no setor saúde (FERNÁNDEZ et al., 2007).

O grande desafio, no entanto, para a elaboração de políticas públicas saudáveis, intersetoriais, segundo Westphal e Ziglio (1999), é superar a dificuldade para implementá-las, em

razão da persistência da lógica setorial, da fragmentação de desarticulação do modelo administrativo tradicional. Exige uma mudança radical das práticas e na cultura organizacional das administrações municipais, pressupondo superar a fragmentação na gestão das políticas públicas.

Deve-se considerar este desafio, como interfaces da sociedade atual, devendo ser interpretadas de maneira motivacional a uma mudança, por meio de estratégias e ações, como as da escola promotora de saúde.

De acordo com as idéias de Silveira e Pereira (2004), a proposta da Escola Promotora de Saúde revela um avanço do sistema de ensino brasileiro e oferece um panorama promissor nas questões de educação, pois favorece a flexibilidade e a adequação dos conteúdos a diferentes realidades, cria e desencadeia a descentralização de poder, estimula criatividade e autonomia na elaboração do projeto pedagógico, encoraja a participação da comunidade e busca trabalhar junto à parceiros visando a adequação e ao aperfeiçoamento do projeto escolar.

A Terapia Ocupacional por intermédio das ocupações preventivas, segundo Berezin et al. (2005), pode atuar nesta escola, na prevenção da enfermidade, na promoção da saúde e bem-estar do indivíduo e da comunidade mediante o uso das atividades significativas.

Moura et al. (2007) ressaltam que a idéia de promoção da saúde é debatida em todo o Mundo, na perspectiva da melhoria de condições de saúde, e que é considerada uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde.

Esta idéia sugere ajudar nos problemas da criança com deficiência, que se relacionam com questões concernentes à participação na sociedade, significando que tais indivíduos e suas famílias estão excluídos de muitas situações e oportunidades normalmente disponíveis para outras pessoas. O conceito de QV converte-se em algo central na política social e no desenvolvimento de ambientes que permitam o acesso de todos os indivíduos a lugares e recursos, sendo, então, QV definida como um produto de interação da pessoa com o ambiente (SCHALOCK; VERDUGO, 2003).

Um dos pontos para os programas de educação para a saúde nas escolas serem integrais, é promover o desenvolvimento e a conservação de ambientes escolares saudáveis (IPPOLITO-SHEPERD, 2003), o que torna a escola promotora de saúde livre de preconceitos e diferenças.

[...] uma das vocações essenciais da educação do futuro será o exame e o estudo da complexidade humana. Conduziria à tomada de conhecimento, por conseguinte, de consciência, da condição comum a todos os humanos e da muito rica e necessária diversidade dos indivíduos, dos povos das culturas, sobre nosso enraizamento como cidadãos da Terra [...]. (MORIN 2001, p. 61).

A escola promotora de saúde, portanto, pretende alcançar estilos de vida saudáveis para toda a população escolar, por meio do desenvolvimento de ambientes saudáveis que conduzam à promoção de saúde. Isso oferece oportunidade e requer utilização de estratégias adequadas para estabelecimento e manutenção de ambientes saudáveis, agradáveis e envolventes (PELICIONE; TORRES, 1999).

Este trabalho fundamenta-se então, em aproximar estes conceitos de inclusão, promoção de saúde na escola e QV, como alicerce no alcance dos objetivos propostos em relação à criança com deficiência intelectual.

Na idéia de que o papel da escola promotora de saúde visa a atingir ações e condições de vida saudável, no ambiente educacional, encontra-se, em sua teoria, convergência com o papel da escola inclusiva. Ambas planejam a capacitação em habilidades para a vida que promovem adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, a criação e desenvolvimento de ambientes favoráveis e a promoção de uma vida ativa.

Considerando a semelhança nos princípios, filosofia e valores, entre a escola promotora de saúde e a escola inclusiva, identificam-se de forma breve no quadro seguinte, algumas convergências entre estas duas posições teóricas, das quais derivam implicações práticas. Baseia-se nas estratégias e linhas de ações 2003-2012 (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003) e documentos orientadores no âmbito internacional (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948; Declaração de Jomtien, 1990; Declaração de Salamanca, 1994).

Quadro 1 – Convergências Teóricas entre a Escola Promotora de Saúde e a Escola Inclusiva.

ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE	ESCOLA INCLUSIVA	CONVERGÊNCIAS
Fomenta o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e atitudes para que as pessoas possam cuidar da sua saúde e dos outros e reduzir o mínimo dos comportamentos de risco; Fortalecer aqueles fatores que favorecem o desenvolvimento humano; Apoio à difusão e inclusão do enfoque de habilidades para a vida como um componente dos programas de educação para a saúde com enfoque integral em um ambiente escolar.	Assegura o desenvolvimento pessoal e social; Oferecer aprendizagem de acordo com as características, interesses, capacidades e necessidades que são próprios a cada aluno.	Habilidades para vida
Provisão de serviços de saúde, nutrição sadia e vida ativa; As escolas são instituições onde os estudantes podem ter acesso a informação, o conhecimento, o exemplo e o apoio necessários para desenvolver hábitos e estilos de vida saudáveis; Promover a construção de um clima de interação harmônica, amável, respeitosa de direitos humanos, equitativa e livre de qualquer forma de violência entre seus membros através da tolerância, democracia e solidariedade.	Combater atitudes discriminatórias; Construir uma sociedade integradora e dar educação para todos.	Estilo de vida e comportamentos saudios
Promover o desenvolvimento e conservação de ambientes escolares saudáveis; Ajudar os membros da comunidade educativa na tomada de decisões para promover a saúde de outros; Capacitar recursos humanos em promoção da saúde em ambiente escolar; Fortalecer a participação comunitária nas escolas.	Criar comunidades acolhedoras; Promover e facilitar a participação dos pais, comunidades e organizações de pessoas com deficiência, no planejamento e no processo de tomada de decisões, para atender a alunos e alunas com necessidades educacionais especiais; Assegurar que, num contexto de mudança sistemática, os programas de formação do professorado, tanto inicial como contínua, estejam voltados às necessidades educacionais especiais.	Ambientes favoráveis

FONTE: Estratégias e Linhas de Ações 2003-2012 (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003) e Documentos Orientadores no Âmbito Internacional (Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948; Declaração de Jomtien, 1990; Declaração de Salamanca, 1994).

Considera-se que tanto a escola promotora de saúde quanto a inclusiva contemplam, em sua teoria, assim como aspiram para a sua prática, o desenvolvimento de habilidades para a vida, a promoção de estilos de vida e comportamentos saudios e a criação e conservação de ambientes favoráveis.

Dentre as convergências teóricas aqui citadas, visualiza-se a noção de que, em ambas, há o respeito à capacidade e necessidade dos alunos, assegurando a equidade e os direitos humanos, da mesma forma que a importância na participação pública intersetorial, familiar e comunitária junto à equipe escolar.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

O caminho metodológico com base no objeto de estudo teve natureza descritiva, do tipo qualitativo, pois foi trabalhado o conhecimento da realidade social inserida num âmbito educacional, sendo a pesquisa qualitativa útil na interpretação dos fenômenos sociais, além de ser usada para desvelar, de forma realmente independente, processos sociais, ou acessar áreas da vida social, não aberta ou receptiva à pesquisa quantitativa (POPE; MAYS, 2005).

De acordo com Façanha (2001), a pesquisa qualitativa possibilita compreender a vida das pessoas, detalhes de vidas pessoais, mais difíceis de abordar por outros métodos, o contexto dos comportamentos de saúde e de resultados de programas. Favorece o recebimento de informações inesperadas, por meio das entrevistas em profundidade e das perguntas abertas, e considera com a mesma importância tanto às informações obtidas de maneira formal quanto informal. Produz informações ricas e detalhadas que mantêm intactas as perspectivas dos participantes.

Segundo Minayo (2002), o método qualitativo se aplica ao estudo da história das relações, representações, crenças, percepções e opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam.

Esta pesquisa foi desenvolvida à luz da epistemologia qualitativa, segundo González Rey (2005), que defende o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, o que de fato implica compreender o conhecimento como produção e não como apropriação linear de uma realidade.

O mesmo autor refere-se à pesquisa como processo de comunicação organizado progressivamente e que permite e estimula a expressão dos sujeitos por meio do lugar por eles ocupado em tal processo e também por vias mais significativas para ele (a), as quais vão sendo conhecidas no curso da própria pesquisa.

Assim, González Rey (2005) explica a comunicação como via privilegiada para conhecer as configurações e os processos de sentido subjetivo que caracterizam os sujeitos

individuais e que permitem conhecer o modo como as diversas condições objetivas da vida social afetam o homem.

Por intermédio da comunicação, não se conhecem apenas os diferentes processos simbólicos organizados e recriados nesse processo, pois está se tentando conhecer outro nível diferenciado da produção social, acessível ao conhecimento somente por meio do estudo diferenciado dos sujeitos que compartilham um evento ou uma condição social.

Uma vez, pois, que este estudo abordou processos subjetivos no contexto da qualidade de vida e da inclusão escolar, foram necessárias epistemologia e metodologia específicas, compatíveis com os princípios fundamentais da Epistemologia Qualitativa, de González Rey (2002), que se apóia em três princípios básicos: primeiro, o conhecimento é uma produção construtivo-interpretativa em que a feitura do conhecimento acontece pela interpretação do pesquisador, e esta interpretação é que vai dar sentido às manifestações do estudado. Segundo, diz respeito ao caráter interativo do processo de produção do conhecimento, ou seja, a pesquisa é entendida como um processo dialógico. E, por último, a importância da singularidade, como nível legítimo da produção do conhecimento, que representa um aspecto fundamental a ser considerado, por visualizar este sujeito em sua forma única e diferenciada.

Assim, nessa abordagem, há o reconhecimento de que o pesquisador faz parte do fenômeno e nele interfere, sendo a pesquisa entendida como processo dialógico entre o pesquisador e os sujeitos estudados.

4.2 Locus da Pesquisa

O estudo foi desenvolvido em uma escola da rede pública municipal de Cascavel, Ceará - Escola de Ensino Fundamental Abdon Dantas de Almeida - localizada na rua Eufrásio Dantas, s/n (Rodovia CE 253), Guanacés-Cascavel-CE.

O Município de Cascavel, no Estado do Ceará, situa-se a, aproximadamente, 60 km da capital, Fortaleza, com estimativa em 2006 de 64.256 habitantes e sua economia está baseada na produção de caju, coco-da-baia, cana-de-açúcar, mandioca, milho e feijão. Na pecuária, bovinos, suínos e aves.

Apresenta-se como município-pólo de educação, adota a meta da Política Nacional de Educação Inclusiva do Ministério Público, apresentando o princípio de acesso de alunos com deficiência às escolas e classes comuns da rede regular.

A escolha da referida instituição para o desenvolvimento da pesquisa ocorrem por ser uma das escolas vinculadas ao Município em que a pesquisadora trabalha como terapeuta ocupacional, atendendo, no ambulatório municipal, pessoas com deficiência e dificuldades de aprendizagem. Entre as escolas do Município de Cascavel – CE, esta é a que tem o maior número de alunos matriculados com deficiência intelectual (Secretaria de Educação do Município de Cascavel, s/d).

A escola em estudo funciona os três turnos, com a média de 30 alunos por turma. Conta com cerca de 753 alunos, 450 no turno da manhã, 284 no turno da tarde e 119 no turno da noite, dentre os quais dezesseis são estudantes com deficiência intelectual, quatro com deficiências múltiplas, um com surdez, um com deficiência física e seis com condutas típicas. Apresenta uma área total de 1180 m², 714 m² de área construída e 466 m² de área não edificada, com temperatura quente durante os recreios e sem recursos para área de lazer dos alunos, 11 salas de aula, dos quais onde funciona a sala de apoio nos turnos da tarde e da noite, 6 banheiros (3 masculinos e 3 femininos), não adaptados para pessoas com deficiência, 1 sala integrada, com direção, coordenação e secretaria, e 1 cantina.

4.3 Participantes do Estudo

Foram identificados como participantes do estudo cinco alunos com deficiência intelectual do Ensino Fundamental, com idade entre seis e doze anos, matriculados na Escola de Ensino Fundamental Abdon Dantas de Almeida. O perfil selecionado levou em consideração a importância da faixa etária, uma vez que a promoção de saúde e o estabelecimento de estratégias têm mais possibilidade de eficácia em crianças.

Também participaram da pesquisa cinco pais ou responsáveis e quatro professores dos alunos em estudo. Tendo como critério de inclusão a assiduidade, foram excluídos da pesquisa os informantes que não aceitaram desta participar. Como nesta investigação o foco central está nas crianças com deficiência intelectual, apresentar-se-ão as características gerais destas. Para

preservar a identidade dos participantes, foram utilizadas as iniciais C, para as crianças, M para as mães e P para os professores.

C1 – 7 anos, sexo masculino, matriculado desde o início de 2006, está no 2º ano do Ensino Fundamental, turma B, no turno da tarde. A mãe tem o Ensino Fundamental incompleto. A professora tem 29 anos, com Licenciatura em Linguagens e Códigos e especialização em Alfabetização (em andamento), apresenta capacitação em Educação Inclusiva (80h/a- 2006), há 7 anos trabalha na escola como efetiva, com experiência de aproximadamente este tempo com alunos com NEE. A criança refere gostar de estudar, demonstra interesse pelas atividades escolares, tem boa comunicação e independência para alimentação. Apresenta cicatriz de lábio leporino e está com problema não especificado na visão, mostrando-se com os dois olhos lacrimejando constantemente.

C2 – 11 anos, sexo masculino, iniciou a vida escolar em 2003 e matriculou-se na escola em estudo no início de 2006. Está no 2º ano do ensino fundamental, turma B, no turno da tarde. A mãe tem o Ensino Fundamental completo. A professora tem 36 anos, com Licenciatura Plena (Pedagogia) pela Universidade Vale do Acaraú (UVA), não tem especialização, apresenta capacitação em Educação Inclusiva (80h/a- 2006), e há 14 anos trabalha na escola como efetiva. Tem experiência de aproximadamente 6 anos com alunos com NEE. O aluno não permanece em tempo integral na sala de aula, pois ainda não se adaptou. Chora com facilidade quando é contrariado, solicitando com frequência a ajuda da professora, por isso é levado para sala de apoio no mesmo horário da aula regular. É uma criança independente para alimentação, fala normalmente, porém às vezes apresenta repetições de palavras, dificultando a comunicação.

C3 - 7 anos, sexo feminino, matriculada desde 2005. Está no 2º ano do ensino fundamental, turma A, no turno da manhã. Sua mãe tem o Ensino Fundamental Incompleto e seu pai é alfabetizado. Sua professora é a mesma da criança C2. Inicialmente não gostava de ir à escola, segundo a mãe e a professora, era uma criança “anti-social” (com dificuldade nas relações interpessoais), muito quieta ao ponto de não sair da cadeira até ser retirada de lá Não falava nada e não realizava nenhuma atividade. Hoje, ainda é uma aluna quieta, prefere ficar calada, mas já fala, realiza as tarefas e participa junto com os colegas de atividades socializantes.

C4 - 11 anos, sexo masculino, matriculado desde início de 2003. Está no 3º ano do ensino fundamental, turma B, no turno da manhã. Os pais têm o Ensino Fundamental incompleto. A professora tem 39 anos, com Licenciatura em Ciências Humanas na Universidade Federal do

Ceará (UFC), não tem especialização, apresenta capacitação em Educação Inclusiva (80h/a-2006). Há 14 anos trabalha na escola como efetiva, com experiência de aproximadamente 10 anos com alunos com NEE. A criança é adotada e a mãe se mostra muito otimista quanto à evolução do filho, porém o mimar e o infantilizar. É independente para alimentação, tem boa comunicação e expressividade, apresenta um significativo caráter de competitividade.

C5 - 12 anos, sexo masculino, matriculado desde o início de 2004. Está no 2º ano do Ensino Fundamental, matriculado na turma B, no turno da tarde. A mãe tem o Ensino Fundamental incompleto e o pai tem nível superior e cursa especialização em História. A professora é a mesma da referida criança C2. O aluno apresenta problema de incontinência urinária, que o leva à baixa auto-estima e prejudica a assiduidade. O pai refere que a mãe não cuida do filho e que a criança entende esta situação. Necessita de ajuda para higiene. É independente para alimentação e apresenta boa comunicação.

4.4 Trajetória da Pesquisa

Para que esta pesquisa pudesse ser realizada, primeiramente foi levada à Secretaria de Educação do Município de Cascavel-CE a idéia do projeto de pesquisa, a qual foi bem aceita pela coordenadora do Núcleo de Educação Especial. Em seguida, foi realizada uma visita à escola, visando apresentar a proposta do estudo e solicitar à direção que autorizasse para o desenvolvimento da pesquisa (APÊNDICE).

Após a concordância, foi feito um convite aos possíveis informantes, por meio de cartas para um momento de interação, que aconteceu de forma separada em maio/2007 em uma sala da escola. Foram feitos três grupos: um de crianças, um de pais e outro de professores. Nesses grupos, conforme o perfil abordou-se a temática e foi feito o convite para a participação do estudo. Foi possibilitado a estes fazer perguntas, expor dúvidas sobre a pesquisa e posicionar-se ante a proposta de participação no estudo.

Neste espaço, foi preparado o que González Rey (2005) chama de cenário de pesquisa, ou seja, a fundação daquele espaço social que caracteriza o desenvolvimento da pesquisa e que está orientado a promover o envolvimento dos participantes, no caso, os alunos com deficiência intelectual, seus respectivos pais e professores.

Foi precisamente na criação de tal cenário que as pessoas tomaram a decisão de participar da pesquisa, e a pesquisadora ganhou confiança e se familiarizou com os participantes e com o contexto em que desenvolveu a investigação.

Em seguida, aqueles que aceitaram participar, assim como permitiram que seus filhos participassem, foram orientados a proceder com a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE) para que todas as dúvidas acerca da pesquisa fossem esclarecidas e, logo depois das concordâncias, foram convidados a assinar o termo.

Posteriormente, iniciou-se o planejamento dos encontros individuais com os participantes, de acordo com o horário conveniente para todos, para definir a data em que a pesquisadora compareceria à escola.

4.5 Instrumentos e Procedimentos

Após serem identificados e firmados os compromissos, mediante a assinatura do Termo de Consentimento, os pais e professores foram orientados inicialmente a responder a uma entrevista semi-estruturada sobre o desenvolvimento pessoal e atividade das crianças com deficiência intelectual, uma das dimensões da QV, selecionada com relação a um dos campos de ação da promoção da saúde, ou seja, desenvolvimento de habilidades pessoais, focando estas na própria percepção da criança.

Em seguida, foi criada uma situação lúdica, permitindo uma atmosfera leve e informal, oportunidade em que as crianças responderam, de acordo com a sua percepção, a duas perguntas, com ajuda de desenhos ilustrativos, lembrando que o uso de imagens como facilitador na pesquisa de QV em crianças é destacado por Eiser, Morse (2001) e Sabeh, Verdugo e Prieto (2006).

Entre os instrumentos mais utilizados pelas diferentes ciências antropológicas, está a entrevista, que é um instrumento associado ao estudo de representações e de crenças conscientes do sujeito, diante do qual esse sujeito prepara respostas mediadas por sua intencionalidade, tanto para estudar representações conscientes do sujeito como para conhecer aspectos que ele possa descrever diretamente (GONZÁLEZ REY, 2005).

Bastos (2007) complementa, definindo entrevista como uma comunicação verbal entre duas ou mais pessoas, especialmente indicada para o levantamento de experiências, apresenta uma natureza interativa e busca o aprofundamento do assunto mediante a conversação.

Foi ainda utilizada a observação participante, tratando-se da observação como base de toda indagação científica (POPE; MAYS, 2005). Também foi usado um diário de campo, instrumento de registro de dados do pesquisador (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000), com o objetivo de documentar os passos para realização desta busca.

Para melhor compreensão, serão descritas as fases da coleta de dados, que foi realizada no período de maio a junho de 2007.

Primeira fase

Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE) que, nesta pesquisa, abordou uma das cinco dimensões com base em Sabeh, Verdugo e Prieto (2006), ou seja, desenvolvimento pessoal e atividades das crianças em estudo.

Na entrevista, foram elaboradas seis perguntas para analisar o desenvolvimento pessoal e as atividades. Estas foram criadas com auxílio dos professores e dos pais, no momento da criação do cenário de pesquisa acima descrito, e tiveram como finalidade a busca de elementos relevantes que pudessem contribuir para análise e discussão das informações.

Em uma das questões, no final da entrevista, foi pedido para eles identificarem facilitadores e barreiras que interferem no desenvolvimento pessoal e atividades das crianças com deficiência intelectual incluídas na escola como base para uma estratégia de promoção da saúde na escola. Por meio destes momentos dialógicos, foi possível observar os tipos de discursos estabelecidos, imprescindíveis para a qualidade da informação produzida pela pesquisa.

Segunda fase

Nesta fase, as crianças vivenciaram um momento lúdico com a pesquisadora, a fim de responder, de forma individual, duas perguntas subjetivas de um roteiro de entrevista em situação lúdica (APÊNDICE). Naquele momento, foram utilizados desenhos de duas faces (ANEXO),

uma feliz e outra triste, dirigidas a estabelecer empatia com as crianças e facilitar a resposta quanto ao que as deixam felizes e o que as fazem tristes na escola.

As faces, como instrumentos de apoio, foram utilizadas, com objetivos explícitos de produzir informações e não de classificá-las a partir do próprio instrumento, dissecando a riqueza e a complexidade do sujeito que as expressa. Essas expressões são simbólicas e não escritas.

Após o relato do que as deixava feliz e triste, foi sugerido que cada criança desenhasse a figura de uma criança feliz ou triste, e, após o desenho concluído, foi perguntado o motivo de a criança desenhada estar feliz ou triste, sobre o que a levou a sorrir ou a chorar. Com o objetivo de se obter informação acerca do estado emocional e desejos atuais da criança em relação à escola, abriu-se um caminho para a comunicação com a criança, proporcionando um rico momento dialógico.

O uso de figuras foi uma via privilegiada na pesquisa com as crianças, pois criou uma atmosfera lúdica, na qual ela se expressou com total espontaneidade. As figuras foram utilizadas nas perguntas às crianças, facilitando o entendimento das questões solicitadas.

As etapas de coleta de dados e análise de informação aparecem na pesquisa qualitativa como um *continuum* em que se interpenetram, o que, por sua vez, enseja a necessidade de buscar mais informação e de usar novos instrumentos (GONZÁLEZ REY, 2002).

4.6 Preceitos Éticos

A pesquisa seguiu o que expressa a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de 10/10/96, o qual regula investigações científicas com seres humanos, com base nos referenciais básicos da Bioética – autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza e aprovado, conforme o Parecer nº 115/2007 (ANEXO).

Antes do início da coleta, os objetivos da pesquisa foram explicados, apresentando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pais e professores, que deveriam assiná-lo, permanecendo-se com uma cópia. Eles foram orientados no sentido de que a sua participação ou recusa não interferiria posteriormente, em forma alguma, nas atividades e permanência dos alunos e professores na escola.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

Após os encontros com os participantes da pesquisa, as informações obtidas mediante os instrumentos utilizados, foram transcritas e analisadas, permitindo a produção de idéias e hipóteses, ou seja, as respostas das perguntas, tanto da criança quanto dos pais e professores, foram transcritas na íntegra e analisadas como via de elaboração de informações.

A formulação das informações foi regida por um modelo que representa uma síntese teórica em decurso permanente, sendo desenvolvida pela pesquisadora em sua trajetória pelo momento empírico.

A maior inovação dessa proposta foi o uso de indicadores para o desenvolvimento permanente de hipóteses que dão lugar a esse modelo teórico em elaboração e que permitiu se visualizar, por via indireta, informações ocultas aos sujeitos que estão sendo estudados. As próprias expressões intencionais e diretas foram portadoras de informações implícitas não presentes na representação consciente dos sujeitos.

A análise seguiu a via da construção de informação, que favoreceu a elaboração de hipóteses e afirmações, tanto sobre o grupo estudado como acerca das questões que se focaliza nos objetivos.

5.1 Construção da informação

Foram consideradas as informações adquiridas em todos os instrumentos utilizados, respeitando a seleção e integração das informações, uma vez que o uso de instrumentos diferentes propiciou uma riqueza de informação com inúmeras possibilidades.

Usou-se como procedimento a leitura da entrevista, definindo hipóteses, tomando corpo, ao longo dessa leitura. Associados a estas questões, foram combinados os dados adquiridos em diário de campo, observação participante e produção gráfica (desenhos) das crianças, que enriqueceram a interpretação, legitimando a análise a formulação das informações.

Os instrumentos utilizados, conforme já se adiantou, destinaram-se a procurar nos participantes respostas sobre sua QV dentro da escola, ou seja, em seu processo de inclusão no contexto escolar. Não se pretendiam perguntas orientadas a respostas concretas, mas a expressão de trechos complexos de informações que propiciassem a obtenção dos aspectos que se pretendia

estudar. Com as perguntas, esperava-se que os pais e professores produzissem campos de sentido subjetivo em sua verbalização, relativamente ao que a criança pensava e agia com relação à sua QV.

Em sentido geral, as informações foram sendo tecidas e a construção da informação foi organizada segundo categorias, constituídas pelos indicadores da dimensão desenvolvimento pessoal e atividades.

Desempenho, progresso, resultados e satisfação pessoal com as atividades escolares de aprendizagem

Ao indagar como a criança, com deficiência intelectual, se observava quanto ao seu desempenho, progresso e resultados, foi comum a comparação entre o antes e o depois, ou seja, aquilo que não realizavam e atualmente já realizam ou realizam melhor. Observou-se este fato nas falas, principalmente dos pais, que percebem a evolução de seus filhos por meio da concretização de tarefas realizadas na escola.

“Ela fala em casa das tarefinhas que não fazia antes na escola e agora já faz [...] antes dava trabalho para ir à escola, agora se interessa e participa das atividades, antes do jeito que a sentava na cadeira, ela ficava até ir embora” (M3).

As crianças também observam seu progresso pelas tarefas, jogos, brincadeiras que já conseguem realizar, além de demonstrarem interesse e melhor realização nas atividades nas quais mais possuem habilidades, notando-se um importante ícone na escolha das atividades para estes alunos, ou seja, associar interesse e prazer com habilidade, de modo que o resultado seja um bom desempenho.

As professoras, entretanto, sentiram dificuldades em responder como as crianças notavam seu progresso, apenas mantinham o olhar e a observação de professora, com suas próprias conclusões. Como relata a professora das crianças C2, C3 e C5. “nunca tinha parado para pensar como meus alunos se vêem, ou se sentem!”.

Neste, indica a necessidade da melhor observação do professor, ou até mesmo de qualquer outro responsável dentro da equipe escolar, no sentido de manter um olhar mais direcionado para estas crianças, sobre seus desejos, ou também lhes despertar estes sentimentos e, assim, facilitar, mediante as atividades prazerosas, seu processo de ensino-aprendizagem. Outra

questão é como essa criança demonstra a percepção, em ambas as situações, a de conseguir ou não realizar as atividades.

“Quando ele não consegue fazer a tarefa, fica com cara de choro”. (M1).

“Quando acerta ou conclui uma atividade, ele fica alegre, fala ‘oba’, sorrir, mostra o que fez inclusive aos colegas, então eu dou os parabéns e ele fica muito alegre”. (P1).

Observa-se que as crianças demonstram satisfação pelas atividades, mostrando aquilo que realizam, por meio de gestos de alegria, o que expressa o prazer em gostar de demonstrar seu desempenho, além de saber quando este desempenho não foi favorável, pois da mesma forma expressam tristeza, quando muitas vezes até se recusam a realizar, dizendo que não sabem ou que não querem.

Este tipo de atitude estava claro no momento da observação participante pois, as crianças apresentavam a necessidade em mostrar o que sabiam realizar ou aquilo de que mais gostavam.

“Ele tem a necessidade de ficar mostrando o que conseguiu, diz, ‘olha tia, eu já terminei!’ Ou fica perguntando, ‘tia, está certo?’ ” (P4).

[...] o pouco que ele consegue fazer, ainda precisa de mim” (M4).

O adulto relata que “o pouco que a criança realiza, ainda é com insegurança”, revelando a idéia do desejo em ver a criança se tornar totalmente independente, o mais rápido possível.

O fato é que as crianças, por meio das suas atitudes, representam bem seus interesses e bom desempenho naquilo que gostam, mas também demonstram insegurança na realização destas atividades, buscando auxílio da professora ou até mesmo perguntando se está certo ou errado, se está bonito ou feio.

Como relata Fierro (2004), as crianças com deficiência intelectual costumam ter dependência afetiva e comportamental com relação às figuras adultas protetoras. Este apego certamente decorre do alto valor de sobrevivência para esta criança

“Quando ele faz alguma coisa só, ele pergunta, ‘está bom?’ ” (M2).

Observa-se que a mãe não apenas demonstra que seu filho é inseguro, mas também é incapaz de realizar algo sozinho, de assumir sua independência, de não poder viver sem ajuda de outra pessoa. São detalhes que cercam diariamente a rotina destas crianças com deficiência intelectual, fazendo com que, até mesmo, se achem incapazes, dependentes e desprotegidos.

Fierro (2004) acrescenta que, em geral, a pessoa com deficiência intelectual caracteriza-se por baixa auto-estima, como também por instabilidade emocional, sendo esta baixa auto-estima proveniente de dois fatores: a imagem que fazem dela e a percepção que tem da própria eficiência. E estes traços muitas vezes são aprendidos das experiências e do modo como foram tratadas pelos adultos.

“C2 é muito eufórico, sempre pede proteção, e minha atenção, ele tem que saber que eu não estou ali só para ele” (P2).

Para esta professora, mais do que o interesse pelo desenvolvimento e progresso do seu aluno, ela expressa o desejo em vê-lo independente de sua ajuda. Há uma unânime queixa, entre os professores, da dificuldade em dividir sua atenção entre um número grande de alunos e, em meio a estes, os alunos com deficiência. Os professores demonstram o grande sonho de ver sua sala de aula de forma homogênea, na preferência, com alunos quietos e obedientes.

Não se quer apontar a professora, pois suas questões são gerais e semelhantes a tantas outras do mundo. Esta realidade se deve a formação do professor e de suas práticas pedagógicas desenvolvidas atualmente com alunos que possuem NEE nas salas de aula de ensino comum, Freitas (2006) informa ser consensual se dizer que a formação de que dispõem os professores hoje, não contribui suficientemente para que seus alunos se desenvolvam como pessoas, tenham sucesso nas aprendizagens escolares e, principalmente, participem como cidadãos detentores de direitos e deveres na chamada sociedade do conhecimento.

Assim pretende-se refletir e formular a idéia de que a diversidade dentro da sala de aula existe, e, em vez de tentar homogeneizar os alunos, deve-se conhecê-los e elaborar estratégias para o alcance de seus objetivos educacionais. No caso das crianças com deficiência intelectual, tem-se que proporcionar condições mais completas de instrução, uma vez que estas apresentam atraso e resistência à instrução, necessitando do ensino mais ordenado e sistematizado.

Percepção que a criança tem de suas habilidades cognitivas e das oportunidades que tem para desenvolvê-las

As crianças têm formas peculiares de se comunicar, utilizando com frequência frases curtas e muitas vezes não verbais, dificultando ao adulto a leitura de suas respostas ou desejos,

necessitando-se da profunda observação das atitudes cotidianas e ante as situações semelhantes, o que fará possível destacar as idéias e vontades.

Por exemplo, uma criança recusou-se à realização de uma tarefa, falando “não quero fazer”, o que levou a professora de C2 considerar que a criança simplesmente não está com vontade. Em outra situação, P2 entendeu que a frase “não quero fazer” significava que a criança não queria, porque não sabia realizar a atividade.

A pessoa com déficit cognitivo tem, em particular, dificuldade para desenvolver comportamentos auto-referidos, relativos a si mesma, em observar-se, conhecer-se e cultivar a autoconsciência, o que demonstra a difícil tarefa de expor vontades e interesses, além da dificuldade de regular a própria conduta. Por esta razão, aconselha-se, na maioria dos casos, reforço às condutas que se pretende incrementar (FIERRO, 2004). Foi relatado que algumas das crianças expressaram o desejo de realizar o que os colegas estão realizando.

“[...] ele também pede tarefas iguais dos colegas, quando entrego atividades para os outros, ele me pergunta: ‘cadê a minha, tia!’, mesmo sem saber fazer” (P2).

Tal fato é revelador de que a subjetividade individual é constituída, também, por elementos do âmbito social, produzindo sentidos e significações ao longo de experiências e de relações interpessoais. Como relata González Rey (2002), a subjetividade é um sistema processual, plurideterminado, contraditório, em constante desenvolvimento, o qual tem papel essencial nas diferentes opções do sujeito.

Os pais e professores acreditam que a criança não tem percepção de sua habilidade cognitiva, mas, ao mesmo tempo relataram fatos que revelam o inverso.

“Ele costuma pedir tarefas e sempre tenta fazer, mesmo sem saber, quando não consegue pede ajuda à turma, com exceção das atividades com os numerais, estas ele não sabe e não tenta fazer”. (P1).

“Ele sempre escolhe as brincadeiras que gosta e que sabe fazer” (PROFESSORA DA SALA DE APOIO EM RELAÇÃO À C2).

Nota-se que as crianças percebem suas habilidades cognitivas, expressando a intenção de realizar e participar ativamente das atividades escolares, demonstrando, sobretudo também, a sua percepção das oportunidades que lhes são negadas, ou seja, segundo Elias e Assumpção Jr. (2006), o adulto, no caso, os professores, deixa em segundo plano algo bem mais relevante, que é o sujeito como ser subjetivo capaz de expressar sentimentos e emoções.

“Ele pede muito para tirar a tarefa do quadro e fica como se estivesse retirando, copiando (mesmo sem saber). Ele tem muita vontade de saber copiar!” (P1).

“A tia hoje não passou a minha tarefinha!” (C1).

“Eu fico quase chorando porque não consigo tirar da lousa [...] eles (os colegas) fazem o dever primeiro que eu, quando consigo fazer mais rápido, fico feliz” (C4).

“A sala regular tende a não colocar para os alunos o que eles realmente precisam, geralmente fazem atividades direcionadas e diferenciadas, não dando oportunidade para as crianças, e eu acho que elas notam, ficam às vezes retraídos, mas outras vezes falam, como foi o caso da festa junina, onde uma criança pediu para participar da quadrilha. Ele participou e se desempenhou muito bem. Quando lhe é oportunizado, eles participam se esforçam e é muito gratificante!” (PROFESSORA DA SALA DE APOIO).

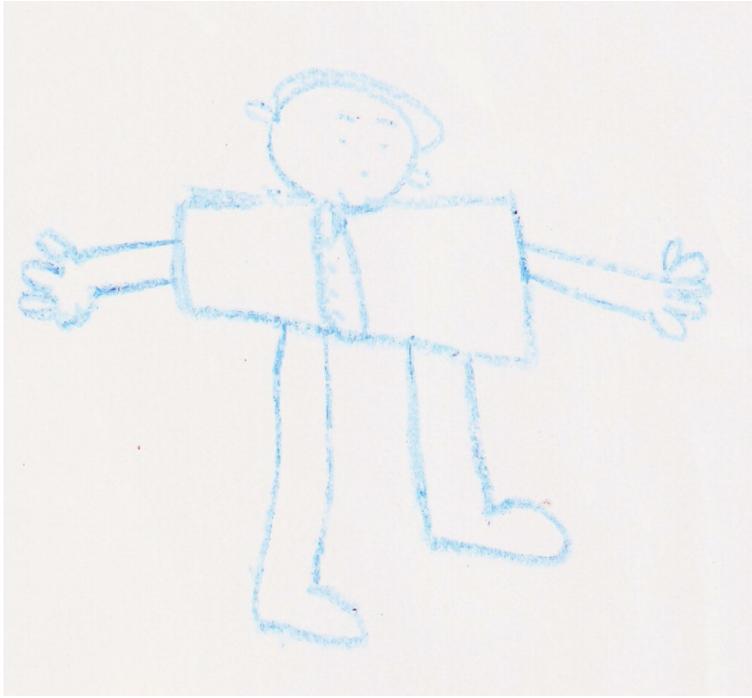
Sobre esta realidade, Elias e Assunção Jr. (2006) entendem que o que qualifica o desempenho é o que o indivíduo faz no seu ambiente, ou seja, a experiência vivida. E esta “experiência vivida da criança” é pressuposto do desempenho e da QV subjetiva, concluindo que não se pode supor que desempenho abaixo dos parâmetros da normalidade seja sinônimo de baixa QV, na medida em que representa o estado da criança.

Diante deste fato, é preciso que a escola seja um espaço aberto à criação, possibilidades e de exploração do potencial do aluno, gerando neste ambiente a melhoria da sua qualidade de vida. E esta teria que ser vivenciada por todos os que fazem parte do universo da escola, podendo ser favorecida pela ação da Educação em Saúde, que, conforme Silveira e Pereira (2004) é importante no espaço escolar, na medida em que colabora para que alunos, professores, funcionários técnico-administrativo e pais reavaliem seus estilos de vida em busca da melhor QV.

Nesse caminho, em um momento lúdico com as crianças, utilizando os instrumentos há pouco descritos, todas revelaram felicidade em fazer as tarefas da escola. Relatam que gostam quando a professora lhes dá deveres, principalmente aqueles que exigem a escrita e utilização de lápis e caderno.

“Ele está sorrindo porque fez cinco dever [...] bem rápido” (C4).

Figura 01 – Desenho da C4



Nota-se, porém, que, a equipe pedagógica não direciona de forma curricular as atividades escolares. Observa-se que os alunos com deficiência intelectual rotineiramente realizam atividades desiguais. Por exemplo, enquanto a turma copia do quadro, a criança citada realiza pintura. Vê-se que ocorre diferenciação no processo de ensino aprendizagem, não só nas estratégias, mas, sobretudo, no conteúdo e recursos utilizados.

Aparentemente, estes fatos corresponderiam às práticas de uma aula inclusiva, que, segundo Ferreira (2006), visa a responder à diversidade de estilos de aprendizagem na sala de aula com planejamento de várias atividades que abranjam os estilos de aprendizagem individual. Ao contrário da realidade observada, no entanto Guijarro (2005) diz que os grandes objetivos da educação devem ser os mesmos para todos os alunos, de modo a assegurar a igualdade de oportunidade e a futura inserção na sociedade. Assegurar uma aprendizagem básica para todos é adaptar e diversificar o currículo para dar respostas à diversidade de necessidades educacionais do aluno.

Fierro (2004) confirma, quando diz que basta adequar o currículo e conduzi-lo a seu último nível de concretização, e, quando as dificuldades são gerais e permanentes, devem-se fazer adaptações mais profundas, com uma variação significativa.

Acrescenta que “saber ler, com certeza, é muito necessário em nossa sociedade, mas o analfabetismo constitui uma limitação de ordem muito diferente que a deficiência mental. Há capacidades que, ao contrário, são imprescindíveis em qualquer tempo e em qualquer lugar: poder comunicar-se com os outros, poder assegurar seu alimento e outros bens necessários, identificar os riscos mais comuns da vida e desempenhar-se em face deles” (FIERRO, 2004, p. 204).

Com isto, a escola se propõe a ampliar a capacidade dos alunos e que eles aprendam não apenas conteúdos e habilidades, mas que desenvolvam identidade individual e papéis sociais, levando em consideração o fato de que as pessoas com deficiência intelectual não serão crianças para sempre e assim necessitam de autonomia e independência em seu comportamento.

Frequência e oportunidade de experiências de ócio e tempo livre

O momento reservado ao ócio e tempo livre para as crianças na escola é a hora do recreio, quando elas elaboram livremente suas brincadeiras e colocam suas regras, se relacionam e conversam livremente.

Para Verdugo (2002), o ócio, assim como outras vivências, favorecem o crescimento e desenvolvimento pessoal e, dentro do ambiente escolar, os leva a ter experiências de escolhas e tomadas de decisões, competência (aprendizagem e execução de atividades) e participação comunitária.

Chama a atenção, no entanto o fato de que estas oportunidades, na maioria das vezes, estão sendo negadas às crianças com deficiência, no caso, as crianças com deficiência intelectual do estudo.

Da mesma forma Jurdi e Amiralian (2006, p. 197) descrevem em seu estudo: “o recreio reproduzia a exclusão anteriormente observada: os alunos da classe especial nunca brincavam com outras crianças; xingamentos e ofensas os perseguiram. A partir de uma experiência de jogo compartilhado durante o recreio, percebe-se que esse poderia ser o espaço para intervir por meio do lúdico e favorecer outras relações, provocando mudanças em relações tão cristalizadas”.

Ressalta-se o fato de que, além do espaço físico da escola não ser favorável, estas crianças procuram no horário do recreio se manter em sala de aula, ou se dirigir para a sala de apoio, referindo medo dos colegas, porquanto já ocorreram episódios de agressão.

“[...] ele percebe que não pode participar do recreio, porque tem medo das brincadeiras dos meninos”. (M1). Relata, ainda, que seu filho foi trancado no banheiro pelos colegas. A criança ficou apavorada e, por esse motivo, ficou algumas semanas sem ir à escola, retornando com o incentivo da mãe e ajuda do irmão que estuda ali também.

Esta mesma criança, quando sugerida a escolher um desenho de um menino triste ou alegre, optou por desenhar a figura de um menino triste.

Figura 02 – Desenho da C1



Diante do desenho, pergunto: “por que aquele menino está chorando?” E C1 me responde: “O menino brigou com ele [...] ele tem medo”. “Pergunto: de quem o menino tem medo?” E ele diz: “dos meninos grandes, que batem nele”.

Neste trecho de informação, pode-se observar que os colegas agredem, aproveitando-se da ingenuidade, não só da idade, por se tratar de uma criança de sete anos, mas também por sua

deficiência intelectual, o que causou nesta criança um bloqueio social diferente das propostas inclusiva e promotora de saúde.

E este sentimento de medo não é exclusivo desta criança pois, todas elas quando perguntadas acerca do que as deixa tristes na escola, responderam que são os colegas que batem nelas. Referem algumas situações de exclusão nas brincadeiras, agressões físicas e verbais.

“O menino me deu uma queda” (C1).

Referindo-se à figura da carinha triste, algumas crianças associaram à imagem da criança agredida.

“O menino bateu nele” (C3).

“Bateram nele [...] o ‘João’ deu um murro em mim” (C5).

Por isso, os pais preferem que seus filhos fiquem em sala, pois outras crianças podem machucá-los. Referente a esta realidade, a pesquisa intitulada *Crianças com deficiência e a Convenção dos Direitos da Criança: um instrumento de defesa*, realizada por Ferreira et al. (2002), citado por Ferreira (2006), iluminou práticas sistemáticas de violação dos direitos da criança e do jovem com deficiência no contexto educacional, descrevendo como algumas mães consideram que as escolas para as crianças com deficiência não são ambientes seguros para seus filhos, e uma das razões é a possibilidade de as crianças serem agredidas por crianças maiores.

Os professores concordam, e até praticam, atos de proteção às crianças, como foi observado durante o recreio na fala da professora da sala de apoio com C2: “Não saia da sala, se não vão lhe empurrar”. A criança, então, pára diante da porta da sala, observa os colegas fora, correndo, brincando, conversando. O olhar demonstrava interesse pelo lado de fora, mas provavelmente havia o sentimento de medo e da vivência discriminatória. Aquela porta, naquele momento, representava uma linha imaginária entre a inclusão e a exclusão, a imagem de que garantir educação de qualidade para todos ainda é um desafio e não realidade.

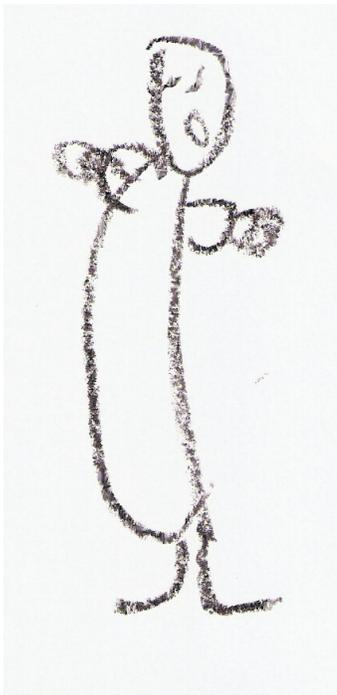
As professoras, porém, relatam que, mesmo separadas, em ambiente protegido, elas participam do recreio com filmes na televisão e brincadeiras dirigidas, situação de segregação criada pela escola, em vez de desenvolver estratégias para promover um ambiente favorável à criança, pois a aprendizagem escolar não é apenas um processo individual, porém um processo social e, mais especificamente, relacional.

“Ela fica na sala, prefere ficar mais quieta, assiste aos vídeos”. (P2).

A situação descrita não é apenas responsabilidade do professor, mas também da gestão da aprendizagem (FIGUEIREDO, 2002) desenvolvida na escola, embora afetada pela própria formação inicial do gestor, ainda insuficiente.

Quando sugerida a desenhar, C5 escolhe um menino alegre. E, ao perguntar-lhe por que este menino está alegre, ele responde: “porque ele gosta de brincar”. Então investigo se ele, a criança, também gosta de brincar, e a mesma responde que gosta, mas sozinho.

Figura 03 – Desenho da C5.



Em outra citação, sobre o tempo livre na escola, C4, relata: “Eu gosto do recreio [...] mas os meninos batem em mim [...] teve um dia que um menino grande me pegou e me bateu, e eu não quis mais vim à escola”.

Sobre a questão da violência, toda a equipe pedagógica mostra certa conformidade, colocando a responsabilidade a aspectos sociais e familiares das crianças.

De acordo com o comportamento agressivo que as crianças e jovens assumem na escola, Lopes Neto (2007) comenta que, em geral, são indicadores da qualidade das relações estabelecidas com seus familiares e também responsáveis, em virtude de fatores como pobreza, competitividade e violência, entre outros fatores da, desagregação familiar, que podem vir a ser

responsável por uma possível incapacidade dos pais para ensinar aos seus filhos as atitudes essenciais para uma convivência sadia e pacífica

Neste cenário, será difícil se estabelecer um ambiente propício à inclusão, saúde e QV. Como as crianças com deficiência intelectual, irão desenvolver suas habilidades e conduta social, se a família e a escola, que são as primeiras células sociais, não estão desenvolvendo seu papel socializador?

Com isto, os gestores escolares erram quando passam o problema para os políticos e outras redes sociais, uma vez que a escola deve agir como articuladora nesse contexto. Macedo, Andreucci e Montelli (2004) entendem que, no contexto social difícil, a escola se insere especialmente dirigida e organizada para enfrentar as conseqüências das condições ambientais adversas, onde se situa a criança, entretanto, necessitam de apoio intersetorial. Nesse ponto, destaca-se o uso das idéias da Escola Promotora de Saúde, que, com toda sua estratégia, proporciona, de forma consistente, suporte à escola, para este e outros problemas nela existentes.

A educação escolar supera o papel de ensino de leitura e cálculo, pois, existe nela um ambiente propício para o desenvolvimento e prática social na configuração da existência humana individual e grupal. Age como um conjunto de ações, processos e influências que intervêm no desenvolvimento humano na sua relação com o meio natural e social (ANDRADE et al., 2005).

Pode-se dizer que, enquanto se discute de quem é a culpa, as grandes perdedoras são as crianças, que, mesmo dentro de um ambiente social e com proposta inclusiva, são excluídas e privadas da oportunidade de desenvolvimento e aprendizado, no momento de relacionamento e formação social dentro do espaço escolar.

Existe, então, segundo Pedrosa (2007), a necessidade da ressignificação da escola como espaço de elaboração de territorialidades e subjetividades, no qual os sujeitos envolvidos se identificam, interagem, refletem a respeito de suas vivências e formulam projetos de vida mais saudável e cidadã.

Sabeh, Verdugo e Prieto (2006) comentam que, apesar de a escola ser um ambiente muito influente na vida das crianças, é escasso o número de trabalhos voltados para o seu bem-estar, não sendo ainda percebido o quanto a escola é essencial para a aprendizagem e o desenvolvimento do potencial pessoal, mediante o alcance importante da QV de seus alunos.

Autodeterminação

Autodeterminação como a possibilidade para eleger e tomar decisões destaca os indicadores de autonomia, entendida principalmente como independência de uma pessoa, eleição e controle ambiental.

Nos relatos dos pais, exprimir se os filhos são autodeterminados, disseram que as crianças têm preferências por algumas brincadeiras ou atividades. Em casa, geralmente, fazem o que querem, mas na escola eles fazem o que a professora quer. Os professores confirmaram, relatando que os alunos elegem aquilo que tencionam realizar, porém, na maioria do tempo, são eles, os professores, que determinam as atividades.

“Sim, ele elege, escolhe as atividades, embora tudo errado”. (P3).

“C5 pede (elege), mas o que ele não pode fazer”. (P5).

A escola, que deveria assumir o papel de terreno fértil de aprendizagem, espaço privilegiado para manifestações afetivas, cognitivas e sociais do sujeito, em meio à diversidade, assume a antiga característica opressora e segregacionista.

Nota-se que o olhar do adulto sobre estas crianças com deficiência intelectual se põe sobre a aparência e dificuldades e não sobre as potencialidades, como indicara Vygotsky (1989). A realidade observada pode ser resumida por várias escutas, de que a criança está na escola, mas, “coitadinho”, não aprende porque é “doente”; fica na sala só pintando, brincando, passando o tempo e vai embora. Amanhã, volta faz tudo novamente, mas, para todos os efeitos, está na escola, está “incluso”.

Sobre a desmistificação da impossibilidade de aprendizagem das pessoas com deficiência e a criação de espaços geradores de vivências emocionais positivas em relação à aprendizagem, Martínez (2006) acha que se tornam direções importantes para o trabalho pedagógico em sala de aula com todos os alunos e, muito especialmente, na relação individualizada com os alunos com deficiência.

Neste contexto, pode ser observada a dicotomia existente entre os pais, que confiam na escola como espaço importante para o desenvolvimento social do seu filho, e os professores, preocupados fundamentalmente com o desenvolvimento acadêmico. Essa realidade foi destacada por Rodrigues, professor da Universidade Técnica de Lisboa e coordenador do Fórum de Estudos de Educação Inclusiva, quando assinala:

[...] “para os pais de um aluno com uma condição de deficiência, um programa que lhe permita interagir e brincar com os colegas sem deficiência pode ser considerado uma prática de qualidade elevada. Para os professores, um programa semelhante pode não ter qualquer relevância, porque o aluno continua sem dominar os conteúdos acadêmicos básicos” (RODRIGUES, 2006, p. 316).

O anterior é concordante com a visão de que este cenário não é só brasileiro, mas mundial. O processo de inclusão escolar se mostra como desafio em contexto universal, e não ocorre falta de uma política bem estruturada em nenhum dos países, ou uma proposta para reformulação do espaço físico escolar e conteúdos programáticos. Falta, como se vê, um olhar e uma escuta sobre os alunos com deficiência intelectual, conhecer seus desejos e, além disso, respeitá-los, pois, como é possível desenvolver a autodeterminação do sujeito, sem respeitar suas decisões ou porventura redirecioná-las, exercendo o papel de educador, seja professor, pais ou responsáveis?

Nas palavras de Martinez (2006), potencializar a condição de sujeito do seu processo de aprendizagem, no caso das crianças com deficiência, implica formas diferenciadas de relacionamento e interação com elas, com especial ênfase no planejamento e desenvolvimento do trabalho pedagógico.

A inclusão escolar, mais do que uma política de transformação de práticas educativas, é uma poderosa força de reedificação de identidades e valores que resultarão certamente na formação de sujeitos mais aptos a participar das dinâmicas realizadas no interior da sociedade (FIGUEIREDO, 2002).

Por isso a urgência em se investigar sobre a evolução do bem-estar da criança e refletir acerca da realidade, tanto das crianças da população em geral como daquelas que se encontram em situações especiais em razão de problemas de saúde, transtornos de conduta, dificuldades escolares, problemas familiares, problemas sociais e, no caso, com deficiência.

Na perspectiva de Sabeh, Verdugo e Prieto (2006), é inegável o fato de que intervenções políticas, organizações, serviços de vários âmbitos pretendem melhorar a QV infantil, porém não significa que utilizem corretamente o conceito atual de QV, como guia fundamental.

Ainda na pesquisa com pais e professores, perguntou-se a eles sobre os facilitadores e barreiras encontrados na escola. Foi comum entre os participantes expressar como facilitadoras a gestão escolar, com a ajuda pedagógica, e a existência da sala de apoio, como suporte para os

alunos com deficiência. Foi acrescentado por alguns professores como ponto positivo na boa evolução das crianças a sua assiduidade e ajuda das famílias; o inverso origina barreira, pois é visível o bom desenvolvimento naquelas crianças que mais recebem apoio dos pais e são assíduas às aulas.

Sobre as barreiras que impedem o melhor processo de inclusão, a maioria citou a falta de recursos, espaço físico inadequado e o grande número de alunos em sala de aula, uma vez que a escola em si mesma, seu prédio físico, suas instalações de saneamento e de caráter docente, sua limpeza, suas instalações [...] são uma parte muito importante de uma Escola Promotora de Saúde.

Em Vancouver, junho de 2007, na Reunião Técnica da OMS e do Consórcio Pan-Canadense de Saúde Escolar sobre a Construção de Parcerias para a Saúde, o Aprendizado e o Desenvolvimento, a melhoria da infra-estrutura escolar foi apontada como uma das prioridades, como fatores determinantes da saúde e das possibilidades de promoção de saúde nas escolas, e, ainda, que a melhoria da infra-estrutura física da escola é, em muitos casos, “a porta de entrada” de uma estratégia de promoção de saúde.

Alguns pais reclamaram também da discriminação e preconceito de outros pais e pessoas da equipe pedagógica, observando que seus filhos são segregados em diversas atividades e repetem a questão das agressões físicas dos colegas. Ressalta-se a idéia da seriedade da inclusão muito bem referida em Rodrigues (2006), que, falando em escolas e sistemas educativos desprovidos de recursos, ressalta que, a inclusão tem de constituir uma resposta de qualidade.

O autor ainda cita o exemplo dizendo que, de uma escola que atenda alunos com deficiência intelectual tem de ser capaz de proporcionar, pelo menos, o mesmo tipo de serviços da escola especial, se não, “por que irão os pais preferir a inclusão, se isso pode ter um efeito devastador em sua qualidade de vida?” (RODRIGUES, 2006, p. 309).

Os professores também relatam como barreiras a falta de apoio da direção e gestores municipais, pois “tudo ainda está no papel”, ou seja, há uma prática inadequada das políticas públicas sugeridas. Reclamam também da falta de capacitação e de um trabalho social junto à família.

“Era melhor se no município tivesse uma escola especial para eles (crianças e jovens com deficiência), com materiais adequados, profissionais capacitados e seriam mais protegidos”. (PAI DE C5).

Acerca deste fato, da preferência pela escola especial, Rodrigues (p. 311, 2006) relata muito bem que “a escola regular, se quiser ser capaz de responder com competência e rigor à diversidade de todos os seus alunos, necessita recrutar pessoal mais especializado (terapeutas, psicólogos, etc.) e dispor de equipamentos e recursos materiais mais diferenciados”.

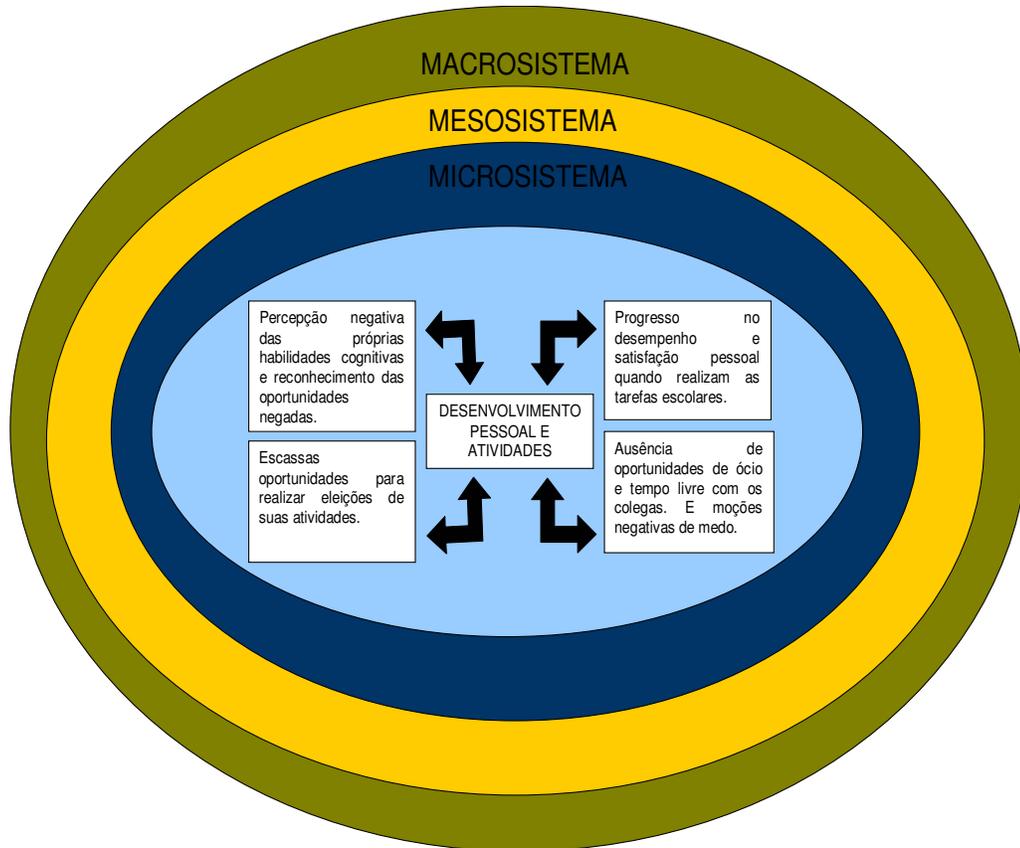
O autor acrescenta que a escola regular se tornará verdadeiramente concorrente e alternativa à escola especial, quando proporcionar uma lista de recursos humanos semelhante e um conjunto de recursos materiais equivalentes, sendo uma “organização diferenciada de aprendizagem” que ofereça a garantia às famílias e encarregados de educação.

Como se vê, são questões da realidade de uma escola que coincidem com as estratégias sugeridas pelo processo de inclusão educacional e Escola Promotora de Saúde. Encontra-se na escola a busca pela identidade, assim como a formação da pessoa humana em todos os seus aspectos - emocional, social, moral e intelectual; e tanto a escola promotora de saúde como a escola inclusiva abordam este contexto, junto ainda à valorização da diversidade e às transformações das práticas pedagógicas. Estas ocorrem por meio de estratégias, tendo como objetivo o envolvimento amplo e saudável no âmbito escolar, familiar e comunitário.

Com esta visão, em acabar com a simples ação de pensar em educação saudável e inclusiva como meta a ser alcançada, deve-se estabelecer estratégias, segundo os quais a escola e a comunidade poderão, de acordo com as teorias mencionadas, participar como agentes e usuários das ações estabelecidas. Para se estabelecer estratégias, parte-se do princípio de que se deve, antes, entender a problemática, a situação na qual se há de atuar.

Com os resultados desta pesquisa, foi possível elaborar um modelo explicativo da situação da QV das crianças com deficiência intelectual dentro da dimensão do desenvolvimento pessoal e atividades no contexto escolar, desde a perspectiva ecológica (SCHALOCK; VERDUGO, 2003), para descrever os vários contextos da realidade escolar, que se classifica dentro de três níveis do sistema: microsistema, mesossistema e macrosistema.

Figura 4- Modelo explicativo da situação da QV das crianças com deficiência intelectual na dimensão do desenvolvimento pessoal e atividades no contexto escolar.



FACILITADORES

- **Conhecimento das políticas públicas**
- **Atendimento especializado**
- **Apoio pedagógico e familiar**
- **Sala de apoio**
- **Assiduidade das crianças**

BARREIRAS

- **Cultura discriminatória**
- **Sociedade economicamente desestruturada**
- **A prática inadequada das políticas públicas**
- **Preconceito da comunidade**
- **Espaço físico da escola**
- **Falta de recursos**
- **Quantidade de alunos em sala**
- **Capacitação dos professores**

Fonte: pesquisa direta, com base em Sabeh, Verdugo e Prieto (2006).

Considerando os indicadores da dimensão supracitada, descritos por Sabeh, Verdugo e Prieto (2006), observa-se o progresso no desempenho e satisfação pessoal, quando realizam as tarefas escolares, uma percepção negativa das próprias habilidades cognitivas e reconhecimento das oportunidades negadas, que há escassas oportunidades para realizar escolhas de suas

atividades, ausência de oportunidades de ócio e tempo livre com os colegas e a presença de emoções negativas de medo.

Citam-se em cada nível - macro, meso e microsistema - os facilitadores e barreiras encontrados, mediante os resultados da pesquisa. No macrosistema, tem destaque como facilitadores o conhecimento das políticas públicas e como barreiras a cultura discriminatória, sociedade economicamente desestruturada e a prática inadequada das políticas públicas. No mesossistema, ocorre o atendimento especializado como facilitador e o preconceito da comunidade como barreira. No microsistema, a assiduidade das crianças, a existência da sala de apoio, o apoio pedagógico e familiar foram indicados como facilitadores e o espaço físico da escola, a falta de recursos, a quantidade de alunos em sala e a falta de capacitação dos professores foram barreiras.

Para efetivar estas idéias, é necessário persistir na busca de outros caminhos, princípios e concepções para a educação, com a democratização da escola, a interação desta com a comunidade, o diálogo entre professores e alunos, conteúdos, métodos e recursos apropriados e a adoção de uma nova filosofia e prática pedagógica.

Transformar uma escola em inclusiva e promotora de saúde significa desenvolver intenso trabalho conjunto de participação e colaboração de professores, precisando estar empenhados neste projeto: a família, que é o núcleo e universo individual; a comunidade, uma vez que a educação é um processo social; e o Estado, responsável pela saúde, educação e dignidade, atuando por meio de suas políticas públicas.

A escola no contexto inclusivo e de promoção à saúde deve apresentar mais do que uma oferta educativa, pois tem de oferecer qualidade e garantia no acesso ao conhecimento a todos os alunos nela matriculados. Com esta proposta, está o desafio da implantação de novas idéias e do apoio interinstitucional, além da ajuda da família, comunidade e setores governamentais, ou seja, o envolvimento dos profissionais com a escola. É preciso tudo isto para reverter esse quadro desfavorável e pessimista que rodeia os espaços escolares e protagonizar uma história inovadora, onde a escola representa um espaço privilegiado e de transformação social.

Por tal razão, pode-se acentuar que, na escola, se encontra um espaço propício para se estabelecer estratégias adequadas para elaborar e manter ambientes saudáveis e envolventes, um lugar ideal para desenvolver programas de promoção à saúde de amplo alcance e repercussão, pois nela se passam as etapas formativas mais importantes à vida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, o que parecia um difícil desafio - adentrar a subjetividade e, em particular, a percepção de qualidade de vida dos alunos com deficiência intelectual - transformou-se em uma descoberta, de que, com o olhar e a escuta direcionados a eles, é fácil entendê-los e usar as suas respostas como caminho para a inclusão escolar de qualidade.

Ao longo de todo o processo de investigação, no convívio da rotina escolar, na observação participante e nos relatos das entrevistas, foi possível verificar o quanto a situação de bem-estar necessária à criança no processo inclusivo rodeia a real significação de se sentir incluído, compreendido, envolvido, somado ao contexto em que se encontra e não um ser diferente no meio da sala de aula.

A partir da semelhança nos princípios, filosofia e valores entre a escola promotora de saúde e a escola inclusiva, onde se identificaram algumas convergências teóricas sendo elas; habilidades para a vida, estilo de vida e comportamentos sadios e ambientes favoráveis, foi selecionada para o estudo a dimensão desenvolvimento pessoal e atividades.

Foi, então, estabelecido um modelo explicativo de dimensão desenvolvimento pessoal e atividades como elemento essencial na QV das crianças com deficiência intelectual, para descrever os vários contextos da realidade escolar, sendo estes classificados dentro de três níveis do sistema: microsistema, mesossistema e macrosistema.

Com este modelo, concluiu-se a idéia, com base nas informações advindas dos instrumentos utilizados, que a criança apresenta satisfação pessoal quando realiza as atividades escolares de aprendizagem, percebendo seu desempenho, progresso e resultados, quando é elogiada ou quando observa que realizou a tarefa igualmente ao colega.

A criança tem percepção de suas habilidades cognitivas, porém, pelo desejo de realizar tarefas iguais aos colegas, expressa atitudes simbólicas e não convencionais em realizar aquilo que não sabe. Isto também revela que elas percebem as atividades entre as oportunidades que lhes são negadas.

Não vivencia com a mesma frequência de outros alunos os momentos de atividades livres, por medo dos colegas, preferindo ou abrigando-se no ambiente protegido da sala de aula junto à professora. Apesar de as crianças expressarem vontades, estas não influem na eleição de suas atividades, realizando na sua rotina escolar só o que é determinado pela professora.

No mesmo modelo, foram destacados em cada nível citado os facilitadores e barreiras, levando a se entender que, avaliando a QV das crianças, sua própria percepção e desejos, pode-se encontrar o caminho para aplicar as estratégias necessárias, como as estratégias da Escola Promotora de Saúde e as do processo de inclusão escolar.

As propostas da escola inclusiva e escola promotora de saúde representam, estratégia integradora e global para a promoção de saúde e QV na escola. Em ambas há o respeito à capacidade e à necessidade dos alunos, assegurando a equidade e os seus direitos humanos da mesma forma que a importância na participação pública intersetorial, familiar e comunitária junto à equipe escolar.

Ressalta-se ainda que, para haver avanços neste processo convergente, entre a escola promotora de saúde e a escola inclusiva, será necessária a consolidação política e a disponibilização regular de recursos necessários ao desenvolvimento das atividades exercidas, para se efetivar a tão sonhada transformação com o controle social, inclusão e melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida no espaço escolar.

Assim, o sistema educacional e as diferentes comunidades escolares estão incluídos em um sistema político, cultural, legal e social mais amplo, seja ele sub nacional, regional ou global, como refere uma das linhas de reflexão sobre a Escola Promotora de Saúde da OPAS. Isto leva a se concluir que o trabalho da escola promotora de saúde e a escola inclusiva devem ser desenvolvidos pela ação participativa do Governo, comunidade e famílias.

Então, as novas perspectivas para a área da educação, junto ao setor da saúde, refletem em uma escola saudável e inclusiva, geradora de autonomia e participação comunitária. E o processo de trabalho em saúde na assistência ao escolar, vai além de um modelo clínico tradicional, individual e biológico, ou seja, um novo modelo biopsicossocial, utilizando o princípio da intersetorialidade para tornar a escola um espaço com papel importante para o desenvolvimento do aluno, da família e da comunidade em geral.

Na prática, ainda é utopia citar uma escola que já tenha as ideais características da escola inclusiva e promotora de saúde. O fato é que não se está estático, sendo necessário o constante trabalho, e, então, as mudanças vão se somando e aos poucos se transformando em transformação global.

Enfim, é necessário enfrentar com urgência o desafio da mudança nas estratégias educativas e intersetoriais e adotar as propostas da escola inclusiva e promotora de saúde, na evidência de que ela é efetiva e fundamental para o contexto social de hoje.

Sugere-se ainda a utilização deste estudo para o desenvolvimento e aprofundamento de estudos da QV em crianças com deficiências no contexto da inclusão escolar. Muito se tem a descobrir e contribuir com esta temática.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN ASSOCIATION ON INTELLECTUAL AND DEVELOPMENTAL DISABILITIES. **Mental retardation is no more: new name is intellectual and developmental disabilities.** Disponível em: <<http://www.aaidd.org>>. Acesso em: 15 nov. 2007.
- ANDRADE, S.A. et al. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 606-611, 2005.
- ASSUMPÇÃO Jr, F.R. et al. Escala de avaliação da Qualidade de Vida (Autoquestionnaire qualité de vie enfant imagé): Validade e confiabilidade de uma escala para QV em crianças de 4 a 14 anos. **Rev. Arq. Neuropsiquiatr.**, v.58, p.7-15, 2000.
- BAPTISTA, C.R. Inclusão escolar: em busca de fundamentos na prática social. In: **Ensaios pedagógicos: construindo escolas inclusivas.** Brasília: MEC, 2005.
- BARREIRE, S.G. et al. Qualidade de Vida de crianças ostomizadas na ótica das crianças e das mães. **J. Pediatria.**, v.79, n.1, p.55-62, 2003.
- BASTOS, N.M.G. **Introdução à metodologia do trabalho acadêmico.** 4. ed. Fortaleza: Nacional, 2007.
- BEREZIN, S. et al. Promoción de la salud en espacios educativos: universitarios, utopia o nuevos desafios? **Rev. Gallega de Terapia Ocupacional TOG**, n.2, p.1-15, 2005. Disponível em: <<http://www.revistatog.com>>. Acesso em: 22 mar. 2007.
- BOOTH, T. Manteniendo el futuro con vida: convirtiendo los valores de la inclusión em acciones. In: VERDUGO, M.A., VEGA, F.B. (Org.). **Rompiendo Inercias: claves para avanzar.** VI Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas com Discapacidad. Salamanca: Amarú, 2006.
- BRASIL, T.B.; FERRIANI, V.P.L.; MACHADO, C.M.C. Inquérito sobre qualidade de vida relacionada a saúde em crianças e adolescentes portadores de artrites idiopáticas juvenis. **J. Pediatr.**, v.79, n.1, p.63-69, 2003.
- BRASIL. Ministério da Educação. **Educação inclusiva: a fundamentação filosófica.** Brasília: Ministério da Educação, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. **Acessibilidade.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.
- _____. Ministério da Saúde. **Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santa Fé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Rede de Megapaíses. Declaração do México.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (documento preliminar para discussão). Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (documento para discussão). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1060/02**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1060.htm>>. Acesso em: 24 jun. 2004.

BRAVEMAN, B. AOTA'S Statement on health disparities. **American Journal of Occupational Therapy**, v.60, n.6, p.679, 2006.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.5, n.1, p.163-177, 2000.

CASTRO, F.B.; CUNHA, E.; AKERMAN, M. Qualidade de Vida: conceitos, dimensões e aplicações. **Coleção temas interdisciplinares do CESCO**. n.2, p.7-33, 2005.

CATRIB, A.M.F. et al. Saúde no espaço escolar. In: **Educação em saúde no contexto da promoção humana**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003.

CERQUEIRA, M.T. Promoción de la salud en la región de las Américas. In: **Memorias III Reunión Latinoamericana de escuelas promotoras de la salud**. Quito: Ecuador, 2002.

DANTAS, R.A.S.; SAWADA, N.O.; MALERBO, M.B. Pesquisa sobre Qualidade de Vida: revisão da produção científica das universidades públicas do estado de São Paulo. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.11, n.4, p.532-538, 2003.

DUTRA, C.P.; GRIBOSKI, C.M. Educação Inclusiva: um projeto coletivo de transformação do sistema educacional. In: BRASIL. Ministério da Educação. **Ensaio pedagógicos: educação inclusiva: direito à diversidade**. Brasília: Ministério da Educação, 2006.

EISER, C.; MORSE, R. A review of measures of quality of life for children with chronic illness. **Arch. Dis. Child.**, v.84, p.205-211, 2001.

EIZIRIK, M.F. **Inventar a inclusão**. Disponível em: <<http://www.psicopedagogia.com.br/opiniao/opiniao.asp?entrID=46>>. Acesso em: 21 set. 2004.

ELIAS, A.V.; ASSUMPÇÃO Jr, F.B. Qualidade de Vida e autismo. **Arq Neuropsiquiatr.**, v.64, n.2, p.295-299, 2006.

FAÇANHA, M.C. Pesquisa qualitativa em saúde: diferenças potencialidades, limitações e possibilidades de integração com a pesquisa quantitativa. **Rev. Méd. UFC**, v.41, n.2, p.77-82, 2001.

FERNÁNDEZ, L.A.L. et al. **Notas para reflexão sobre a iniciativa de escolas promotoras de saúde (EPS) da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)**. 2007.

FERREIRA, H.S. **Percepção sobre qualidade de vida entre crianças de 4 a 6 anos: educação (física) em saúde na escola**. 2005. 146. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde), Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2005.

FERREIRA, W.B. Inclusão x exclusão no Brasil: reflexões sobre a formação docente dez anos após Salamanca. In: RODRIGUES, D. (org.). **Inclusão e educação: dez olhares sobre a educação inclusiva**. São Paulo: Summus, 2006.

FIALHO, L.M.F. **Qualidade de vida na infância: visão de alunos da rede pública e privada de ensino**. 2006. 104. Dissertação (Mestrado em Educação em Saúde), Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2006.

FIERRO, A. Os alunos com deficiência mental. In: COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, H. (Org.). **Desenvolvimento e necessidades educativas especiais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

FIGUEIREDO, R.V. Políticas de inclusão: escola-gestão da aprendizagem na diversidade. In: ROSA, E.G.; SOUZA, V. C. (org.) **Políticas organizativas e curriculares, educação inclusiva e formação de professores**. Rio de Janeiro: DP & A, 2002.

FLECK, M.P.A. et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev Bras Psiquiatr.**, v.21, n.1, p.19-28, 1999.

FREITAS, S.N. A formação de professores na educação inclusiva: construindo a base de todo o processo. RODRIGUES, D. (Org.). **Inclusão e educação: dez olhares sobre a educação inclusiva**. São Paulo: Summus, 2006.

FRIEND, M.; BURSUCK, W. **Including students with special needs: a practical guide for classroom teachers**. 3. ed. Boston: Allyn and Bacon, 2002.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Relatório de pesquisa retratos da deficiência no Brasil**. Disponível em: <http://www.fgv.br/cps/Retratos_Deficiência_Brasil.cfm>. Acesso em: 14 mar. 2006.

GOMEZ-VELA, M.; VERDUGO, M.A. Evaluación de la calidad de vida de alumnos de educación secundaria obligatoria con necesidades educativas especiales y sin ellas. In: VERDUGO, M.A.; JORDÁN, U.F.B. **Apoyos, autodeterminación y calidad de vida**. Actas de la V Jornada Científica de Investigación sobre Discapacidad. Salamanca: Amarú, 2003.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**: os processos de construção da informação. São Paulo: Thomson, 2005.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa em psicologia**: caminhos e desafios. São Paulo: Thomson, 2002.

GUIJARRO, M.R.B. Inclusão: um desafio para os sistemas educacionais. In: BRASIL. Ministério da Educação. **Ensaio pedagógico**: construindo escolas inclusivas. Brasília: MEC, 2005.

HAGEDORN, R. **Fundamentos para a prática em Terapia Ocupacional**. 3. ed. São Paulo: ROCA, 2003.

IBGE. **Censo demográfico de 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 abr. 2007.

IPPOLITO-SHEPERD, J. Fortalecimiento de la iniciativa regional: estrategias y líneas de acción 2003-2012. **Escuelas promotoras de la salud**, n.4, 2003.

IPPOLITO-SHEPERD, J. Plan de Acción 2003-2012 – Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud. In: **Memorias III Reunión Latino Americana de Escuelas Promotoras de la Salud**, Quito, 2002.

JESUS, D.M. Atuando em contexto: o processo de avaliação numa perspectiva inclusiva. **Psicologia & Saúde**, v.16, n.1, p.37-49, 2004.

JURDI, A.P.S.; AMIRALIAN, M.L.T.M. A inclusão escolar de alunos com deficiência mental: uma proposta de intervenção do terapeuta ocupacional no cotidiano escolar. **Estud. psicol.**, v. 23, n. 2, 2006.

LEBRE, P. **Relatos de um estudo sobre a QV de pessoas com deficiências no conselho de Almada**. Disponível em: <http://www.proformar.org/revista/edicao_2/qualidade_vida.pdf> Acesso em: 15 jan. 2007.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de saúde**: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lente, 2004.

LEONELLO, V.M.; L'ABBATE, S. Educação em saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em Pedagogia. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.149- 166, 2006.

LOPES NETO, A.A. Comportamento agressivo entre estudantes: bullying. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde**: experiências no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

LUCKASSON, R. et. al. **Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo.** Tradução de Verdugo M.A; Jenaro, C. Madrid: Alianza, 2002. Título original: Mental retardation: definition, classification and systems of supports.

MACEDO, C.S.; ANDREUCCI, L.C.; MONTELLI, T.C.B. Alterações cognitivas em escolares de classe econômica desfavorecida: resultados de intervenção psicopedagógica. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, v.62, n.3, p.852-857, 2004.

MANTOAN, M.T.E. Inclusão Escolar – caminhos e descaminhos, desafios, perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Educação. **Ensaio pedagógico: educação inclusiva: direito à diversidade.** Brasília: Ministério da Educação, 2006.

MARTÍNEZ, A.M. A perspectiva histórico-cultural da subjetividade: sua significação para o trabalho pedagógico com alunos deficientes. In: SILVA, A.M.M. et al. (Org.). **Novas subjetividades, currículo, docência e questões pedagógicas na perspectiva da inclusão social.** Brasília: INEP, 2006.

MENDES, E.V. Promoção da saúde no limiar do século XXI. **Sanare**, n. 3, p. 83-87, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** São Paulo: Cortez, 2001.

MOURA, J.B.V.S. et al. Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 489-501, 2007.

OMS. **Escolas pela saúde, educação e desenvolvimento: um chamado à ação.** 2007.

PEDROSA, J.I.S. Educação popular e promoção da saúde: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

PELICIONI, M.C.F.; TORRES, A.L. **Escola promotora de saúde.** Série monográfica. Eixo promoção de saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999.

PETERSON, P.J. Inclusão nos Estados Unidos: filosofia, implementação e capacitação de professores. **Rev. bras. educ. espec.**, v.12, n.1, 2006.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa: na atenção à saúde.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

RODRIGUES, D. Dez idéias (mal) feitas sobre a educação inclusiva. RODRIGUES, D. (Org.). **Inclusão e educação: dez olhares sobre a educação inclusiva.** São Paulo: Summus, 2006.

SABEH, E.N. et al. Evaluación de calidad de vida en niños de escolaridad primaria. In: VERDUGO, M.A.; JORDÁN, U.F.B. **Apoyos, autodeterminación y calidad de vida**: actas de las V Jornadas Científicas de Investigación sobre Discapacidad. Salamanca: Amarú, 2003.

SABEH, E.N.; VERDUGO, M.; PRIETO, G.A. Dimensiones e indicadores de la calidad de vida en la infancia. In: VERDUGO, M.A. **Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad**: instrumentos y estrategias de evaluación. Salamanca: Amarú, 2006.

SASSAKI, R.K. Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: Deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental? **Rev. Nacional de Reabilitação**, v.9, n.43, p.9-10, 2003.

SCHALOCK R.L. **Calidad de vida en la evaluación y planificación de programas**: tendencias actuales. Publicaciones del INICO - Universidad de Salamanca, 2004. Disponível em: <<http://www3.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada1/actas1.htm>>. Acesso em: 16 ago. 2004.

SCHALOCK, R.; VERDUGO, M.A. **Calidad de vida**: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Madrid: Alianza Editorial, 2003.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. QV e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.2, p.580-588, 2004.

SILVA, A.S. Desvelando o sentido da deficiência mental: uma leitura psicanalítica. **Rev. Saúde Mental e Subjetividade da UNIPAC**, v.2, n.4, p.133-141, 2005.

SILVEIRA, G.T.; PEREIRA, I.M.T.B. Escolas promotoras de saúde ou escolas promotoras de aprendizagem/educação? In: LEFEVRE, F., LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de saúde**: a negação da negação. Rio de Janeiro: Vieira & Lente, 2004.

SINCLAIR, K. Occupational therapy worldwide: WFOT. **Australian Occupational Therapy Journal**, Sydney, 2006. Editorial, p. 149-150.

STEWART-BROWN, S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? **Copenhagen, WHO Regional Office for Europe**. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>> . Acesso em: 01 mar. 2006.

VERDUGO, M.A. ; SABEH, E.N. Evaluación de la percepción de calidad de vida en la infancia. **Psicothema**, Oviedo, v.14, n.1, p.86-91, 2002.

VERDUGO, M.A. Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. **SIGLO CERO Rev.Española sobre Discapacidad intelectual**. v.34, n.205, p.5-19, 2003.

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000.

VYGOTSKY, L.S. **Fundamentos de defectología**. La Habana: Pueblo y Educación, 1999.

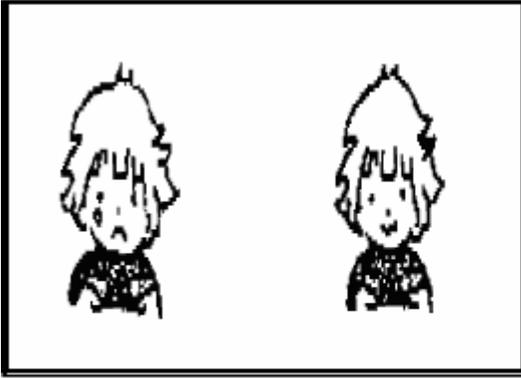
WATSON, R.M. Being before doing: the cultural identity (essence) of occupational therapy. **Australian Occupational Therapy Journal**, Sydney, 2006, p. 151-158.

WESTPHAL, M.F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G.W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

WESTPHAL, M.F.; ZIGLIO, E. Políticas públicas e investimentos: a intersetorialidade. In: SEIXAS, S.G. (Org.). **O município século XXI: cenários e perspectivas**. São Paulo: Hamburg Gráfica, 1999.

ANEXOS

FACES



FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER N°. 115/2007

Projeto de Pesquisa: Qualidade de vida de crianças com deficiência intelectual no contexto da inclusão escolar.

Pesquisador Responsável: Juliene Érika Moreira Barreiro Soares

Data de apresentação ao COÉTICA: 10/05/07

Registro no COÉTICA: 07-123

CAAE: 1097.0.000.037-07

Parecer: APROVADO na data de 28/05/07

Prof. Dr. Haroldo Rodrigues de Albuquerque Júnior
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA

APÊNDICES

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

PERGUNTA 1- Como a criança apresenta seu desempenho, progresso e resultados na realização das atividades escolares?

PERGUNTA 2- Como a criança demonstra sua satisfação na realização das atividades escolares?

PERGUNTA 3- Qual a percepção que a criança tem de suas próprias habilidades cognitivas?

PERGUNTA 4- Qual a percepção que a criança tem das oportunidades que lhe são oferecidas para desenvolver suas habilidades cognitivas?

PERGUNTA 5- A criança realiza com frequência atividades livres, com oportunidades de experiências de ócio na escola: jogos e brincadeiras, esportes, atividades físicas, vídeos.

PERGUNTA 6- A criança tem possibilidade para eleger e tomar decisões? E como ela demonstra essa autodeterminação?

ROTEIRO DE ENTREVISTA EM SITUAÇÃO LÚDICA

Algumas vezes você está triste na escola?

Diga por quê:

Algumas vezes você está alegre na escola?

Diga por quê:

TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL PARA COLETA DE DADOS**I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO OU RESPONSÁVEL LEGAL****1. NOME DA INSTITUIÇÃO**

CGC Nº :

ENDEREÇO:

BAIRRO: DISTRITO: CIDADE: ESTADO:

CEP: TELEFONE:

2. RESPONSÁVEL LEGAL :

CARGO:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO:

ENDEREÇO:

BAIRRO: DISTRITO: CIDADE: ESTADO:

CEP: TELEFONE:

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA**1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA:**

PESQUISADORA:

CPF:

CARGO/FUNÇÃO:

UNIDADE:

2. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

SEM RISCO () RISCO MÍNIMO () RISCO MÉDIO () RISCO ALTO ()

3. DURAÇÃO DA PESQUISA:**III - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES AO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:**

1. justificativa e os objetivos da pesquisa; 2. procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos qualitativos; 3. benefícios que poderão ser obtidos.

(VER PROJETO EM ANEXO)

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

V. INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE QUALQUER INTERCORRÊNCIAS.

VI - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto que a instituição que represento legalmente, participe do presente Protocolo de Pesquisa.

Cascavel, de de 2007.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do responsável legal

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) (Professor) (Pais):

Você e seu filho (seu aluno) estão sendo convidados a participarem de uma pesquisa que tem por objetivo: investigar a QV (QV) de crianças com deficiência intelectual, alunos do Ensino Fundamental.

A participação de vocês não é obrigatória. A qualquer momento podem desistir de participar e retirar o seu consentimento. Sua recusa não interferirá no acompanhamento do seu filho na escola e, no caso do professor, não interferirá em sua condição como funcionário da instituição em que trabalha. Não existem riscos relacionados à participação de vocês e sim benefícios, contribuindo assim para um aprendizado e reflexão sobre o tema.

A pesquisa será desenvolvida por uma aluna matriculada no curso de mestrado em Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza.

As informações dadas pelos participantes serão consideradas sigilosas e, seu nome e outras informações de identificação serão omitidos de todos os registros escritos publicados.

Os materiais e dados coletados serão utilizados exclusivamente para fins científicos e os resultados serão apresentados à instituição pesquisada a fim de beneficiá-la.

Sua assinatura abaixo indica que você leu, esclareceu dúvidas e livremente concordou em permitir sua participação nessa atividade. Caso tenha alguma questão ou dúvida, basta entrar em contato com a pesquisadora. O nome e o telefone se encontram nesta página. Você receberá uma cópia deste termo, onde há meios de contatar com a pesquisadora, podendo tirar dúvidas sobre a pesquisa em qualquer momento.

Agradecemos sua participação e cooperação.

Pesquisadora:

Assinatura do participante

Nome:

Telefone:

Data:

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)