

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE

CURSO DE FISIOTERAPIA

JOAQUINA TATIANA SIMÃO FREDERICO

**AVALIAÇÃO DA INCLUSÃO SOCIAL DE ALUNOS DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E
AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS – APAE DE CRICIÚMA/SC COM DIAGNÓSTICO
CLÍNICO DE PARALISIA CEREBRAL**

CRICIÚMA, JUNHO DE 2011

JOAQUINA TATIANA SIMÃO FREDERICO

**AVALIAÇÃO DA INCLUSÃO SOCIAL DE ALUNOS DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E
AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS – APAE DE CRICIÚMA/SC COM DIAGNÓSTICO
CLÍNICO DE PARALISIA CEREBRAL**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado para a obtenção do grau de Bacharel no curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC.

Orientador: Prof^a Dra Évelin Vicente.

CRICIÚMA, JUNHO DE 2011

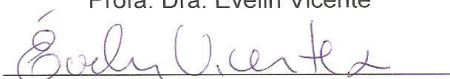
JOAQUINA TATIANA SIMÃO FREDERICO

**AVALIAÇÃO DA INCLUSÃO SOCIAL DE ALUNOS DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E
AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS – APAE DE CRICIÚMA/SC COM DIAGNÓSTICO
CLÍNICO DE PARALISIA CEREBRAL**

BANCA EXAMINADORA

(Presidente da Banca)

Profa. Dra. Évelin Vicente



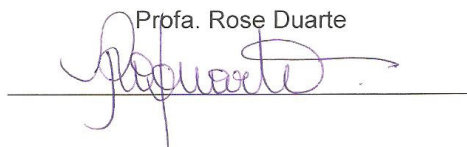
(Primeiro Avaliador)

Profa. MSc. Lisiane Fabris Chiumento



(Segundo Avaliador)

Profa. Rose Duarte



Criciúma, 28 de Junho de 2011

AGRADECIMENTOS

Neste momento tão especial tenho a alegria de agradecer primeiramente a Deus por me conceder a vida e capacidade de persistir e de sonhar, pelos dons da compreensão e do amor, mas, sobretudo, pela oportunidade de ser melhor a cada dia e recomeçar sempre que necessário. Deus, meu melhor fornecedor, de quem sou cliente fiel e encantada, pois, foi a sua mão que encontrei estendida quando realmente precisei de um amigo, mostrando-me o caminho certo, correto, que eu não encontrava. Por me ter dado o privilégio de conhecer tantas pessoas que contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais Francisco Frederico e Antónia Simão como reconhecimento dos seus esforços, pelo imenso carinho, amor e dedicação em todos os momentos de minha vida e por me apoiarem sempre.

Aos meus irmãos pelo carinho, incentivo e pela força. Em especial ao meu filho Stefan Miguel fonte da minha inspiração, coragem, amor e dedicação e por ser indispensável na minha vida. Aos meus amigos que mesmo distante sempre me apoiaram.

Um agradecimento aos meus amigos do Aguiar, pela força carinho e companheirismo durante o tempo da formação. Afinal amigo é alguém que pensa em você, ouve-te e ajuda-te a descobrir quem realmente você é. Pois daqui tirei amigos que levarei pra toda vida e com isso poderia escrever um livro de agradecimento citando nomes, que são imensos, mas apenas possuo uma página.

Aos meus colegas de turma onde pude conviver durante cinco anos, compartilhando do aprendizado de nossos professores. Aos meus colegas Ilidio Ucuahamba e Amor Festo obrigada pela ajuda. Aos nossos professores e orientadores querido que nos ensinaram e nos passaram o conhecimento do que sabem, nos incentivando a buscar e ir atrás de informações em especial profs. Lisiane Fabris, Barbara Coelho, Willians Longen pelo carinho e dedicação. Em especial a minha orientadora Évelin Vicente por ter me ajudado durante essa jornada, pelo carinho e dedicação.

De uma forma geral obrigado a todos aqueles que contribuíram pela realização deste trabalho. Brasil querido, Criciúma te levarei em minhas lembranças, pois, uma parte do que sou hoje devo a ti, as pessoas que conheci aqui seja Brasileiros, Angolanos ou de outra nacionalidade. O meu muito obrigada.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - PROJETO DE PESQUISA	6
CAPÍTULO II - ARTIGO	55
CAPÍTULO III- NORMA DA REVISTA.....	74

CAPÍTULO I - PROJETO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC

CURSO DE FISIOTERAPIA

PROJETO DE PESQUISA

JOAQUINA TATIANA SIMÃO FREDERICO

**AVALIAÇÃO DA INCLUSÃO SOCIAL DE ALUNOS DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E
AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS – APAE – CRICIÚMA/SC COM DIAGNÓSTICO
CLÍNICO DE PARALISIA CEREBRAL**

CRICIÚMA, OUTUBRO DE 2010

JOAQUINA TATIANA SIMÃO FREDERICO

**AVALIAÇÃO DA INCLUSÃO SOCIAL DE ALUNOS DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E
AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS – APAE – CRICIÚMA/SC COM DIAGNÓSTICO
CLÍNICO DE PARALISIA CEREBRAL**

Projeto de pesquisa do Programa de Graduação em Ciências da Saúde destinado à aprovação do Comitê de Ética.

Orientadora: Prof^a Dra Évelin Vicente

Orientadora Metodológica: Prof^a MSs Lisiane Fabris Chiumento

CRICIÚMA, OUTUBRO DE 2010

SUMÁRIO

TEMA	11
TÍTULO	11
1 INTRODUÇÃO	11
1.1 QUESTÃO PROBLEMA	11
1.2 QUESTÕES NORTEADORAS	12
1.3 HIPÓTESES	12
1.4 OBJETIVOS	13
1.4.1 OBJETIVO GERAL	13
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.5 JUSTIFICATIVA	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 PARALISIA CEREBRAL	15
2.2 INCLUSÃO SOCIAL	16
2.3 ACESSIBILIDADE	19
3. FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA	21
3.1 CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO	21
3.2 LOCAL	21
3.3 AMOSTRA	21
3.4 PERÍODO DE INVESTIGAÇÃO	22
3.5 INSTRUMENTOS DE PESQUISA	22
3.6 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA	22
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA	23
4. CRONOGRAMA	24
5. ORÇAMENTO	25
6. REFERÊNCIAS	27
APÊNDICES	29
ANEXOS	44

TEMA

Inclusão social de crianças portadoras de Paralisia Cerebral participantes de escola especial.

TÍTULO

Avaliação da Inclusão social de alunos da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE de Criciúma/SC com diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral.

1 INTRODUÇÃO

Em decorrência das características e limitações do portador de paralisia cerebral, este, muitas vezes, encontra-se excluído socialmente em diversos aspectos como escolas, lazer e transporte, dentre outros.

A prevalência de pessoas portadoras de deficiência física é expressiva, especialmente nos países em via de desenvolvimento como Brasil. O censo demográfico de 2000, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimou que dentre os 169.8722.856 brasileiros, aproximadamente 14,5% (24.600.849) possuem deficiência física (tetraplegia, paraplegia, hemiplegia permanente, falta de membro ou parte dele) e são incapazes ou teriam alguma deficiência permanente de andar ou subir escadas (COÊLHO et al, 2008).

1.1 Questão problema

Mediante o exposto, apresenta-se **a questão problema:** Como está à inclusão social dos alunos, com diagnóstico de Paralisia Cerebral, frequentadores da Associação de Pais e amigos do Excepcional - APAE de Criciúmas/ SC?

1.2 Questões Norteadoras

Como questões norteadoras têm-se:

- 1- Quais as características sensório-motoras dos alunos com Paralisia Cerebral da APAE de Criciúma?
- 2- Qual o nível de independência funcional destes alunos?
- 3- Quantos alunos com Paralisia Cerebral da APAE de Criciúma frequentam também o ensino regular?
- 4- Quantos alunos frequentam locais públicos como mercados e praças?
- 5- Quantos alunos utilizam o transporte público?
- 6- Quantos alunos com Paralisia cerebral realizam atividades de lazer?

1.3 Hipóteses

1. As características sensório-motoras que provavelmente serão encontradas nos alunos da APAE/ Criciúma-SC é a tetraplegia, hemiplegia, diplegia, sendo que de acordo com o tipo elas poderão ser espástica, atáxica, discinética e mista (STOKES, 2000; FINNIE, 2000; LUNDY-EKMAN, 2008). A alteração da sensibilidade poderá estar presente ou não de acordo com o caso.
2. Poderão ser encontrados vários níveis de dependência funcional nestes alunos começando desde os totalmente dependentes, grave dependência, moderada dependência e independente.
3. Segundo Mittler (2003), todas as crianças com necessidades especiais devem ter acesso a todas as oportunidades educacionais e sociais oferecidas pela escola.

4. Provavelmente poucos alunos que tem paralisia cerebral frequentam locais públicos como mercados e praças, mas isso só depois de uma análise dos resultados poderá se precisar exatamente se a maior parte frequenta ou não locais públicos.
5. Poucos alunos fazem uso do transporte público visto que uma maior parte dos pais ainda prefere proteger os seus filhos ou ainda devido o preconceito que a sociedade apresenta diante destas crianças, ou ainda pelas barreiras arquitetônicas presentes nas cidades e falta de ônibus adaptado.
6. Essa questão só poderá ser respondida após a execução do referente estudo, mais são poucas as crianças com necessidades especiais que participam de atividades de lazer.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo geral

Avaliar a inclusão social de alunos da Associação de Pais e Amigos do Excepcional – APAE – Criciúma/SC com diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral.

1.4.2 Objetivos específicos

- 1- Identificar as características sensório-motoras dos alunos com Paralisia Cerebral da APAE de Criciúma;
- 2- Verificar o nível de independência funcional destes alunos;
- 3- Identificar quantos alunos com Paralisia Cerebral da APAE de Criciúma frequentam também o ensino regular;

- 4- Levantar quantos alunos frequentam locais públicos como mercados e shoppings;
- 5- Apontar quantos alunos utilizam o transporte público;
- 6- Relatar se os alunos com Paralisia cerebral da APAE de Criciúma/SC realizam atividades de lazer.

1.5 Justificativa

A escolha deste tema foi com base no que tem ocorrido na sociedade com relação às pessoas portadoras de necessidades especiais, não só no Brasil como em muitos outros países do mundo, sendo que em Angola, país de origem da acadêmica responsável por esta pesquisa, ainda se vê muito déficit com relação a esse assunto. A sociedade que valoriza a beleza física choca-se com esses comprometimentos e, geralmente, associa a deficiência física a um comprometimento cognitivo, que muitas vezes inexistente. Nota-se, modernamente, que a deficiência é a tradução de um modelo social, no qual o indivíduo acaba sofrendo muito mais com as manifestações secundárias de sua deficiência do que propriamente com as suas manifestações primárias (LEÃO et al, 2006).

Estudos acerca do tema podem contribuir para uma maior conscientização da população sobre a importância da inclusão social sobre a qualidade de vida dos portadores de Paralisia Cerebral.

Todas as pessoas, entre as quais se incluem as que possuem algum tipo de deficiência, têm direito ao acesso à educação, à saúde, ao lazer e ao trabalho. Essas áreas contribuem para a inserção social, desenvolvimento de uma vida saudável e de uma sociedade inclusiva (PAGLIUCA et al, 2007)

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Paralisia Cerebral

A Paralisia Cerebral (PC) é um distúrbio do movimento e postura que ocorre devido a uma lesão ou lesões no encéfalo em desenvolvimento (encéfalo imaturo) causando danos permanentes e não progressivo. Essas crianças poderão apresentar alterações de tônus e incoordenação da função motora, alterações sensoriais, déficit cognitivo e conseqüente dificuldade da criança em manter posturas e realizar movimentos normais (FINNIE, 2000; LUNDY-EKMAN, 2008; MAZZOTTA, 2009).

A PC é classificada de acordo com o tipo de disfunção do tônus muscular que podem ser: espástica, atáxica, discinética e mista; de acordo com o tipo clínico pode ser: tetraplegia ou tetraparesia, hemiplegia ou hemiparesia, diplegia ou diparesia, monoplegia ou monoparesia; e de acordo com a gravidade, que pode ser: leve, moderada e (STOKES, 2000; FINNIE, 2000; LUNDY-EKMAN, 2008), e de acordo com o grau de incapacidade, que pode ser: leve, moderado e severo (MINEAR, 1956 apud HOFFMANN et al, 2003).

Na maioria dos casos, além do prejuízo motor que está sempre presente, o paciente apresenta também danos associados que comprometem sua função intelectual, sensitiva, visual, auditiva, a fala, dentre outras (COSTA et al, 2007)

De acordo com Finnie (2000), a PC tetraplegia é quando os quatro membros são afetados, a paralisia cerebral hemiplérgica ocorre quando há comprometimento de uma metade do corpo, a paralisia cerebral diplérgica os membros inferiores são mais afetados do que os membros superiores e a paralisia cerebral monoplegia apenas um membro é afetado (menos comum).

Estudos epidemiológicos indicam que muitos casos de paralisia cerebral decorrem de eventos antes, no início e após o trabalho de parto.

A incidência de um parto prematuro leva em consideração fatores genéticos, ambientais e socioeconômicos. No Brasil, há poucas pesquisas que relatam a taxa de nascimentos pré-termo, porém alguns estudos observam crescimento de recém nascidos (RN) pré-termo: 16,2% em Pelotas (Rio Grande do Sul) em 2005 e a prevalência média no período de 1994 a 2005 em Londrina (Paraná) era de 6,9%, a de 2005 foi de 9% (SILVA et al, 2009 *apud* MEDEIROS et al, 2009).

A etiologia da Paralisia cerebral vem mudando ao longo dos tempos e não se atribui somente a um trabalho de parto difícil. Conforme Lundy-Ekman (2008) as causas da paralisia cerebral podem ser por desenvolvimento intra-uterino anormal, anormalidades metabólicas, distúrbios de coagulação, infecções como a rubéola e hipóxia (somente 10% dos casos). Os bebês que nascem antes do tempo (pré-termo) e de baixo peso tem maior risco de terem paralisia cerebral, 40-50%, devidos aos sérios riscos que estão sujeitas após o nascimento (FINNIE, 2000).

O recém-nascido pré-termo pode ser acometido por alterações pós-natais, apresentando sofrimentos clínicos, dentre eles, podem-se citar: hemorragia intra e periventricular, doenças respiratórias e cardíacas, infecções, distúrbios metabólicos, hematológicos, gastrintestinais, dificuldade na manutenção da temperatura corpórea e asfixia perinatal (GARCIA et al, 2005 *apud* MEDEIROS et al, 2009).

2.2 Inclusão Social

Como resultado de diversos movimentos, atualmente, a discussão sobre “inclusão social” revela ter cada vez mais impacto na nossa sociedade. Assim, a adversidade de situações e de pessoas que evocam essa premissa com garantia de direitos é imensa. Fala-se de inclusão social, econômica, escolar, digital, cultural, desinstitucionalização e outras. No entanto, a concepção do que venha a ser a inclusão

e qual a sua função na sociedade não é homogênea, não havendo uma definição comum sobre inclusão, sua terminologia sofrendo mudança através dos anos (ODOM e DIAMOND, 1998 *apud* RORIZ, 2005).

Inclusão social constitui um marco na história do Brasil como também em outras partes do mundo. Inclusão social é o processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade (SASSAKI, 2003).

A inclusão social das crianças ditas especiais constitui um papel importante, pois a mesma deve começar de casa, terminando na sociedade na qual elas esta inserida. Tem-se visto que ainda há uma dificuldade de aceitação de crianças com paralisia cerebral em alguns locais tais como escolas, locais públicos até mesmo pelas crianças ditas normais.

Em relação às pessoas que apresentam necessidades especiais, à aceitação das diferenças a estas é complexa, pois ainda são muito estigmatizadas as pessoas que apresentam paralisia cerebral e outras deficiências (LEÃO, et al, 2006).

No Brasil, a primeira APAE destinada a pessoas com necessidades especiais foi criada na década de 1950 na cidade do Rio de Janeiro (FERREIRA, 2004 *apud* RORIZ, 2005)

Segundo Araújo (2009), atuando junto às mães e cuidadores de crianças com disfunções neuromotoras, sobretudo as com paralisia cerebral, observa-se que as relações estabelecidas entre a família e a criança tendem a ser de super proteção. Os pais enxergam seus filhos como extremamente privados das mesmas possibilidades que as outras crianças consideradas de desenvolvimento normal, levando-os a um excesso de cuidado e de ajuda nas diversas tarefas que a criança necessita desempenhar no seu dia-a-dia. Este comportamento super protetor das mães e

cuidadores acabam limitando ainda mais o desenvolvimento da criança, que não encontra motivo e estímulo suficiente para ser mais ativa e independente, criando assim uma dependência emocional e uma insegurança frente ao mundo.

Hoje em dia tem se desenvolvido inúmeras estratégias para que as pessoas com necessidades especiais tenham acesso à escola do ensino fundamental a fim de conviverem com crianças ditas normais. Existem escolas que não acreditam nos benefícios que esses alunos poderão tirar da nova situação, especialmente dos casos mais graves, pois não teriam condições de acompanhar os avanços dos demais colegas e seriam ainda mais marginalizados e discriminados do que nas classes e escolas especiais (ARAÚJO, 2009).

A principal barreira da inclusão encontra-se na percepção dos professores de que as crianças especiais são diferentes e que a tarefa de educá-las requer um conhecimento e uma experiência especiais, um equipamento especial, um treinamento especial e escolas especiais (FORLIN, 1995 *apud* MITTLER, 2003). Felizmente, as evidências de pesquisa também sugerem que tais atitudes, em geral, mudam, uma vez que os professores tiveram uma experiência direta de incluir essas crianças nas salas de aula (MITTLER, 2003)

É notório que divergências sobre a implantação, a operacionalização e as chances de sucesso da inclusão permeiam todos os níveis educacionais. É mais notável ainda que os embates maiores aconteçam no ambiente da sala de aula, no qual professor e aluno se relacionam muito proximamente, sendo neste local, de fato, que a legislação e a filosofia sobre inclusão deveriam se efetivar (GARCIA, 2002 *apud* LEÃO, et al, 2006).

Segundo Mittler (2003) educação inclusiva envolve o processo de reforma e de reestruturação das escolas como um todo com o objetivo de assegurar que os alunos tenham acesso a todas as gamas de oportunidades educacionais e sociais oferecidas pela escola, o que inclui atividades de esporte, lazer e recreação.

A prática da inclusão social repousa em princípios até então considerados incomuns, tais como: a aceitação das deficiências individuais, a valorização de cada pessoa, a convivência dentro da diversidade humana, a aprendizagem através da cooperação. Quanto mais sistemas comuns de sociedade adotarem a inclusão, mais cedo se completará a construção de uma verdadeira sociedade para todos “sociedade inclusiva” (SASSAKI, 2003).

A organização mundial de saúde (OMS) concordou com desenvolvimento de um conjunto de padrões ou indicadores de qualidade em uma assembléia que ocorrera em Nova York em 1993. As 22 Normas-Padrão abrangem uma ampla gama de necessidades, incluindo educação, acessibilidade, emprego, pensão e seguridade social, vida em família e integridade pessoal, cultura, recreação, esporte e religião. Algumas regras dizem respeito às pré-condições para oportunidades iguais de participação e outras ao monitoramento e à implementação (MITTLER, 2003).

2.3 Acessibilidade

A acessibilidade é definida pela associação brasileira de Normas Técnicas (ABNT), NBR 9050/94, como a possibilidade e condições de alcance, com segurança e autonomia, de edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano. E a falta de acessibilidade a determinados locais e serviços leva as pessoas com deficiência física a se sentirem à margem da sociedade, gerando, muitas vezes, perturbações de estima e comportamento, que contribui ainda mais para a segregação social (ABNT, 2004 *apud* COELHO et al, 2008).

As pessoas com deficiência física para exercerem esses direitos e fortalecerem sua participação como cidadãos, há necessidade de se atingir alguns objetivos, como o direito a acessibilidade em edificações de uso público. Assim, a conquista por espaços livres de barreiras arquitetônicas implica a possibilidade e a condição de alcance para que portadores de deficiência utilizem com segurança e

autonomia as edificações, mobiliários, os equipamentos urbanos, os transportes e meios de comunicação (Godoy et al, 2000 *apud* PAGLIUCA et al, 2007).

As barreiras arquitetônicas normalmente encontradas são: ausência de pisos adequados, degraus, rampas, dimensão de portas, corrimãos, banheiros e transporte urbano (COELHO et al, 2008).

3. FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

3.1 Características do Estudo

Trata-se de uma investigação na área de conhecimento de Ciência da Saúde, subárea Fisioterapia, linha de pesquisa neurofuncional. Segundo Carminati (2001), caracteriza-se por uma pesquisa quali-quantitativa. Quanto à sua natureza, será aplicada, pelos objetivos será exploratória, de levantamento de dados e bibliográfica, quanto aos procedimentos técnicos.

3.2 Local

O estudo será desenvolvido na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE – Criciúma/SC, localizada na Rua Imigrante de Lucca, 600, Bairro Pinheirinho, com a devida autorização da diretora da escola (foi autorizado conforme assinatura da diretora nos documentos encaminhados).

3.3 Amostra

Participarão do estudo os alunos portadores de Paralisia Cerebral, que frequentam a APAE de Criciúma tanto no período matutino como vespertino, com o consentimento dos pais (ou cuidador), que assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I), caracterizando um processo de amostragem não probabilístico por conveniência. Conforme Mattar (2007), a amostra por conveniência é selecionada, como o próprio nome diz, por alguma conveniência do pesquisador. Também participará do estudo a diretora da escola.

Assim, como critérios de inclusão, determinam-se: crianças com Paralisia Cerebral que frequentam a APAE de Criciúma-SC, de ambos os sexos, sem discriminação da faixa etária, com a devida autorização do responsável para participar da pesquisa.

Como critérios de exclusão definem-se: todos os alunos e pais de alunos da APAE de Criciúma que não atenderem aos critérios de inclusão, ou seja, os que não assinarem o TCLE e alunos que não têm PC.

3.4 Período de Investigação

O referente estudo transcorrerá de Agosto de 2010 à Abril de 2011, sendo que a coleta de dados ocorrerá de Fevereiro à Abril, no qual será realizada a avaliação fisioterapêutica nas crianças com PC e a aplicação do questionário, será dirigido à diretora da instituição e aos pais dos alunos.

3.5 Instrumentos de Pesquisa

Como instrumento de pesquisa será elaborado um questionário (APÊNDICE II) para ser aplicado à diretora da APAE e outro, com questões abertas e fechadas, destinado aos pais ou responsáveis visando identificar a inclusão dos portadores de paralisia cerebral frente à acessibilidade, ao transporte coletivo, educação e lazer (APÊNDICE III). Além de uma ficha de avaliação fisioterapêutica (APÊNDICE IV), composta por anamnese e exame físico, aplicado nas crianças com PC pela acadêmica responsável pela pesquisa. Ainda será aplicado o Indicador de Barthel (ANEXO I) aos alunos com diagnóstico clínico de paralisia cerebral da APAE.

3.6 Procedimentos de Pesquisa

A acadêmica encaminhará o termo de consentimento aos pais das crianças com PC da APAE de Criciúma, após o consentimento será entregue aos pais um questionário, e aplicará a avaliação fisioterapêutica e o Índice de Barthel nas crianças com PC, bem como aplicará o questionário com a diretora da escola.

3.7 Análise estatística

Os dados coletados serão organizados inicialmente em tabelas e gráficos com auxílio do software macro software Excel versão 2007, onde será também calculada a média e o desvio padrão da idade das crianças pesquisadas. Em seguida os dados serão exportados para o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17.0 onde serão realizadas as análises estatísticas com nível de significância $\alpha = 0,05$ e com intervalo de confiança de 95%.

Para comparação das proporções encontradas nas variáveis “ensino regular”, “frequência em lugares públicos”, “uso de transporte público” e “participação em atividades de lazer, entre os tipos de topografias de lesão será aplicado o teste qui-quadrado de associação ou independência.

4. CRONOGRAMA

Ano/Mês	2010 Fev/Jul	2010 Ag/Set	2010 Out/Nov	2010 Dez	2011 Fev/Abr	2011 Maio	2011 Jun
Elaboração do Projeto de Pesquisa	X						
Submissão ao Comitê de Ética		X					
Revisão de Literatura	X	X	X	X	X	X	
Coleta de dados					X		
Tabulação dos Dados Coletados						X	
Análise e Discussão de Dados						X	
Redação Final							X
Apresentação da Pesquisa							X

5. ORÇAMENTO

Especificação	Quantidade	Valor unitário em R\$	Valor total em R\$
Material de consumo			
Cds	6 unidades	5,00	30,00
Papel	1 resma	50,00	50,00
Cartucho de tinta para impressora	4 unidades	35,00	140,00
Transporte		2,50	60,00
Despesas de Capital - Material Permanente			
Computador	1 unidade	Já existente	
Maquina fotográfica	1 unidade	Já existente	
Total			280,00

O projeto terá um custo aproximado de 280,00 (duzentos e oitenta) reais e será custeado pela acadêmica.

6. REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Denize Arouca. **Fatores dificultadores da inclusão Escolar de crianças com Paralisia Cerebral na perspectiva do cuidador**. Belo Horizonte – MG. Escola de Enfermagem da UFMG 2009. <<http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/DenizeArouca.pdf>> acesso em 08/06/2010.
- CARMINATI, Fábila Liliã Luciano. **Metodologia científica e da pesquisa**. Criciúma, SC: Lider, 2001. 93 p.
- COELHO, Giselle M. et. al. Análise do ambiente de lazer para portadores de deficiência física com alteração na locomoção na cidade de Salvador BA. **Fisioterapia Brasil – Volume 9 – Número 2 - março/abril de 2008**.
- COSTA, M. H. P. et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Paralisia Cerebral assistidos em um centro de odontologia do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**. Brasília - DF, Janeiro. 2007;18(2) p. 129-139.
- FINNIE, Nancie R. **O manuseio em casa da criança com Paralisia Cerebral**. 3 ed, SP: Manole, 2000.
- HOFFMAN, Ruth A.; TAFNER, Malcon A.; Fischer Julianne. Paralisia cerebral e aprendizagem: um estudo de caso inserido no ensino regular. Instituto Catarinense de Pós-Graduação (ICPG). **Órgão de Divulgação Científica e Cultural**. 2003, 1(2):75-82.<<http://www.icpg.com.br/artigos/rev02-12.pdf>> acesso em 23/06/2010.
- LEÃO, Andreza Marques de C. et al. Inclusão do aluno com dismotria cerebral ontogenética: Análise das práticas pedagógicas. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, Mai.-Ago. 2006, v.12, n.2, p.169-186.
- LUNDY-EKMAN, Laurie. **Neurociências: Fundamentos para a Reabilitação**. 3 ed, RJ: Elsevier, 2008.
- MATTAR, Frauze Najib. **Pesquisa de Marketing: edição compacta**. 4 ed, São Paulo: editora Atlas, 2007.
- MEDEIROS, Juliana K. B.; ZANIN, Rafaela O.; ALVES, Kátia da S. Perfil do desenvolvimento motor do prematuro atendido pela Fisioterapia. **Rev. Bras. Clin. Med.**, 2009;7:367-372. <<http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20091200/771.pdf>> acesso em 08/06/2010.
- MITTLER, Peter. **Educação Inclusiva: Contextos Sociais** 3 ed, PA: Artmed, 2003.
- O'SULLIVAN, SB; SCHMITZ, TJ. **Fisioterapia: avaliação e tratamento**. São Paulo: Manole, 2004. 1152 p.

PAGLIUCA, Lorita M. F.; ARAGÃO, Antônia E. A; ALMEIDA, Paulo César. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2007; 41(4):581-8. <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/06.pdf>> acesso em 14/09/10.

RORIZ, Taciana M.S. **Inclusão/ exclusão social e escolar de crianças com Paralisia Cerebral, sob a óptica dos profissionais de saúde**. Ribeirão Preto/ SP. 2005. <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-31072006-145520/>> acesso em 08/06/2010.

SASSAKI, Romeu K. **Inclusão**: construindo uma sociedade para todos. 5 ed, RJ: WVA, 2003.

SILVA, Livia J. A. de L.; MAZZOTTA, Marcos J. da Silveira. Importância da inclusão escolar na reabilitação fisioterapêutica de crianças com Paralisia Cerebral. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v.9, n.1, p.9-32, 2009 <http://www.mackenzie.com.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/Caderno_vol_8/Artigo_1_IMPORTANCIA_DA_INCLUSAO_ESCOLAR_NA_REABILITACAO_FISIOTERAPEUTICA_DE_CRIANCAS_COM_PARALISIA_CEREBRAL.pdf> acesso em 08/06/2010.

STOKES, Maria. **Neurologia para Fisioterapeutas**. SP: Editorial Premier. 2000.

APÊNDICES

Apêndice I – Termo de Consentimento Livre – Esclarecido

Apêndice I – Termo de Consentimento Livre – Esclarecido

TÍTULO: AVALIAÇÃO DA INCLUSÃO SOCIAL DE ALUNOS DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS – APAE – CRICIÚMA/SC COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE PARALISIA CEREBRAL

OBJETIVOS: A finalidade do estudo é de identificar as características sensório-motoras dos alunos com Paralisia Cerebral da APAE de Criciúma, verificar o nível de independência funcional destes alunos, identificar quantos alunos com Paralisia Cerebral da APAE de Criciúma frequentam também o ensino regular, levantar quantos alunos frequentam locais públicos como mercados e shoppings, apontar quantos alunos utilizam o transporte público, relatar se alunos com Paralisia cerebral da APAE de Criciúma/SC realizam atividades de lazer.

Indivíduos: O Sr(a) está sendo convidado a participar do estudo acompanhado por uma equipe treinada e qualificada com ampla experiência em todos procedimentos aqui propostos. Após a concordância de sua colaboração, realizar-se-á avaliação fisioterapêutica em seu filho, composta por anamnese e exame físico, além dos seguintes procedimentos:

1 – **Índice de Barthel:** Este tem como objetivo mensurar a independência funcional de indivíduos com patologia crônica ou não, indicando se estes precisam de cuidados. Ele avalia quantitativamente se o indivíduo é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente.

2 – **Aplicação de um questionário:** Com questões abertas e fechadas, destinado aos pais ou responsáveis visando identificar a inclusão dos portadores de paralisia cerebral frente à acessibilidade, ao transporte coletivo, educação e lazer.

Assim, como benefícios, citam-se a contribuição para o avanço da ciência.

No caso de dúvidas, o Sr(a) poderá solicitar esclarecimentos, assegurado o seu direito à resposta pela Prof^a Dra Evelin Vicente ou pela pesquisadora Joaquina Frederico no telefone 99826818.

Caso o Sr(a) venha a desistir da participação no estudo, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem que isto lhe traga qualquer forma de prejuízo ou punição.

As informações obtidas serão destinadas a fins científicos e em momento algum permitirão sua identificação ou interferência em sua privacidade.

Pela participação no estudo, o Sr(a) não receberá nenhuma forma de retribuição financeira e também não serão ressarcidas despesas com transporte e alimentação.

O abaixo assinado e identificado, sob a responsabilidade da **Profª Dra Évelin Vicente**, que assina este documento, declara ter recebido uma explicação clara e completa sobre a pesquisa acima mencionada a que se submete de livre e espontânea vontade, reconhecendo que:

1º - Foram explicadas as justificativas e os objetivos da pesquisa.

2º - Foram explicados os procedimentos que serão utilizados.

3º - Foram descritos os desconfortos e riscos esperados.

4º - Foi dada garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, e outros assuntos relacionados com a pesquisa.

5º - Foi dada a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do Estudo.

6º - Foi dada a garantia de não ser identificado e de ser mantido o caráter confidencial de informação em relação à minha privacidade e de meu filho.

7º - Foi assumido o compromisso de proporcionar-me informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar minha vontade em continuar participando.

8º - Foi informado que não haverá qualquer forma de retribuição financeira ou de ressarcimento com possíveis despesas.

9º - Assino o presente documento, em duas vias de igual teor, ficando uma em minha posse.

A minha assinatura neste *Consentimento Livre e Esclarecido* dará autorização ao pesquisador do estudo, ao comitê de ética, e a organização governamental de saúde de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Por este instrumento tomo parte voluntariamente do presente estudo

Criciúma, ____ de _____ de 2010.

Nome do paciente: _____

Nome do responsável: _____ Assinatura do Responsável:

_____ RG: _____

Declaro que este formulário foi lido para _____ (nome do responsável pelo paciente) em ____/____/____ (data) por _____ (nome do pesquisador) enquanto eu estava presente.

Apêndice II – Carta para Apreciação dos Questionários e Avaliação

Apêndice II – Carta para Apreciação dos Questionários e Avaliação

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC CURSO DE FISIOTERAPIA DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC II

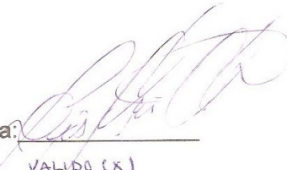
VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA

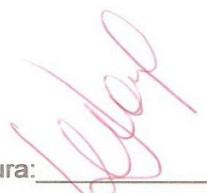
Eu, Joaquina Tatiana Simão Frederico, acadêmico da 9ª fase do curso de Fisioterapia da UNESC, cursando a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II (TCC II), venho através deste, solicitar a vossa colaboração para análise destes instrumentos de pesquisa com vistas à sua validação. O mesmo será aplicado em alunos com Paralisia Cerebral.


A pesquisa intitula-se “**Avaliação da inclusão social de alunos da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE – Criciúma/SC com diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral**”. O referido estudo está sob orientação técnica do Profª Dra Évelin Vicente e tem como finalidade avaliar a inclusão social de alunos da Associação de Pais e Amigos do Excepcional – APAE – Criciúma/SC com diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral, por meio de 1 encontro com as crianças e pais.

Assim, serão utilizados, como instrumentos de pesquisa: a) **Questionário para a Diretora APAE/Criciúma-SC** e b) **Questionário para os Pais ou Responsáveis das crianças**, que contêm informação sobre a inclusão social e acessibilidade das crianças que freqüentam a APAE de Criciúma; c) **Avaliação Fisioterapêutica** contendo alguns dados de identificação e dados para verificar o nível de independência funcional destes alunos.

Agradeço antecipadamente.

Professor (a) Avaliador (a): Liniane Helen Assinatura: 
Data: 03/11 / 2010. PREFER.: NÃO VÁLIDO () POUCO VÁLIDO () VÁLIDO (X)

Professor (a) Avaliador (a): Lee gi Fan Assinatura: 
Data: 24/11 / 2010. PREFER.: NÃO VÁLIDO () POUCO VÁLIDO () VÁLIDO (X)

Professor (a) Avaliador (a): TIAGO POTUCCI DE PAIVA Assinatura: 
Data: 15/03/2019 Parcial; NÃO VÁLIDO () Pouco VÁLIDO () VÁLIDO (X)

Apêndice III - Questionário para a Diretora APAE/Criciúma-SC

Apêndice III - Questionário para a Diretora APAE/Criciúma-SC

Data:

Nome:

Há quanto tempo existe a instituição em Criciúma (APAE)?

R:

Há quanto tempo exerce a função de diretora?

R:

Quantos alunos frequentam esta instituição?

R:

Deste quantos têm paralisia cerebral?

R:

Quais patologias os alunos que frequentam a APAE – Criciúma apresentam?

R:

Qual a patologia mais frequente?

R:

Você acha que a inclusão social é importante para esses alunos?

() Sim () Não Por quê? _____

Tem algum acompanhamento para a inclusão ao ensino regular desses alunos?

R:

Que tipo de acompanhamento?

R:

Há acompanhamento da professora do ensino regular?

R:

Qual a sua opinião em relação à inclusão dos alunos com paralisia cerebral no ensino regular?

R:

A APAE de Criciúma – SC realiza atividades de saída de Campo (ex: praças, etc) com os alunos?

R:

Caso a resposta anterior for sim, com que frequência?

R:

A APAE tem adaptações arquitetônicas para os portadores de necessidades especiais?

Sim Não Quais? _____

A APAE de Criciúma – SC realiza atividades de saída de Campo (ex: praças, etc) com os alunos?

R:

Caso a resposta anterior for sim, com que frequência?

R:

A APAE tem adaptações arquitetônicas para os portadores de necessidades especiais?

Sim Não Quais? _____

Apêndice IV - Questionário para os Pais ou Responsáveis das crianças

Apêndice IV - Questionário para os Pais ou Responsáveis das crianças

Data:

Nome do Responsável:

Nome da Criança:

Você sabe o que é inclusão Social?

Sim Não

Qual a sua opinião sobre a inclusão social em relação a seu filho?

R:

Você se sente preparada (o) para atuar nessa nova realidade social?

Sim Não

Se respondeu sim a pergunta anterior diga por quê?

R:

O seu filho freqüenta locais públicos?

Sim Não

Se a resposta anterior for sim, Quais?

Mercado Praças Parques

Estádios de futebol outros _____

O seu filho faz uso de transportes públicos?

Sim Não Quais? _____

Tem encontrado alguma dificuldade na utilização de locais e transportes públicos quando necessita?

Sim Não Quais dificuldades? _____

Seu filho realiza alguma atividade de lazer?

Sim

Não

Quais? _____

Considera importante a convivência de seu filho com outras crianças?

Sim

Não

Seu filho frequenta o ensino regular?

Sim

Não

Se a resposta anterior for não diga por quê?

R:

A escola do seu filho possui as adaptações necessárias para que ele possa realizar as atividades que desejar?

Sim

Não

Apêndice V – Avaliação Fisioterapêutica

Deambula como?

Engatinha Cadeira de rodas Outra _____

ANEXOS

ANEXO I – Índice de Barthel

ANEXO I - Índice de Barthel

Índice de Barthel		
<u>Alimentação</u>		
	10	Independente. Capaz de alimentar-se sozinho em um tempo razoavelmente normal. O alimento pode ser cozido e servido por outra pessoa.
	5	Necessita de ajuda para cortar a carne, passar a manteiga... Porém, é capaz de se alimentar sozinho.
	0	Dependente. Necessita que outra pessoa o alimente.
<u>Banhar-se</u>		
	5	Independente. Capaz de lavar-se sozinho, entrar e sair do banho sem auxílio e tomar o banho sem supervisão de outra pessoa.
	0	Dependente. Necessita de algum tipo de ajuda ou supervisão.
<u>Vestuário</u>		
	10	Independente. Capaz de vestir e tirar a roupa sem ajuda.
	5	Necessita de ajuda. Realiza sem ajuda mais da metade destas tarefas em um tempo razoável.
	0	Dependente. Necessita de ajuda.

<u>Atividades pessoais</u>		
	5	Independente. Realiza todas as atividades pessoais sem auxílio, sendo que os complementos necessários podem ser providenciados por outra pessoa.
	0	Dependente. Necessita de alguma ajuda.
<u>Evacuação</u>		
	10	Continente. Não apresenta episódios de incontinência.
	5	Acidentes ocasionais. Apresenta no máximo um episódio em 24 horas ou necessita ajuda para manipulação de sondas ou de outros dispositivos.
	0	Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas.
<u>Urina</u>		

<u>Deambulação</u>		
	15	Independente. Pode andar 50 metros, ou equivalente em casa sem ajuda ou supervisão. Pode utilizar qualquer ajuda mecânica, exceto um andador. Caso utilize prótese, pode colocá-la ou tirá-la sozinho.
	10	Necessita ajuda. Necessita supervisão ou uma pequena ajuda física por parte de outra pessoa, ou utiliza andador.
	5	Independente em cadeira de rodas. Não necessita ajuda, nem supervisão.
<u>Subir e descer escadas</u>		
	10	Independente. Capaz de subir e descer escadas de um andar sem ajuda ou supervisão de outra pessoa.
	5	Necessita ajuda. Necessita ajuda ou supervisão.
	0	Dependente. É incapaz de subir degraus.


	10	Co
	5	uti
	0	Ac
		ou
		se
		Inc
<u>Ir ao banheiro</u>		
	10	Inc
	5	Ne
	0	de
		De
<u>Transferência (C</u>		
	15	Inc
		un
	10	M
	5	Aj
	0	De
		É

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - dependência moderada
100 pontos – totalmente independente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total

Fonte: O'SULLIVAN e SCHMITZ, 2004.

ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética

ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética

 **Universidade do Extremo Sul Catarinense UNESC**
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Resolução
Comitê de Ética em Pesquisa, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

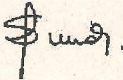
Projeto: 177/2010

Pesquisador:
Evelin Vicente
Joaquina Frederico

Título: "Avaliação da inclusão social de alunos da associação de pais e amigos dos excepcionais - APAE- Criciúma/SC com diagnóstico clínico de paralisia cerebral".

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicado ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores

Criciúma, 05 de outubro de 2010.


Mágda T. Schwalm
Coordenadora do CEP

ANEXO III – Carta de Autorização da APAE/Criciúma

ANEXO III – Carta de Autorização da APAE/ Criciúma

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE- UNESC
PROGRAMA DE GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE FISIOTERAPIA

Criciúma, 11 de Março de 2011.

Para Diretora APAE
Criciúma/ SC,

Com nossos cordiais cumprimentos, vimos solicitar permissão para que a acadêmica **Joaquina Tatiana Simão Frederico** possa realizar estudos nessa instituição para a realização de seu Trabalho de Conclusão do Curso de Fisioterapia, intitulado “**Avaliação da Inclusão Social de Alunos da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE – Criciúma/SC com diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral**”, sob orientação técnica da Profa Évelin Vicente.

Esclarecemos que a acadêmica pretende realizar um questionário aplicado a diretora da APAE, um questionário aplicado aos pais de alunos com Paralisia Cerebral (PC), e será aplicado uma Avaliação fisioterapêutica e indicador de Barthel as crianças com PC. Este estudo será desenvolvido no período de Março a Abril de 2011.


Este projeto foi encaminhado para o comitê de Ética da UNESC com a devida aprovação.

Agradecemos antecipadamente pela atenção e colocamo-nos à disposição.

Parecer da APAE: () Deferido () Indeferido



Profa Responsável pela Pesquisa



Responsável pela APAE

MARIA LUCIANA VIEIRA
Diretora
Matrícula 275.071-6-02
Escola Caminho da Luz - APAE

APAE DE CRICIÚMA
Endereço: Rua Imigrante de Luca, 600
Bairro: Pinheirinho - Fone: (48) 3438-1457/3438-254
CEP 88804-600 - CRICIÚMA - SC

CAPÍTULO II - ARTIGO

AVALIAÇÃO DA INCLUSÃO SOCIAL DE ALUNOS DA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS – APAE – CRICIÚMA/SC COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE PARALISIA CEREBRAL

EVALUATION OF THE SOCIAL INCLUSION OF STUDENTS OF THE ASSOCIATION OF PARENTS AND FRIENDS OF EXCEPTIONAL - APAE - CRICIÚMA / SC CLINICALLY DIAGNOSED WITH CEREBRAL PALSY

Joaquina Tatiana Simão FREDERICO¹

Évelin VICENTE²

RESUMO: A prevalência de pessoas portadoras de deficiência física é expressiva, especialmente nos países em via de desenvolvimento como Brasil. A prática da inclusão social repousa em princípios até então considerados incomuns, tais como: a aceitação das deficiências individuais, a valorização de cada pessoa, a convivência dentro da diversidade humana, a aprendizagem através da cooperação. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a inclusão social de alunos da Associação de Pais e Amigos do Excepcional – APAE – Criciúma/SC com diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral. Como metodologia para realização do presente estudo foi utilizado um questionário dirigido a diretora APAE, outro dirigido aos pais ou cuidadores, uma avaliação fisioterapêutica e o Índice de Barthel. Das 13 crianças que participaram do estudo 53% dos pacientes faziam uso de transporte públicos dos quais 30,8% encontrava dificuldade na utilização tanto de transportes como de locais públicos. Do total da amostra, 69,2% participam em atividades de lazer e apenas 1 (7,7%) frequenta o ensino regular. Conclui-se que existem pais que encontram alguma dificuldade tanto na questão de frequentar locais públicos como de usar os transportes coletivos. A APAE é o local que os pais sentem maior segurança em deixar os seus filhos.

PALAVRAS CHAVE: Paralisia Cerebral, estudantes da APAE, inclusão social, Índice de Barthel.

ABSTRACT: The prevalence of persons with physical disabilities is significant, especially in the developing countries like Brazil. The practice of inclusion rests on principles hitherto considered unusual, such as the acceptance of individual disabilities, the personal valuing, living within the human diversity, learning through cooperation. The aim of this study was to evaluate the inclusion of students of the Association of Parents and Friends of Exceptional - APAE - Criciúma / SC with a clinical diagnosis of Cerebral Palsy. To perform this study, it was used as methods a physical therapy evaluation and the Barthel Index. 53% patients from the 13 children participants of the study had used public transportation from which 30,8% had found difficulties in the usage of the public places and collective transportation. From the total of the sample, 69,2% had participated in leisure activities and only 1 (7,7%) attended regular school. It is concluded that some parents find difficulties when attending public places and collective transportation. The APAE is the place where the parents find more comfort and safety to leave their children.

KEYWORDS: Cerebral Palsy, APAE students, Social Inclusion, Barthel Index.

1. Graduanda do Curso de Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma/ SC.
Email: jftatiana82@yahoo.com.br.

2. Prof^ª Dr. Évelin Vicente Docente do Curso Fisioterapia da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC. Criciúma/ SC. Email: eve@unesc.net.

1 INTRODUÇÃO

Em decorrência das características e limitações do portador de paralisia cerebral, este, muitas vezes, encontra-se excluído socialmente em diversos aspectos como escolas, lazer e transporte, dentre outros.

A prevalência de pessoas portadoras de deficiência física é expressiva, especialmente nos países em via de desenvolvimento como Brasil (COELHO et al, 2008).

A Paralisia Cerebral é um distúrbio do movimento e postura que ocorre devido a uma lesão ou lesões no encéfalo em desenvolvimento (encéfalo imaturo) causando danos permanentes e não progressivo. Essas crianças poderão apresentar alterações de tônus e incoordenação da função motora, alterações sensoriais, déficit cognitivo e consequente dificuldade da criança em manter posturas e realizar movimentos normais (FINNIE, 2000; LUNDY-EKMAN, 2008; MAZZOTTA, 2009).

A PC é classificada de acordo com o tipo ou qualidade de disfunção do tônus muscular que podem ser: espástica, atáxica, discinética, hipotônica e mista; de acordo com o tipo clínico ou do comprometimento motor, pode ser: tetraplegia ou tetraparesia, hemiplegia ou hemiparesia, diplegia ou diparesia, monoplegia ou monoparesia (STOKES, 2000; FINNIE, 2000; LUNDY-EKMAN, 2008; FONSECA, 2008), e de acordo com o grau de incapacidade, que pode ser: leve, moderado e severo (MINEAR, 1956 apud HOFFMANN et al, 2003).

Na maioria dos casos, além do prejuízo motor que está sempre presente, o paciente apresenta também danos associados que compromete sua função intelectual, sensitiva, visual, auditiva, a fala, dentre outras (COSTA et al, 2007). De acordo com Finnie (2000), a paralisia cerebral tetraplegia é quando os quatros membros são afetados, a paralisia cerebral hemiplégica ocorre quando há comprometimento de uma metade do corpo, a paralisia cerebral diplégica os membros inferiores são mais afetados do que os membros superiores e a paralisia cerebral monoplegia apenas um membro é afetado (menos comum).

Estudos epidemiológicos indicam que muitos casos de paralisia cerebral decorrem de eventos antes, no início e após o trabalho de parto. A incidência de um parto prematuro leva em consideração fatores genéticos, ambientais e socioeconômicos (SILVA et al, 2009 apud MEDEIROS et al, 2009).

A etiologia da Paralisia Cerebral vem mudando ao longo dos tempos e não se atribui somente a um trabalho de parto difícil. Conforme Lundy-Ekman (2008), as causas da paralisia cerebral podem ser por desenvolvimento intra-uterino anormal, anormalidades metabólicas, distúrbios de coagulação, infecções como a rubéola e hipóxia (somente 10% dos casos). Os bebês que nascem antes do tempo (pré-termo) e de baixo peso tem maior risco de terem paralisia cerebral, 40-50%, devidos aos sérios riscos que estão sujeitas após o nascimento (FINNIE, 2000).

Como resultado de diversos movimentos, atualmente, a discussão sobre ‘inclusão social’ revela ter cada vez mais impacto na nossa sociedade. Assim, a adversidade de situações e de pessoas que evocam essa premissa com garantia de direitos é imensa. Fala-se de inclusão social, econômica, escolar, digital, cultural, desinstitucionalização e outras. No entanto, a concepção do que venha a ser a inclusão e qual a sua função na sociedade não é homogênea, não havendo uma definição comum sobre inclusão, sua terminologia sofrendo mudança através dos anos (ODOM e DIAMOND, 1998 *apud* RORIZ, 2005).

Inclusão social constitui um marco na história do Brasil como também em outras partes do mundo. *Inclusão social* é o processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade (SASSAKI, 2003).

Em relação às pessoas que apresentam necessidades especiais, à aceitação das diferenças a estas é complexa, pois ainda são muito estigmatizadas as pessoas que apresentam paralisia cerebral e outras deficiências (LEÃO et al, 2006).

No Brasil, a primeira APAE destinada a pessoas com necessidades especiais foi criada na década de 1950 na cidade do Rio de Janeiro (FERREIRA, 2004 *apud* RORIZ, 2005).

Segundo Araújo (2009), atuando junto às mães e cuidadores de crianças com disfunções neuropsicomotoras, sobretudo as com Paralisia Cerebral, observa-se que as relações estabelecidas entre a família e a criança tendem a ser de super proteção. Este comportamento super protetor das mães e cuidadores acabam limitando ainda mais o desenvolvimento da criança, que não encontra motivo e estímulo suficiente para ser mais ativa e independente, criando assim uma dependência emocional e uma insegurança frente ao mundo.

Existem escolas que não acreditam nos benefícios que esses alunos poderão tirar da nova situação, especialmente dos casos mais graves, pois não teriam condições de acompanhar os avanços dos demais colegas e seriam ainda mais marginalizados e discriminados do que nas classes e escolas especiais (ARAÚJO, 2009).

A principal barreira da inclusão encontra-se na percepção dos professores de que as crianças especiais são diferentes e que a tarefa de educá-las requer um conhecimento e uma experiência especiais, um equipamento especial, um treinamento especial e escolas especiais (FORLIN, 1995 *apud* MITTLER, 2003). Felizmente, as evidências de pesquisa também sugerem que tais atitudes, em geral, mudam, uma vez que os professores tiveram uma experiência direta de incluir essas crianças nas salas de aula (MITTLER, 2003).

É notório que divergências sobre a implantação, a operacionalização e as chances de sucesso da inclusão permeiam todos os níveis educacionais. É mais notável ainda que os embates maiores aconteçam no ambiente da sala de aula, no qual professor e aluno se relacionam muito proximamente, sendo neste local, de fato, que a legislação e a filosofia sobre inclusão deveriam se efetivar (GARCIA, 2002 *apud* LEÃO et al, 2006).

Segundo Mittler (2003), educação inclusiva envolve o processo de reforma e de reestruturação das escolas como um todo com o objetivo de assegurar que os alunos tenham acesso a todas as gamas de oportunidades educacionais e sociais oferecidas pela escola, o que inclui atividades de esporte, lazer e recreação.

A prática da inclusão social repousa em princípios até então considerados incomuns, tais como: a aceitação das deficiências individuais, a valorização de cada pessoa, a convivência dentro da diversidade humana, a aprendizagem através da cooperação. Quanto mais sistemas comuns de sociedade adotar a inclusão, mais cedo se completará a construção de uma verdadeira sociedade para todos “sociedade inclusiva” (SASSAKI, 2003).

A organização mundial de saúde (OMS) concordou com desenvolvimento de um conjunto de padrões ou indicadores de qualidade em uma assembléia que ocorreria em Nova York em 1993. As 22 Normas-Padrão abrangem uma ampla gama de necessidades, incluindo educação, acessibilidade, emprego, pensão e seguridade social, vida em família e integridade pessoal, cultura, recreação, esporte e religião. Algumas regras dizem respeito às

pré condições para oportunidades iguais de participação e outras ao monitoramento e à implementação (MITTLER, 2003).

A acessibilidade é definida pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), NBR 9050/94, como a possibilidade e condições de alcance, com segurança e autonomia, de edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano. E a falta de acessibilidade a determinados locais e serviços leva as pessoas com deficiência física a se sentirem à margem da sociedade, gerando, muitas vezes, perturbações de estima e comportamento, que contribui ainda mais para a segregação social (ABNT, 2004 *apud* COÊLHO et al, 2008).

As pessoas com deficiência física para exercerem esses direitos e fortalecerem sua participação como cidadãos, há necessidade de se atingir alguns objetivos, como o direito a acessibilidade em edificações de uso público. Assim, a conquista por espaços livres de barreiras arquitetônicas implica a possibilidade e a condição de alcance para que portadores de deficiência utilizem com segurança e autonomia as edificações, mobiliários, os equipamentos urbanos, os transportes e meios de comunicação (Godoy et al, 2000 *apud* PAGLIUCA et al, 2007).

As barreiras arquitetônicas normalmente encontradas são: ausência de pisos adequados, degraus, rampas, dimensão de portas, corrimãos, banheiros e transporte urbano (COÊLHO et al, 2008).

2 Métodos

Esta pesquisa é uma investigação na área de conhecimento da Ciência da Saúde, subárea Fisioterapia, linha de pesquisa neurofuncional. Segundo Carminati (2001), caracteriza-se por uma pesquisa quali-quantitativa. Quanto à sua natureza, é aplicada, pelos objetivos é exploratória e, de levantamento de dados e bibliográfica, quanto aos procedimentos técnicos. Este estudo teve como objetivo avaliar a inclusão social de alunos da Associação de Pais e Amigos do Excepcional – APAE – Criciúma/SC com diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral.

O estudo foi desenvolvido na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE – Criciúma/SC, com a devida autorização da diretora da escola.

Participaram do estudo os alunos portadores de paralisia cerebral, que frequentam a APAE de Criciúma tanto no período matutino como vespertino, com o consentimento dos pais (ou cuidadores), que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), caracterizando um processo de amostragem não probabilístico por conveniência. Conforme Mattar (2007), a amostra por conveniência é selecionada, como o próprio nome diz, por alguma conveniência do pesquisador. Também participou do estudo a diretora da escola.

Assim, como critérios de inclusão determinaram-se: crianças com paralisia cerebral que frequentam a APAE de Criciúma-SC, de ambos os sexos, sem discriminação da faixa etária, com a devida autorização do responsável para participar da pesquisa.

Como critérios de exclusão definiram-se: todos os alunos e pais de alunos da APAE de Criciúma que não atenderem aos critérios de inclusão, ou seja, os que não assinarem o TCLE e alunos que não têm PC. O projeto foi encaminhado e aprovado pelo comitê de ética com o parecer número 177/2010.

O referente estudo transcorreu de agosto de 2010 à abril de 2011, sendo que a coleta de dados ocorreu de fevereiro a abril de 2011, no qual foi realizada a avaliação fisioterapêutica nas crianças com PC e a aplicação de um questionário dirigido à diretora da instituição e aos pais dos alunos.

O questionário aplicado à diretora da APAE e aos pais ou responsáveis constituiu-se de questões abertas e fechadas, visando identificar a inclusão dos portadores de Paralisia Cerebral frente à acessibilidade, ao transporte coletivo, educação e lazer. Além de uma ficha de avaliação fisioterapêutica, composta por anamnese e exame físico, aplicada nas crianças com PC pela acadêmica responsável pela pesquisa. Foi aplicado o Índice de Barthel aos alunos com diagnóstico clínico de Paralisia Cerebral da APAE.

A acadêmica encaminhou o termo de consentimento aos pais das crianças da APAE de Criciúma, após o consentimento, foi entregue aos pais um questionário, e aplicou a avaliação fisioterapêutica e o Índice de Barthel nas crianças com PC, bem como aplicou o questionário com a diretora da escola.

Índice de Barthel avalia a funcionalidade do paciente medindo o grau assistência exigido em dez atividades, ou seja, o nível de independência nas atividades de auto-cuidado, como: alimentação, higiene pessoal, vestir-se, controle de esfínteres (bexiga e intestino), deambulação, subir escadas, transferência da cadeira para cama. A pontuação é de 0 (zero), 5 (cinco), 10 (dez) e 15 (quinze). A nota é proporcional à independência, quanto maior for a nota mais independente é o paciente. Pontuação máxima é 100 e abaixo de 50 significa dependência (O’SULLIVAN e SCHMITZ, 2004).

Os dados coletados foram organizados inicialmente em tabelas e gráficos com auxílio do software Microsoft Excel versão 2007, onde foi também calculada a média e o desvio padrão da idade das crianças pesquisadas. Em seguida os dados foram exportados para o software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.0 onde foram realizadas as análises estatísticas com nível de significância $p < 0,05$ e com intervalo de confiança de 95%.

Para a comparação das proporções encontradas nas variáveis “ensino regular”, “frequência em lugares públicos”, “uso de transporte público”, “participação em atividades de lazer” e “tipo clínico” entre as categorias do “Índice de Barthel” foram aplicado o teste qui-quadrado de associação ou independência.

3 Resultados

Fizeram parte do presente estudo 13 crianças, a média de idade foi de 12, 22; desvio padrão de $\pm 7,58$, mediana 15, sendo que a idade mínima foi de 1 ano e máxima foi de 20 anos. Foram 12 crianças da cor branca e apenas uma da cor negra, 11 do sexo masculino e 2 do sexo feminino.

Ao cruzarem-se as variáveis qualitativas Tipo clínico com o Índice de Barthel pode-se perceber uma distribuição equilibrada entre as categorias do indicador na Diplegia, o que não ocorreu na Hemiplegia, onde houve uma maior concentração dos casos na categoria dependência leve (75%), já na Tetraplegia maior concentração dos casos ocorreu na dependência total (83,3%), resultado estes que não indicam a existência de associação entre as variáveis Índice de Barthel e Tipo Clínico ($p=0,07$). Os outros resultados mostram que

frequência ao ensino regular, frequência a locais públicos e participação ao ensino regular não tem relação com o grau do Índice de Barthel, conforme ilustrado na Tabela 1.

Tabela 1. Relação do tipo clínico, frequência no ensino regular, locais públicos e utilização de transportes públicos com o Índice de Barthel.

	Índice de Barthel (Classificação)				Valor - p
	T.I.	D.L.	D.S.	D.T.	
Tipo Clínico					
Diparesia	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (33,3)	1 (33,3)	
Hemiparesia	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,070
Tetraparesia	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	5 (83,3)	
Frequência no Ensino Regular					
Sim	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0,738
Não	1 (8,3)	4 (33,3)	2 (16,7)	5 (41,7)	
Frequência locais Público					
Sim	1 (9,1)	4 (36,4)	1 (9,1)	5 (45,5)	0,431
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	1 (50,0)	
Utilização Transportes Público					
Sim	0 (0,0)	3 (42,9)	2 (28,6)	2 (28,6)	0,202
Não	1 (16,7)	1 (16,7)	0 (0,0)	4 (66,7)	
Participação Atividades Lazer					
Sim	1 (11,1)	4 (44,4)	1 (11,1)	3 (33,3)	0,307
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	3 (75,0)	

Fonte: Da Pesquisadora, 2011.

Legenda: T.I. - Totalmente Independente; D.L. - Dependência Leve; D.S - Dependência Severa; D.T - Dependência Total.

A tabela 2 mostra os valores referentes a alguns itens da avaliação na qual 6 (seis) crianças apresentavam tetraparesia com (46%), seguida por diparesia 4 (quatro) crianças (31%), hemiparesia 3 (três) crianças (23%). Das 13 (treze) crianças avaliadas 9 (nove) (69%) apresentava controle de cervical e tronco, 6 (seis) (46%) andavam, 6 (seis) (46%) usavam cadeiras de rodas e apenas 1 (uma) (8%) engatinhava. Das crianças avaliadas, 6 (seis) (46%) apresentavam dependência total.

Tabela 2. Dados da Avaliação.

Dados da Avaliação	
Tipo Clínico	
Hemiparesia	3 (23%)
Diparesia	4 (31%)
Tetraparesia	6 (46%)
Controle de cervical e tronco	
Sim	9 (69%)
Não	4 (31%)
Locomoção	
Engatinha	1 (8%)
Anda	6 (46%)
Cadeira de roda	6 (46%)
Nível de dependência (Índice de Barthel)	
Totalmente dependente	1 (8%)
Dependência leve	4 (31%)
Dependência moderada	0 (0%)
Dependência severa	2 (15%)
Dependência total	6 (46%)
Uso de órteses	
Sim	3 (23%)
Não	10 (77%)

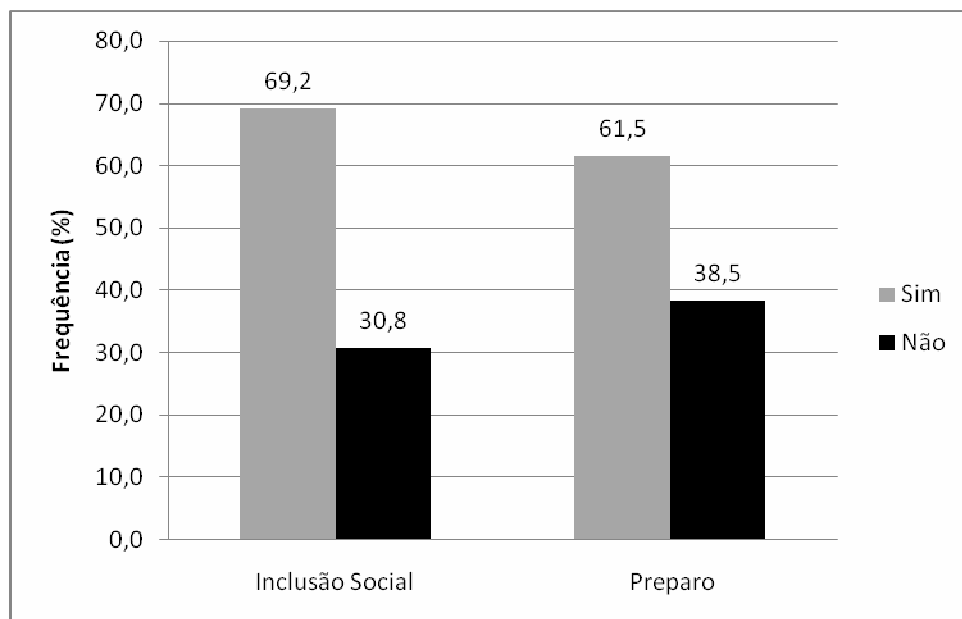
Fonte: Da Pesquisadora, 2011

Das 13 crianças que participaram do estudo, 9 (nove) (69,2%) responderam que sabiam o que significavam a inclusão social e 4 (quatro) (30,8%) não sabiam o que é a inclusão social. Quanto a questão se “sentem preparados para essa realidade social em relação ao seus filhos” 8 (oito) (61,5%) responderam que sim e 5 (cinco) (38,5%) responderam que não se sentem preparados. Algumas cuidadores tem a opinião que é importante, seus filhos serem inclusos socialmente. Segundo o relato de alguns pais: *“Meu filho lê bem e está em condições de ser rebevido socialmente”*; *“Acho importante a inclusão social em relação a minha filha, por causa do preconceito, a inclusão social me ajudaria bastante no trato com minha filha”*; *“Acredito que não tem que ter só a inclusão, mas sim o preparo dos profissionais para atuar com um especial”*; *“Importante para a sociedade passar a conhecê-lo melhor, e verificar o potencial de cada um”*.

Dos cuidadores que responderam que se sentem preparados para essa nova realidade social (inclusão social) em relação a seus filhos; dizem que devido ao que vem passando, a experiência de vida com os mesmos aprenderam bastante e já sentem seus filhos

normais ou seja foram “obrigados” a se preparar devido a sua realidade. Os que não se sentem preparados como eles relatam devido a questão do descaso, preconceito, o jeito que as outras pessoas olham para seus filhos devido a condição dos mesmo, sorrindo do jeito de caminhar. Crianças de outros colégios também não estão preparadas para essa realidade. Segundo uma mãe, “ninguém está preparado na sociedade”.

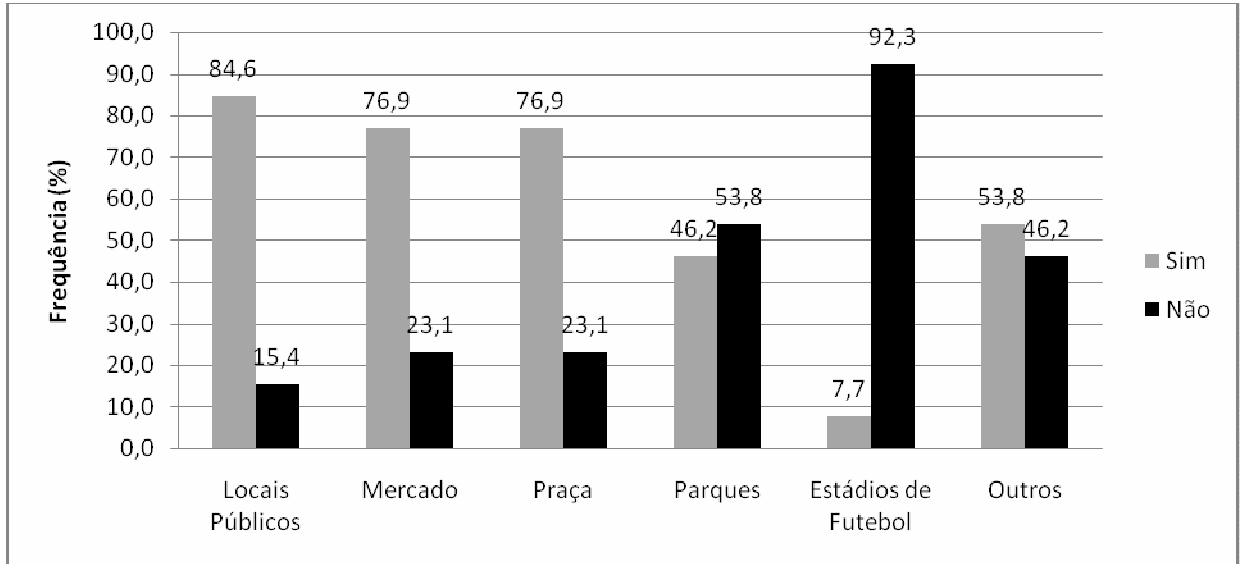
Figura 1 – Referente aos Pais que tinham o conhecimento sobre Inclusão Social e Preparo dos Pais com esta realidade social em relação aos filhos.



Fonte: Da Pesquisadora, 2011

As crianças frequentavam locais públicos tendo um total de (84,6%) e apenas (15,4%) que não frequentavam. Desses que fazem uso de locais públicos, mercados e praças são os locais mais frequentados com 10 (dez) das crianças avaliadas (76,9%) seguido de outros locais com 7 (sete) crianças (53,8), parques 6 (seis) crianças (46,2%) e estádios de futebol que foi o menos frequentado pelas crianças com apenas 1 (uma) (7,7%). Pode-se constatar segundo os dados que a maior parte das crianças pesquisadas estavam encerradas no meio social, conforme a figura 2.

Figura 2 – Frequência das crianças em locais públicos.

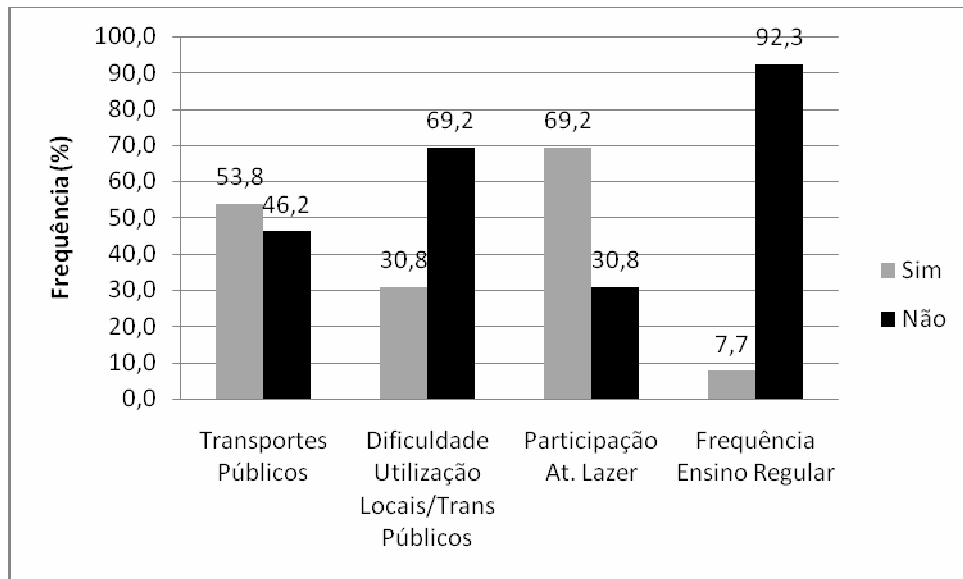


Fonte: Da Pesquisadora, 2011

Conforme mostra a figura 3, 53% dos pacientes faziam uso de transporte públicos dos quais 30,8% encontrava dificuldade na utilização tanto de transportes como de locais públicos. Alguns relatavam que encontravam dificuldade devido a acessibilidade, pois não possui nos ônibus “*lugar para a cadeira de rodas*”. Do total da amostra, 69,2% participam em atividades de lazer e apenas 1 (7,7%) frequenta o ensino regular. Segundo os pais, seus filhos não frequentam o ensino regular porque são pequenos e também devido a idade não se enquadram mais com as outras crianças, pois encontram-se atrasados em relação as outras”. Segundo relato da diretora da APAE de Criciúma-SC, só as crianças que estão incluídas no sistema SAEDE (Serviço de Atendimento Educacional Especializado) são obrigadas a frequentar o ensino regular até os 17 anos. Essas crianças estão em acompanhamento através de uma assessoria nas escolas do ensino regular mensalmente pelo professora e orientadora do setor e dificilmente uma professora do ensino regular procura e instituição. Para a instituição, a inclusão no ensino regular em relação aos alunos com PC é relativo, pois cada indivíduo possui particularidades e essa avaliação não pode ser generalizada, por outro lado porque nem todas as escolas estão preparadas para receber esses alunos. Existem alunos que precisam sim de atendimentos em escolas especiais. Os alunos dentro da APAE participam até com certa frequência de atividades fora do ambiente escolar sempre que as professoras programam uma saída de campo e os passeios coletivos em teatros,

shopping, praças, UNESCO, entre outros. A APAE possui adaptações arquitetônicas para os portadores de necessidades especiais tais como rampas, corrimões, fraldários adaptados, entre outras.

Figura 3 – Frequência em transportes públicos, as dificuldades que encontram, participação em atividades de lazer e frequência no ensino regular.



Fonte: Da Pesquisadora, 2011

4 Discussão

A inclusão social das crianças ditas especiais constitui um papel importante, pois a mesma deve começar de casa, terminando na sociedade na qual elas estão inseridas. Tem-se visto que ainda há uma dificuldade de aceitação de crianças com paralisia cerebral em alguns locais tais como escolas, locais públicos até mesmo pelas crianças ditas normais.

A maior parte dos cuidadores encontra-se preparado em relação à convivência com seus filhos. Segundo o trabalho de Dantas e colaboradores (2010), o ambiente familiar é importante e contribui para o desenvolvimento e o crescimento de uma criança, seja ela deficiente ou não. Nesse sentido, a família precisa se reestruturar para aceitar o filho, para que juntos, possam enfrentar as circunstâncias que a deficiência gera na dinâmica familiar. O que vai de encontro com o resultado obtido em relação aos pais ao dizerem que tiveram que se preparar, pois eles são especiais.

A superação de tais sentimentos requer mobilização emocional da família para a aceitação do filho com PC, pois além de tornar o ambiente familiar mais prazeroso, poderá contribuir para o processo de inclusão dessa criança na família e comunidade (DANTAS, et al, 2010).

Diante das pessoas com deficiência, em geral nos sentimos incomodados, e sentimentos contraditórios de repulsa e compaixão são comuns. O preconceito e a falta de informação nos impedem de descobrir um caminho de transformação e descoberta de vivência frente à deficiência, sendo comum o afastamento da sociedade (DANTAS, et al, 2010).

Quanto à acessibilidade do indivíduo com deficiência no ambiente de lazer pode-se perceber diversos pontos de inadequação, segundo as normas da ABNT, promovendo dificuldades dessas pessoas em se locomover, devido às barreiras arquitetônicas e urbanísticas (COELHO, 2008).

Segundo o estudo de Barros (2005), o que pode haver de ruim na vida de uma pessoa deficiente não está na deficiência propriamente dita, mas na sociedade em que ela vive. Uma vez transformada a sociedade – adaptada arquitetônica e urbanisticamente –, viver com deficiências – defeitos físicos, sem enxergar, sem ouvir, ou sem andar – passa a ser tão bom, em princípio, quanto viver uma vida andando, enxergando e ouvindo normalmente.

Em relação ao passe livre no Estado do Rio de Janeiro, algumas frotas de ônibus, estações de metrô e de trens não têm acesso adaptado aos deficientes e, por vezes, os motoristas de ônibus não param para que as mães embarquem com seus filhos (ELIAS, et al, 2008).

O estigma transmitido a uma criança com deficiência constitui-se em um problema social que produz efeitos desagradáveis, constrangedores e limitantes. É a sociedade que define a deficiência como uma incapacidade, algo indesejado e com limitações para quem a apresenta, geralmente maiores do que as existentes, já que é ela que define os padrões (DANTAS, et al, 2010).

A maioria dos pais como já passaram por constrangimentos de ver seus filhos sofrerem por causa das conseqüências geradas quando frequentam as escolas do ensino regular. O fato de serem diferentes como eles próprios mencionam, faz com que a preferência

seja que seus filhos não freqüentem a escola regular devido a idade das crianças e por estarem irregulares. Por isso, a importância da informação da sociedade neste campo.

Em um estudo de odontologia de inclusão social de pessoas com deficiência mostrou que após abordagem dos estudantes de odontologia através de um questionário, em que os resultados mostraram uma tendência geral de maior número de respostas com polarização positiva por parte dos alunos, a qual aumentou após as aulas relativas à pacientes especiais. No que se refere às análises quanto ao foco na pessoa ou nas ações inclusivas, houve um predomínio de respostas com foco na pessoa o que se deve, principalmente, ao tipo de pergunta feita, com descrição de situações específicas. Entretanto, após o módulo, houve um aumento nas respostas com foco nas ações inclusivas, em que os alunos trouxeram exemplos do cotidiano e utilizaram informações apresentadas nas aulas (MORAES, et al, 2006). O que mostra que a questão informação tem um papel fundamental para a sociedade visando o mostrar a melhor maneira de lidar com pessoas especiais, pois todos fazem parte de uma sociedade da qual temos direitos e deveres.

Apenas um aluno frequenta o ensino regular e segundo a mãe a escola não possui acessibilidade. O que vai de encontro a uma pesquisa sobre acessibilidade no ensino público mostrou que poucos alunos freqüentam a escola pública que constatou que poucos alunos portadores de deficiência física freqüentam as escolas públicas, talvez por não fornecerem condições mínimas de acessibilidade. Algumas dificuldades encontradas foram quanto à falta de preparo do corpo docente para trabalhar e orientar os alunos portadores de deficiência física (PDF), tanto nas atividades físicas ou de recreação, como nas atividades em sala de aula, com relação à postura, pois não existe nenhum treinamento que os habilite para desempenhar estas funções (TAGLIARI, et al, 2006). Na pesquisa de Elias e colaboradores (2008), verificou-se que a matrícula escolar obteve o maior percentual de obtenção dos itens foram pesquisados, mesmo com todos os obstáculos criados pela direção e professores, que talvez, por falta de capacitação, encontram-se receosos em lidar com esses alunos.

Para apoiar os sistemas de ensino, a secretaria desenvolve o Programa de Formação Continuada de Professores na Educação Especial, presencialmente e a distância, Programa de Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais, Programa Escola Acessível (adequação de prédios escolares para a acessibilidade), Programa BPC (Benefício de Prestação Continuada) na Escola e Programa Educação Inclusiva: Direito à Diversidade, que

forma gestores e educadores para o desenvolvimento de sistemas educacionais inclusivos (BRASIL, 2008).

5 Conclusão

Segundo os resultados deste estudo, ainda existem algumas dificuldade dos pais quanto a inclusão de seus filhos na sociedade, apesar da maioria se sentir preparada para a inclusão social. Existem pais que encontram alguma dificuldade tanto na questão de frequentar locais públicos como de usar os transportes coletivos. Entretanto, encontrou-se um ponto positivo, boa parte dessas crianças fazem uso de locais e transportes públicos, embora o segundo em menor proporção. Alguns ainda estão presenciando o estigma do preconceito da sociedade pelo fato de seus filhos serem especiais. A sociedade apesar dos esforços que vem fazendo quanto a divulgar informações a respeito dos diferentes tipos de deficiência ainda tem encontrado dificuldade na aceitação dessas crianças. A APAE possui adaptações necessárias para essas crianças e os pais sentem a maior segurança em deixar os seus filhos na mesma ao invés das escolas do ensino regular, visto que estas muitas vezes não se encontram preparadas para receber crianças com deficiência, tanto na questão de acessibilidade quanto no preparo dos profissionais.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D. A. *Fatores dificultadores da inclusão Escolar de crianças com Paralisia Cerebral na perspectiva do cuidador*. 113f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem). Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte – MG. 2009. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/mestrado/dissertacoes/DenizeArouca.pdf>> acesso em 08/06/2010.

BARROS, A. Alunos com Deficiência nas Escolas Regulares: limites de um discurso. *Saúde e Sociedade*. Sao Paulo, v.14, n.3, p.119-133, set-dez 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n3/08.pdf>> acesso 20/0511.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. *Programa educação inclusiva*. Ministério da Educação, 2008. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp>>. Acesso em: 29.04.2011.

- CARMINATI, F. L. L. *Metodologia científica e da pesquisa*. Criciúma, SC: Lider, 2001. 93p.
- COÊLHO, G. M. et al. Análise do ambiente de lazer para portadores de deficiência física com alteração na locomoção na cidade de Salvador BA. *Fisioterapia Brasil* – v.9 – n.2 - março/abril de 2008. p 93-97.
- COSTA, M. H. P. et al. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com Paralisia Cerebral assistidos em um centro de odontologia do Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde*. Brasília - DF, Janeiro. 2007;18(2) p. 129-139.
- DANTAS, M. S. A. et al. Impacto do diagnóstico de Paralisia Cerebral para a família. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, Abr-Jun; v.19, n.2, p. 229-37, 2010.
- ELIAS, M. P. et al. Acessibilidade e benefícios legais disponíveis no Rio de Janeiro para portadores de deficiência física. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, n.3, maio/junho, 2008. p. 1041-1050.
- FINNIE, N. R. *O manuseio em casa da criança com Paralisia Cerebral*. 3 ed, SP: Manole, 2000. 8-9p.
- FONSECA, L. F.; LIMA, C. L. A. *Paralisia cerebral: Neurologia. Ortopedia. Reabilitação*. 2 ed. RJ: Medbook, 2008, p. 47.
- HOFFMAN, R. et al. Paralisia cerebral e aprendizagem: um estudo de caso inserido no ensino regular. Instituto Catarinense de Pós-Graduação (ICPG). *Órgão de Divulgação Científica e Cultural*, 2003. Disponível em: <<http://www.icpg.com.br/artigos/rev02-12.pdf>> acesso em 23/06/2010.
- LEÃO, A. M, C. et al. Inclusão do aluno com dismotria cerebral ontogenética: Análise das práticas pedagógicas. *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília, Mai.-Ago. 2006, v.12, n.2, p.169-186.
- LUNDY-EKMAN, L. *Neurociências: Fundamentos para a Reabilitação*. 3 ed, RJ: Elsevier, 2008. 82p.
- MATTAR, Frauze Najib. *Pesquisa de Marketing: edição compacta*. 4 ed, São Paulo: editora Atlas, 2007.
- MEDEIROS, J. K. B. et al. Perfil do desenvolvimento motor do prematuro atendido pela Fisioterapia. *Revista Brasileira Clínica Médica*, 2009;7:367-372. <<http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20091200/771.pdf>> acesso em 08/06/2010.

MITTLER, P. *Educação Inclusiva: Contextos Sociais*. 3 ed. PA: Artmed, 2003.

MORAES, A. B. A. et al. Verbalizações de alunos de Odontologia sobre a Inclusão Social de pessoas com deficiência. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 3, p. 607-615, set./dez. 2006.

O'SULLIVAN, S. B; SCHMITZ, T. J. *Fisioterapia: avaliação e tratamento*. São Paulo: Manole, 2004. 1152 p.

PAGLIUCA, L. M. F. et al. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 2007; 41(4):581-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/06.pdf>> acesso em 14/09/10.

RORIZ, T. M. S. *Inclusão/ exclusão social e escolar de crianças com Paralisia Cerebral, sob a óptica dos profissionais de saúde*. Dissertação (Mestre em Ciências Médicas). USP. Ribeirão Preto/ SP. 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17148/tde-31072006-145520/>> acesso em 08/06/2010.

SASSAKI, R. K. *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*. 5 ed, RJ: WVA, 2003.

SILVA, L. J. A. L.; MAZZOTTA, M. J. S. Importância da inclusão escolar na reabilitação fisioterapêutica de crianças com Paralisia Cerebral. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, São Paulo, v.9, n.1, p.9-32, 2009. Disponível em: http://www.mackenzie.com.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/Caderno_vol_8/Artigo_1_IMPORTANCIA_DA_INCLUSAO_ESCOLAR_NA_REABILITACAO_FISIOTERAPEUTICA_DE_CRIANCAS_COM_PARALISIA_CEREBRAL.pdf > acesso em 08/06/2010.

STOKES, Maria. *Neurologia para Fisioterapeutas*. SP: Editorial Premier. 2000. 256-7p.

TAGLIARI, C. et al. Análise da acessibilidade dos portadores de deficiência física nas escolas da rede pública de Passo Fundo e o papel do fisioterapeuta no ambiente escolar. *Revista Neurociências*. v.14, n.1, p. 10-14, jan/mar, 2006.

CAPÍTULO III- NORMA DA REVISTA

NORMAS DA REVISTA

Escopo e política

1 A **Revista Brasileira de Educação Especial** publica artigos dos membros-sócios da ABPEE, cujo foco seja a Educação Especial. O recebimento dos artigos é em fluxo contínuo conforme ordem de chegada. O prazo para avaliação pode demorar de três a seis meses. O prazo para publicação pode demorar de 12 a 18 meses. Após a avaliação, e sendo o artigo aprovado, todos os autores do artigo deverão realizar cadastro na ABPEE e pagar anuidade, uma vez que a revista é mantida pelos seus sócios. Somente os sócios da ABPEE recebem a revista impressa, porém, a revista "on line" está aberta para toda a comunidade científica por meio do SciELO.

2 As colaborações podem ser apresentadas como:

2.1 Relato de pesquisa;

2.2 Ensaio teórico;

2.3 Revisão de literatura;

2.4 Resenha.

3 Os artigos devem ser *inéditos* (de preferência em português), cabendo à revista a exclusividade da sua publicação. Precisam atender aos seguintes *critérios*:

3.1 Adequação ao escopo da revista;

3.2 Qualidade científica, atestada pela Comissão Editorial e ouvido o Conselho Consultivo;

3.3 Cumprimento das presentes *Normas*;

3.4 Após aceitos, os artigos podem sofrer alterações não substanciais (reparagrafações, correções gramaticais e adequações estilísticas) na etapa de *editoração de texto*.

3.5 As resenhas deverão conter, no máximo, duas laudas e serem redigidas por, no máximo, dois autores. Somente serão aceitas resenhas cujo ano de publicação da obra for o ano de publicação da revista ou imediatamente anterior à publicação. Por exemplo, se a revista está sendo publicada em 2008, a obra deverá ter sido

publicada em 2008 ou 2007. Cada autor de resenha terá direito a um exemplar da revista.

4 Aceitação e revisão dos textos: os artigos recebidos são enviados (com exclusão do nome dos autores) a dois pareceristas pertencentes ao Conselho Consultivo da ABPEE que indicam a aceitação, a recusa ou as reformulações necessárias.

Em caso de pareceres contrários a aceitação, o artigo é analisado pelos editores que definem ou não a sua publicação baseado nas indicações dos pareceres. A revisão da normalização técnica é realizada pelos editores.

5 Não há *remuneração* pelos trabalhos, mas o autor de cada artigo recebe 03 (três) exemplares da revista; no caso do artigo assinado por mais de um autor, são entregues 05 (cinco) exemplares. O(s) autor(es) pode(m) ainda comprar outros exemplares com desconto de 30% sobre o preço da capa. Os artigos aprovados serão publicados na forma impressa e na forma digital, na página da ABPEE. Esta última condição faz parte das normas para aceitação de trabalhos a serem publicados.

Forma e preparação de manuscritos

CONSTITUIÇÃO DOS ARTIGOS

1 Identificação: folha de rosto contendo o *título* (em português e inglês); *título resumido* (em português) *autor* (titulação, instituição, departamento, quando for o caso), *endereço completo* de todos os autores e *e-mail para contato*);

2 Resumo: O resumo deverá ser informativo, expondo o objetivo, metodologia, resultados e conclusões, quanto se tratar de relato de pesquisa. Deverá conter 250 palavras, não conter parágrafos e nem conter citações de autores e datas.

3 Palavras-Chave: fazer a indicação após o resumo (mínimo de três e máximo de cinco palavras). Utilizar o site do Thesaurus Brasileiro da Educação do INEP no site www.inep.gov.br.

4 Abstract e Keyword: o resumo em inglês deverá ser apresentado logo após o resumo em português e seguindo as mesmas normas apontadas anteriormente.

5 Texto, ensaio teórico e revisão de literatura: devem estar organizados em: Introdução, Desenvolvimento e Conclusão, sem numeração, podendo receber subdivisões, igualmente não numeradas. No caso de relatos, devem ter as seguintes seções: Introdução, Método, Resultados, Discussões e Conclusões (com

numeração).

No caso de resenha de livros e teses, o texto deve conter todas as informações para a identificação do trabalho comentado.

OBS.: Usar negrito somente em títulos ou subtítulos. Caso haja necessidade de ressaltar expressões ou palavras usar o *itálico*, e não o sublinhado ou negrito. O uso de aspas, segundo as normas da ABNT, deverá ser usada *somente* em citações bibliográficas no texto de até três linhas.

6 Subvenção: menção de apoio financeiro eventualmente recebido (ao início do artigo);

7 Agradecimentos: apenas se absolutamente indispensáveis (ao início do artigo).

8 Ilustrações (tabelas, gráficos, desenhos, mapas e fotografias): devem ter sua inclusão indicadas e incluídas ao longo do texto e também apresentadas *à parte* e em material que permita a reprodução.

9 Citações:

9.1 Notas: as notas explicativas¹ precisam ser dispostas no rodapé, remetidas por números sobrescritos no corpo do texto.

10 Citações no texto:

10.1 Citações incorporadas ao texto dentro do parágrafo: a identificação das citações (sobrenome do autor, ano) deveram aparecer logo após as referentes citações. O nome do autor, quando dentro do parênteses deve vir em maiúsculo, seguido do ano da publicação. Nomes de autores fora do parênteses ficam em maiúscula somente na primeira letra. Ex.:

[...] Identificou-se em vários estudos essa concepção (FARRIS, 1979; HENRY; JACOBSON, 1980; VERTUAN, 1989), comprovando-se a constatação de Moura (1979).

10.2 Toda vez que a *citação for literal*, ou específica a um trecho da obra, e *tiver menos que três linhas*, ela deve aparecer entre aspas dentro do parágrafo. Ex.:

A didática especial aparece como prática docente específica de determinado conteúdo de ensino, e sua necessidade, segundo Boulos, 'se afirma, já que cada matéria e cada nível escolar apresentam as suas 'peculiares próprias' e seus problemas concretos'. (apud WARDE, 1992, p. 50)

10.3 Toda vez que a *citação for literal*, ou específica a um trecho da obra, e *tiver mais que três linhas*, ela deve aparecer com recuo à esquerda de quatro

centímetros, em corpo menor, destacada em parágrafo isolado, *não* aparecer entre aspas e *nem* em itálico:

Pernambuco indica que uma prática significa

[...] estar trabalhando as mediações entre proposições oriundas de diferentes conhecimentos científicos que intervêm sobre a situação concreta que se estuda. Ao mesmo tempo, a partir dessa interação como o faz, novas questões são colocadas, novos conhecimentos e novas organizações de antigos conhecimentos se tornam necessários. (PERNAMBUCO, 1994, p.92)

Dessa forma, percebe-se que

11 Referências:

11.1 Obedecerão as normas da ABNT de agosto de 2000. Serão arroladas ao final do texto com o título **Referências**, em negrito. Esta lista de fontes (livros, artigos, etc.) deve aparecer em ordem alfabética pelo sobrenome do autor, sem numeração, sem parágrafos e sem deslocamentos.

11.2 Livros: Indicar SOBRENOME, N. A (nomes do autor abreviados em caixa alta, sem espaçamentos entre eles). Título (em itálico) subtítulo (se houver em letra sem itálico). Edição (indicar o número da edição, colocar ponto, escrever ed. em caixa baixa) Cidade: Editora, ano. Ex.: TELFORD, C.W.; SAWREY, J.M. *O indivíduo excepcional*. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1984.

GLAT, R. *Somos iguais a vocês: depoimento de mulheres com deficiência mental*. Rio de Janeiro: Agir, 1993.

11.3 Obras com *mais de três autores*: após o sobrenome do primeiro autor, inserir a palavra latina et al. Ex.: REGEN, M. et al. *Mães e filhos especiais*. Brasília: Corde, 1993.

11.4 Mais de uma citação de um *mesmo autor*: após a primeira citação completa, introduzir um traço (equivalente a seis espaços) e um ponto. Ex.: BIGELOW, A Early Words of blind children. *Journal of Child Language*, v. 14, p. 47-56, 1987.

_____. Relationship between the development of language and thought in young blind children. *Journal of Visual Impairment and Blindness*. v. 15, p. 414-419, 1990.

11.5 Obras com autor desconhecido, a entrada é feita pelo título: DIAGNÓSTICO do setor editorial brasileiro. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 1993. 64p.

11.6 Periódicos: SOBRENOME, N. Título de artigo. Título da Revista em itálico, cidade, volume, número, páginas, ano. Ex.:

MARQUES, L. P. O filho sonhado e o filho real. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Piracicaba, v. 2, n. 3, p. 121-125, 1995.

11.7 Artigos Jornal: SOBRENOME, N, A Título do artigo, Título do Jornal, Cidade, data, seção, páginas, coluna. Ex.:

PINTO, J. N. Programa explora tema raro na TV. O Estado de São Paulo, São Paulo, 08 fev. 1975. Caderno 2, p. 7.

11.8 Dissertações e teses (Autor, título em itálico, ano, número de folhas, tese ou dissertação, título, instituto, depto, universidade, cidade).

MANZINI, E.J. *Formas de raciocínio apresentadas por adolescentes considerados deficientes mentais*: identificação através do estudo de interações verbais. 1995. 123f. Tese (Doutorado em Psicologia Experimental) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

11.9 Meio eletrônico ou internet

11.9.1 Artigo em jornal científico

KELLY, R. Eletronic publishing at APS: its not just online journalism. *APS News Online*, Los Angeles, Nov. 1996. Disponível em: <http://www.aps.org/apsnews/1196/11965.html> Acesso em 25 nov. 1998.

11.9.2 Trabalho em congresso

SILVA, R. N.; OLIVERIA,R. Os limites pedagógicos do paradigma da qualidade total na educação. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFPe, 4, 1996, Recife. Anais eletrônicos. Recife: UFPe, 1996. Disponível em: <<http://www.propesq.ufpe.br/anais/educ/ce04..htm>>. Acesso em: 21 jan. 1997.

1 Esta numeração será disposta sem espaço entre a letra que a proceder ou logo após qualquer pontuação (quando houver).

Envio de manuscritos

12 Apresentação de artigos:

12.1 Os artigos, para serem submetidos à apreciação, devem ser encaminhados à Comissão Editorial, acompanhados de ofício, duas cópias do texto impresso, CD e carta de cessão dos direitos autorais. Carta modelo:

Venho por meio desta ceder os direitos autorais sobre o artigo (nome do artigo) para a Revista Brasileira de Educação Especial, a ser publicado na forma impressa e eletrônica, mantida pela Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial. Declaro que o mencionado artigo é inédito, como consta nas normas de publicação da referida Revista, e não foi publicado nem em outra revista e nem em meio digital, como páginas de Associações, sites ou CDs de eventos.

Assinatura (s)

Nome do autor (es)

12.2 Quando se tratar de relato de pesquisa deverá ser enviada uma cópia da autorização do comitê de ética;

12.3 Formatação: papel A4 e com páginas numeradas em até 20 laudas incluindo as referências (espaço um e meio, letra Times New Roman, tamanho 12, justificado, parágrafos com 2cm);

12.4 O tramite para reformulação ou aprovação dos manuscritos será realizado pelo editor.

13. Os artigos deverão ser enviados para:

Faculdade de Filosofia e Ciências

Departamento de Educação Especial

Revista Brasileira de Educação Especial

Eduardo José Manzini (manzini@marilia.unesp.br)

Av. Hygino Muzzi Filho, 737 - Caixa Postal 181

Marília - SP - Brasil - 17525-900

14 Ao enviar ou re-enviar o texto verificar normas básicas

Normas para encaminhamento, verificar se:

- o ofício de encaminhamento está presente;
- carta de cessão de direitos autorais foi elaborada de acordo com modelo proposto;
- todos os autores assinaram carta de cessão dos direitos autorais;
- foi providenciado xerox da carta de aprovação pelo comitê de ética (somente para relatos de pesquisa);
- as duas cópias impressas estão presentes;
- está presente o CD com o texto original;
- há indicação de endereço completo de todos autores e e-mail (s).

Normas técnicas da ABNT, verificar se:

- atende as normas para citação bibliográfica;
- atende as normas sobre referências;
- faltam autores no texto que estão citados nas referências;
- faltam referências de autores que estão citados no texto;
- o texto impresso segue as normas de formatação da revista.

Normas referentes ao conteúdo, verificar se:

- a revisão gramatical não foi realizada a contento;
- foram utilizadas as palavras chaves do Thesaurus Brasileiro da Educação do INEP no site www.inep.gov.br. (ver artigo orientador);
- o resumo atende às normas especificadas pela revista (ver artigo orientador);
- o abstract atende às normas especificadas pela revista (ver artigo orientador).

Artigos para orientação a autores que estão na nossa homepage (no link Revistas www.marilia.unesp.br/abpee):

FUJITA, M. S. L. A representação documentária de artigos científicos em educação especial: orientação aos autores para determinação de palavras chaves. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 10, n. 2, p. 257-272, 2004

GUIMARÃES, J. A. C. O resumo como instrumento para a divulgação e a pesquisa científica. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 11, n. 1, p. 03-16, 2005.

MANZINI, E. J. Avaliação de artigos da Revista Brasileira de Educação Especial. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 10, n. 2, p. 273-286, 2004.

OMOTE, S. Revisão por pares na Revista Brasileira de Educação Especial. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 11, n. 3, p. 323-234, 2005.

SOUZA, V. R. A. Elaboração do abstract: orientação aos autores. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 11, n. 1, p. 17-32, 2005.