



UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE



Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Programa de Pós Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento

KARINA DE ROIG GATTO

**Perfil sócio-demográfico, educacional e de saúde dos alunos com
necessidades educacionais especiais da Rede Municipal de
Ensino Regular e Especial de Barueri**

São Paulo

2010

KARINA DE ROIG GATTO

Perfil sócio-demográfico, educacional e de saúde dos alunos com necessidades educacionais especiais da Rede Municipal de Ensino Regular e Especial de Barueri

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie de São Paulo como parte dos requisitos necessários à obtenção do Grau de Mestre.

Orientadora: Prof^ª Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira.

São Paulo

2010

GATTO, Karina R.

Perfil socioemográfico, educacional e de saúde dos alunos com necessidades educacionais especiais da Rede Municipal de Ensino Regular e Especial de Barueri / Karina de Roig Gatto; orientadora Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira. – São Paulo, 2010.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2010.

1. Alunos. 2. Necessidades Educacionais Especiais. 3. Rede Municipal de Ensino. 4. Perfil.

KARINA DE ROIG GATTO

Perfil sóciodemográfico, educacional e de saúde dos alunos com necessidades educacionais especiais da Rede Municipal de Ensino Regular e Especial de Barueri

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre.

Aprovada em _____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira (orientadora)
Universidade Presbiteriana Mackenzie

Profa. Dra. Márcia Helena da Silva Melo
Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Cristiane Silvestre de Paula
Universidade Presbiteriana Mackenzie

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus pelas oportunidades e por me guiar em todos os momentos. Afinal, não foi fácil passar pelo mestrado.

Aos meus pais Sérgio e Ivone por sempre acreditarem em mim e pelo apoio, principalmente nos momentos mais difíceis.

Às minhas irmãs Vanessa e Beatriz, pela compreensão de minha ausência.

Aos meus amigos e a todos os professores que me deram grande apoio perante as minhas dificuldades.

À minha amiga Simone Sanches e ao Dr^o Walmir Galvão Passos pela ajuda, incentivo e apoio emocional.

À minha orientadora Prof^a Dr^a Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira pela dedicação, pelos ensinamentos e compreensão ao longo desses dois anos, que foi para mim um enorme desafio.

À Prof. Dr^a Cristiane Silvestre de Paula e à Prof. Dr^a Márcia Melo pela participação na banca examinadora desse trabalho e pelas contribuições.

Aos profissionais do DAE que nos abriram as portas de forma tão receptiva e propiciaram que esse estudo fosse realizado.

Ao Raphael por me ouvir, apoiar e sempre acreditar em mim.

Ao Altay L. de Souza, que não só acompanhou o desenvolvimento deste trabalho como também auxiliou para realização da parte estatística deste.

A Marlon D'aquanno Povoas por contribuir revisando este trabalho.

Ao INSTITUTO PRESBITERIANO MACKENZIE, entidade educacional voltada ao desenvolvimento científico e tecnológico, por intermédio do MACKPESQUISA, afinal, este trabalho foi realizado com seu apoio.

APOIO

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - **CAPES** e do Instituto Mackenzie de Pesquisa – **MACKPESQUISA**.

“[...] Dedique seu ser a Deus. Ele é o único em quem podemos confiar. Aqueles que têm consciência de Seu amparo são eternamente livres do medo, preocupações e tristezas [...]” Bhagavad Gita.

“Que o “Mestre dos Mestres” lhe ensine que nas falhas e lágrimas se esculpe a sabedoria [...]” Augusto Cury.

Resumo

O Brasil desenvolve progressivamente uma política nacional que estabelece que pessoas com deficiências tenham acesso às classes comuns do ensino regular. Esse acesso é garantido por meio de leis educacionais. Isto exige um sistema complexo de educação especializada que abrange aspectos de infraestrutura física e de fatores humanos de planejamento e capacitação de recursos. Para tanto, é necessário o controle rigoroso de dados que permitam caracterizar estas populações com necessidades educacionais matriculados nas redes de ensino regular. O objetivo geral do presente estudo foi caracterizar o perfil sociodemográfico, educacional e de saúde dos alunos com necessidades educacionais especiais da Rede Municipal de Ensino de Barueri. A amostra foi composta por 1.201 alunos com necessidades educacionais especiais (NEE) cadastrados no banco de dados da Rede Municipal de Ensino de Barueri cujas informações foram coletadas até dezembro de 2008. Os principais resultados apontaram que os 1.201 alunos com NEE representam 1,98% do total de alunos matriculados na rede municipal de ensino em 2008. Independentemente da categoria diagnóstica, o maior número de alunos se concentrou no ensino fundamental. Em relação ao perfil de saúde física e mental houve uma porcentagem elevada de alunos que não puderam ser agrupados em hipóteses diagnósticas. Os dados sociodemográficos levantados apontaram indicadores adequados de desenvolvimento humano. Conclui-se que são necessárias ações de saúde que permitam a formulação precisa de diagnósticos. Isto é necessário já que o diagnóstico representa o passo inicial para quaisquer planejamentos de ações. Espera-se que o futuro Centro de Atenção Integral às Pessoas com Deficiência possa suprir essa demanda dentro do núcleo Saúde. O estudo formula algumas recomendações às equipes em relação à classificação clínica e ao tipo de deficiência do aluno, ao planejamento de recursos materiais e humanos e à adequação de atividades a segmentos sociais, educacionais, culturais, ocupacionais e clínicos.

Palavras chave

Alunos, Necessidades educacionais especiais, Rede Municipal de Ensino, Perfil sociodemográfico.

Abstract

Brazil is progressively developing a national policy that establishes people with deficiencies have access to classes within a normal school setting. This access is guaranteed through educational laws. This requires a complex system of specialized education that includes aspects of physical infrastructure, factors of human planning and capacitation of resources. For this, it is necessary to rigorously control the data that is permitted to characterize these populations of educational necessities of registered students within the normal school setting. The general objective of the present study was to characterize the sociodemographic, educational and health profiles of the students with special educational needs in the School District of Barueri. The sample was composed of 1,201 students with special educational needs (SEN) registered through December, 2008. The information was retrieved from the databank of the School District of Barueri. The principal results revealed that of the 1,201 students, 1.98% represented the percentage of SEN in 2008. Independent of the diagnosed category, the majority of the students were concentrated in a traditional school setting. In relation to the physical and mental health profile, there was an elevated percentage of students that could not be grouped with the diagnosed hypothesis. The aforementioned sociodemographic data revealed adequate indicators of human development. It was concluded that there are necessary actions of health that permit the precise formulation of diagnoses. This is necessary in that the diagnosis represents the initial step for the appropriate plan of action. It is expected that the future Centro de Atenção Integral às Pessoas com Deficiência/Center of Integral Attention for People with Deficiencies can supply this demand within the area of Health. The study offers recommendations for clinically classifying the type of deficiency of the student, planning of materials and human resources, as well as appropriate activities within social, educational, cultural, occupational and clinical settings.

Key words

Students, Special educational necessities, School District, Sociodemographic profile

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1.** Distribuição de alunos na rede municipal de ensino do município de Barueri.....p. 48
- TABELA 2.** Distribuição de alunos com necessidades educacionais especiais de acordo com o nível de ensino.....p. 54
- TABELA 3.** Distribuição dos dados dos participantes em função de variáveis sociodemográficas.....p. 57
- TABELA 4.** Associações de freqüência entre hipóteses diagnósticas levantadas sobre os participantes e os níveis de ensino da rede.....p. 59
- TABELA 5.** Associações entre o número de atendimentos especializados recebidos ao longo do ano e a hipótese diagnóstica dos alunos com necessidades educacionais especiais.....p. 61
- TABELA 6.** Associação entre hipóteses diagnósticas, etiologia, uso de medicação, local de apoios clínico e terapêutico e número de atendimentos em especialidades clínicas e terapêuticas.....p. 62

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Categorização e classificação de variáveis conforme os dados sociodemográficos, do histórico-escolar e de saúde física e mental do banco.....	p. 50
--	-------

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. Análise de correspondência entre as variáveis hipóteses diagnósticas e etiologia e o tipo de nível de ensino onde estas se agrupam.....p. 69

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
I. Breve síntese histórica sobre compreensão e manejo da deficiência.....	20
II. Legislação e atendimento a pessoas com deficiência no Brasil.....	23
III. Educação Inclusiva no Brasil: dificuldades e acertos.....	35
IV. Dados sobre pessoas com necessidades especiais no município de Barueri.....	38
3. OBJETIVOS.....	44
4. MÉTODO E CASUÍSTICA.....	46
5. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS.....	53
6. DISCUSSÃO	67
7. CONCLUSÃO.....	85
8. REFERÊNCIAS	90
9. ANEXOS.....	100

1 –INTRODUÇÃO

1- Introdução.

No Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, no ano 2000, divulgou-se que, das 169,8 milhões de pessoas no Brasil, aproximadamente 15% apresentavam alguma deficiência, o que corresponde a 24,5 milhões de brasileiros com deficiência (Portal do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Censo 2000).

O artigo “Idade, incapacidade e o número de pessoas com deficiência”, de Néri e Soares (2005), destaca esses dados do Censo Demográfico de 2000 e discute o aumento do percentual correspondente à população de deficientes, que em levantamentos anteriores era inferior a 2%. As autoras atribuem esse aumento percentual à mudança dos instrumentos de coleta de informações, ocorrida por conta das recomendações da OMS, e ao envelhecimento da população brasileira – que acaba por trazer algumas limitações nas capacidades físicas e, às vezes, mentais. As autoras fazem, ainda, uma comparação entre o Censo de 2000 e dados anteriores, mostrando que a principal diferença entre eles é conceitual. A sigla PPD's, que significa “pessoas portadoras de deficiências”, é utilizada não somente em relação às pessoas consideradas incapazes, mas também às que apresentam elevada ou média dificuldade permanente de enxergar, ouvir e/ou caminhar (Néri e Soares, 2005).

O site do IBGE, especificamente no tema “IBGE e CORDE abrem encontro Internacional de Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência” apontam que a proporção de pessoas portadoras de deficiências aumenta com a idade; à medida que a estrutura da população está mais envelhecida. Assim, a proporção de

peças com deficiência cresce, o que faz com que surja um novo elenco de demandas para se atenderem as necessidades específicas desse grupo, o que também é observado no artigo de Néri e Soares (2005).

O Brasil tem desenvolvido de maneira progressiva uma política nacional que, em termos de educação especial, estabelece que pessoas com deficiências tenham acesso às classes comuns do ensino regular. Na atualidade, esse acesso é garantido por meio de leis educacionais. A mais importante delas é a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - Lei nº 9.394/96, que postula o seguinte:

“[...] os sistemas de ensino devem assegurar aos alunos currículo, métodos, recursos e organização específicos para atender às suas necessidades; assegurar a terminalidade específica àqueles que não atingiram o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências e; a aceleração de estudos aos superdotados para conclusão do programa escolar. Também define, dentre as normas para a organização da educação básica, a “possibilidade de avanço nos cursos e nas séries mediante verificação do aprendizado” (art. 24, inciso V) e “[...] oportunidades educacionais apropriadas, consideradas as características do alunado, seus interesses, condições de vida e de trabalho, mediante cursos e exames” (art. 37).” (BRASIL, 1996).

Nessa lei, enfatiza-se um tipo de educação especial que seja compatível com as características específicas do aluno-receptor. Nesse sentido, diferentes artigos e decretos chamam a atenção para não se subestimar a necessidade de se complementar o ensino regular direcionado a crianças com necessidades educacionais especiais por meio de outros programas de educação, hoje denominados “programas educacionais especializados”. Observe-se, também, que, em 2004, o Ministério Público Federal divulgou o documento 'O Acesso de Alunos com Deficiência às Escolas e Classes Comuns da Rede Regular', com o objetivo de disseminar os conceitos e diretrizes mundiais para a inclusão,

reafirmando o direito e os benefícios da escolarização de alunos com e sem deficiência nas turmas comuns do ensino regular (BRASIL, 2004).

Os direitos à escolarização, no caso de crianças e adolescentes com necessidades educacionais especiais, exigem novas formas organizativas do trabalho pedagógico. Conforme Garcia (2006), algumas dessas formas organizativas podem ser compreendidas como processos de gestão, financiamento, organização curricular, adaptação de condições do trabalho docente, adaptação da relação pedagógica na interação professor/aluno e aluno/aluno, reajustes nos processos avaliativos, entre outros elementos fundamentais que contextualizam a escola.

As novas formas organizativas acima citadas demandam um complexo sistema de educação especializada que abrange aspectos de infraestrutura física e de fatores humanos de planejamento e capacitação de recursos. Para tanto, é necessário o controle rigoroso de dados que permitam caracterizar a população de crianças e adolescentes com necessidades educacionais matriculados nas redes municipais de ensino regular. Os perfis sociodemográficos, educacionais e de saúde dessas pessoas podem auxiliar no planejamento de políticas públicas educacionais, melhorando os serviços oferecidos a essa população.

Em relação à área de educação especial, a Secretaria Municipal de Educação de São Paulo (SME-SP), em 1993, implantou as Salas de Atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais (SAPNE). Atualmente, essas salas passaram a ser denominadas Salas de Apoio e Acompanhamento à Inclusão – SAAI (PRIETO & SOUSA, 2006). Um estudo nessa área previu o

acompanhamento de 505 crianças com necessidades educacionais especiais (NEE) pela Secretaria Municipal de Educação de São Paulo. Nesse trabalho, Prieto e Sousa (2006) destacam que os dados das trajetórias escolares indicaram que as SAPNE nem sempre se mostraram um recurso suficiente para viabilizar o atendimento integrado da parcela de alunos com deficiência mental na classe comum. As autoras apontam, também, a necessidade de maior investimento na garantia de condições políticas, técnicas e materiais para que possa haver uma implementação eficaz da inclusão escolar.

Estudos que sistematizem dados de alunos com NEE podem facilitar o planejamento de matrículas dentro das redes municipais de ensino, orientar as equipes em relação à classificação clínica e ao tipo de deficiência do aluno, ajudar no planejamento de recursos materiais e humanos, estabelecer hierarquias de ações e projetos, adequar atividades a segmentos sociais, educacionais, culturais, ocupacionais e clínicos; dentre outros.

É nesse contexto que se situa o presente trabalho, que teve como finalidade sistematizar um banco de dados de crianças, adolescentes e adultos com NEE matriculados na Rede Municipal de Ensino do município de Barueri. Objetivou-se, com essa sistematização, obter dados que contribuíssem com um melhor planejamento de matrículas dentro da Rede Municipal de Ensino, com recomendações às equipes em relação à classificação clínica e ao tipo de deficiência do aluno, ao planejamento de recursos materiais e humanos, ao estabelecimento de hierarquias de ações e projetos e à adequação de atividades a segmentos sociais, educacionais, culturais, ocupacionais e clínicos.

Assim, a seguir, apresentar-se-á uma breve síntese dos principais elementos teóricos que embasam o presente estudo.

2 -FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2- Fundamentação teórica

I. Breve síntese histórica sobre compreensão e manejo da deficiência

Os registros históricos mostram que ora houve preocupação, ora descaso em relação às pessoas com deficiência. Assim, constata-se as mais variadas condutas. Citam-se, por exemplo, os atos espartanos, as atitudes variadas do cristianismo, dentre as quais se destacam a segregação, a marginalização e o exorcismo de deficientes, até práticas sociais atuais que tentam atenuar as desvantagens e restrições provocadas pelas deficiências (FERREIRA & GUIMARÃES, 2003).

As características peculiares de pessoas com deficiência conduziram à humanidade a dois caminhos básicos: de um lado, compreender e explicar o fenômeno da deficiência e, de outro, implementar diferentes formas de inclusão ou exclusão social.

Historicamente, o processo para adaptação social do deficiente atravessou diversas fases da humanidade e sofreu sucessivas transformações. Na Idade Antiga, no período da Grécia Clássica, por exemplo, os seus primogênitos eram sujeitos à prática de extermínio, sobretudo nas sociedades guerreiras, como a espartana, que os considerava um incômodo e uma sobrecarga. Já em Roma, o povo sustentava as pessoas que apresentavam deficiências e as exibiam durante as festas populares (ROY, 2000; OLIVEIRA, 2004).

Com o Cristianismo, na Idade Média essas pessoas ‘ganharam’ alma e a ética cristã iniciou todo um processo de repressão de tendências explícitas à eliminação dos deficientes. Entretanto, muitos deles foram enquadrados em uma

lógica paradoxal de castigo ou caridade, na qual, ora se acolhia o deficiente por um gesto de piedade, ora se considerava sua deficiência como um castigo de Deus. Muitas vezes, a explicação da deficiência atrelava-se a crenças sobrenaturais, demoníacas e supersticiosas. Concebia-se a deficiência como obra direta de Deus ou de um ser superior, que determinava a algumas criaturas o destino da diferença. Estas sofriam rejeição e, durante séculos, não puderam usufruir do convívio social por serem consideradas indignas; em casos extremos, essas pessoas não podiam ser tocadas. A crença nos fatores sobrenaturais foi intensificada na Idade Média, o que acarretou em diferentes reações, de acordo com o tipo de excepcionalidade apresentada (ROY, 2000; OLIVEIRA, 2004).

Nesse contexto cristão, reforçado por crenças populares e pela ideia religiosa de castigo associado à remissão de pecados, dar à luz uma criança com deficiência significava uma punição divina, sendo necessário o isolamento do indivíduo deficiente para que não se tornasse pública a ocorrência de uma falta tal que provocou tamanho castigo. Assim, muitos mosteiros, igrejas e organizações religiosas passaram a abrigar as pessoas com deficiência a partir do pagamento de indulgências. Como forma de 'reparação espiritual' e pautadas pela lógica protecionista e caritativa, surgiram, na Idade Média, as primeiras instituições de assistência às pessoas com deficiência (ROY, 2000; OLIVEIRA, 2004). Especificamente no século XIII, na Bélgica, criou-se a primeira instituição para abrigar pessoas com deficiência mental. Na Inglaterra, em 1325, surge a primeira legislação sobre os cuidados com esses sujeitos, obrigando, inclusive, o rei a zelar por eles (ROY, 2000; OLIVEIRA, 2004).

Já na Idade Moderna, assistiu-se ao surgimento de uma nova fase, na qual as pessoas portadoras de deficiência (PPD's) tiveram oportunidades de inclusão mais cidadãs. Com o advento das grandes guerras e o retorno dos veteranos para seus lares como heróis sobreviventes, foi necessário organizar grandes centros de reabilitação para possibilitar o cuidado e a integração social dessas pessoas. Progressivamente, foram se consolidando movimentos pela democratização de grande parte dos países do mundo, pelos direitos humanos e pela igualdade de direitos de participação e exercício da cidadania entre todas as pessoas, independente de características pessoais e da condição social. Muitos desses movimentos foram explicitados na Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948. E é nesse contexto que os direitos sociais de pessoas com deficiência foram paulatinamente resgatados. Assim, pode-se dizer que o processo de inclusão social tornou-se, pouco a pouco, um objetivo fundamental que contribuiu para desconstruir a visão assistencialista e de fragilidade que a sociedade adotou como forma de interação com essa população. (ROY, 2000; FERREIRA & GUIMARÃES, 2003; OLIVEIRA, 2004).

Considerando os parágrafos acima, observa-se que, desde tempos remotos da civilização, os grupos humanos sentiram-se desafiados no que concerne ao significado da relação social estabelecida com pessoas consideradas “mais fracas” e “menos úteis”, isto é, as portadoras de deficiências (FERREIRA & GUIMARÃES, 2003).

Cabe ressaltar, no que diz respeito às duas Guerras Mundiais, que estas deixaram seqüelas em diversos grupos sociais, a saber, deficiências incapacitantes e/ou mutilações e amputações, fato que, em muitos países,

conduziu à criação de organizações em defesa dos direitos dessas pessoas. No Brasil, por exemplo, fundou-se o Serviço Nacional de Assistência a mutilados, que foi implantado pelo governo de Getúlio Vargas. Devido a esses antecedentes que afetavam eminentemente a saúde física e a funcionalidade dos indivíduos, durante muito tempo o trabalho com aqueles que ficaram deficientes por conta da situação de guerra apresentou um enfoque predominantemente médico (FERREIRA & GUIMARÃES, 2003).

II. Legislação e atendimento a pessoas com deficiência no Brasil

Assim como ocorreu em outros países, no Brasil a assistência médica e social a pessoas com deficiências atravessou diversas fases. A história de atendimento a estas pessoas data do século XIX, ainda na época do império. Citam-se, aqui, duas instituições: o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, criado em 1854, atual Instituto Benjamin Constant – IBC, e o Instituto dos Surdos Mudos, criado em 1857, atual Instituto Nacional da Educação dos Surdos – INES; ambos localizados no Rio de Janeiro. Já no século XX, fundou-se, em 1926, o Instituto Pestalozzi, instituição especializada no atendimento a pessoas com deficiência mental. Em 1945, Helena Antipoff disponibilizou, na Sociedade Pestalozzi, o primeiro atendimento educacional especializado às pessoas com superdotação e, em 1954, criou-se a primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE. (Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria nº 555/2007, prorrogada pela Portaria nº 948/2007, entregue ao Ministro da Educação em 07 de janeiro de 2008).

No entanto, o atendimento a pessoas com deficiência nessas instituições não contava com o apoio de leis federais e, tampouco, com a participação de ministérios que estabelecessem diretrizes de trabalho e/ou normas de proteção em relação aos deficientes. Muitas das iniciativas relativas à criação de instituições e organizações constituíam movimentos (muitos deles liderados por pais de crianças deficientes), para quem era negado o ingresso em instituições educacionais. O trabalho de algumas dessas organizações e entidades era influenciado por práticas de exclusão social em relação à pessoa portadora de deficiência já que esse indivíduo era considerado diferente e incapaz pelos padrões de “normalidade” pré-estabelecidos. O fato de ser visto como doente, inútil e incapaz para o trabalho fazia com que fosse excluído pela sociedade.

Nas décadas de 1930 e 1940, houve uma série de reformas educacionais relativas ao atendimento a crianças e adolescentes com desenvolvimento típico (MIRANDA, 2005). A partir dos anos 50, o país passou a apresentar uma expansão das classes e escolas especiais nas escolas públicas e escolas especiais comunitárias e privadas, algumas das quais sem possuir fins lucrativos. Foi uma época em que se desenvolveram as primeiras discussões, ainda que tímidas, sobre os objetivos e a qualidade dos serviços educacionais especiais. Provavelmente, algumas dessas iniciativas se deram em resposta a um contexto educacional caracterizado por preocupações excessivas com aspectos relacionados à conceituação, identificação e classificação da deficiência mental.

Em 1957, o governo federal assume a responsabilidade pelo atendimento educacional às pessoas que apresentavam deficiência, através de campanhas voltadas especificamente para esse fim. Nos anos 60, teve início, no país, a

prática da “integração social”, por meio da qual os indivíduos com deficiência eram inseridos na sociedade em diversas áreas: educacional, profissional, de lazer, entre outras (SASSAKI, 1997).

Em 1961, o atendimento educacional às pessoas com deficiência passou a ser fundamentado pelas disposições da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº. 7 4.024/61, que apontou o direito dos “excepcionais” à educação, preferencialmente dentro do sistema geral de ensino (BRASIL, 1961).

O crescimento das escolas de ensino especial foi mais intenso na década de 60. “Em 1969, havia mais de 800 estabelecimentos de ensino especial para deficientes mentais, cerca de quatro vezes a quantidade existente no ano de 1960” (MIRANDA, 2003). Observe-se que, entre 1960 e 1965, a partir da regulamentação da Secretaria da Educação, foram criadas as classes especiais para pessoas excepcionais.

Em 1973, o Ministério da Educação (MEC) criou o Centro Nacional de Educação Especial – CENESP, responsável pela gerência da educação especial no Brasil. Note-se que nesse período ainda permanece a concepção de “políticas especiais” para tratar da educação de alunos com deficiência e que os alunos com superdotação, embora tivessem acesso ao ensino regular, não contavam com a organização de um atendimento especializado que considerasse as singularidades de sua aprendizagem.

A título de esclarecimento, cabe dizer que o CENESP existiu até 1986, ano em que foi criada a Coordenadoria para a integração da pessoa portadora de deficiência – CORDE. Em 1989, no entanto, o MEC criou a Secretaria de

Educação Especial (SEESP), cujo trabalho consolidou-se somente a partir de 1993.

Pode-se inferir que foi a partir dos anos 80 que a prática de integração social teve seu maior impulso no cenário mundial, ao que se associa o fato de o Brasil ter intensificado sua luta pela população marginalizada.

Tal luta tem sido caracterizada, essencialmente, pela tentativa de garantir uma inclusão social que abranja diversas áreas, como a da saúde, da educação, da inserção social, do direito civil, dentre outras. É preciso dizer que, especificamente em relação à área educacional, um dos alvos das ações e das discussões é o direito à escolarização.

Nesse sentido, observe-se que, no contexto nacional, houve uma série de debates, leis e decretos, enquanto que, no internacional, a luta pela defesa dos direitos humanos ganhou nova dimensão com a Declaração Mundial de Educação para Todos (1990) e com a Declaração de Salamanca (1994). No Brasil, a busca da verdadeira inclusão de todos na escola regular encontra respaldo principalmente nas leis da Constituição Federal (1988), no Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996), que garantem a inclusão do aluno com deficiência ou necessidade educacional especial no ensino comum (<http://www.barueri.sp.gov.br/>).

Com a proposta de integração educativa em 1986, o ensino aos alunos com NEE passou a ser realizado no contexto da escola regular, como informa a Portaria CENESP/MEC, nº 69 (BRASIL, 1988; 1989). A própria Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) mais recente, Lei nº 9.394, conceitua e orienta a abordagem inclusiva para os sistemas regulares de ensino dando ênfase

à Educação Especial (BRASIL, 1996). Entretanto, a política de inclusão de alunos que apresentam necessidades educativas especiais baseia-se em fatores predominantemente legislativos, estes relacionados a mudanças nas estruturas curriculares, ao uso de métodos e técnicas de ensino de caráter heterogêneo, à introdução de novos procedimentos de avaliação; os quais, muitas vezes, ainda apresentam limitações (BATISTA & ENUMO, 2004; BRUMER & MOCELIN, 2004; BARROS, 2005; LUIZ & BORTOLI, 2008).

Denomina-se Educação Especial, de forma genérica, uma educação tradicionalmente pautada em um modelo de atendimento especializado e segregado a alunos com deficiências, distúrbios graves de aprendizagem e/ou comportamento e outras condições que afetam o desenvolvimento. Já o modelo conhecido como Educação Inclusiva, através da busca por alternativas de atendimento menos segregado, preconiza que todos os alunos, independente de sua condição orgânica, afetiva, socioeconômica e cultural, devem ser inseridos na escola regular. A Educação Especial organizou-se tradicionalmente como atendimento educacional especializado substitutivo ao ensino comum, evidenciando diferentes compreensões, terminologias e modalidades que levaram à criação de instituições especializadas, escolas especiais e classes especiais.

O Programa de Educação Inclusiva foi implementado pelo MEC, em 2003, considerando o direito à diversidade, sustentando, assim, que houvesse mudanças nos sistemas de ensino de modo que se constituíssem sistemas educacionais inclusivos, o que garante o direito de todas as pessoas à escola. O Ministério Público Federal, com o intuito de difundir conceitos mundiais para a inclusão e o acesso, às classes de ensino regular, de alunos com e sem

deficiência, publicou, em 2004, um documento enfatizando o *Acesso de Alunos com Deficiência às Escolas e Classes Comuns da Rede Regular de Ensino*, conforme previsto em leis como a Lei nº 7.853 de 1989, que assegura esse direito a todos os cidadãos brasileiros.

No Portal do MEC, a Secretaria de Educação Especial destaca o consenso existente entre a maioria dos países do mundo, há mais de meio século, de que a educação é um direito humano inalienável, que proporciona aos cidadãos o conhecimento necessário para viverem com dignidade, remetendo a vários documentos oficiais do Brasil e de outros países (Secretaria de Educação Especial, 2007).

Mas a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva denuncia um contra-senso. A Lei de inclusão exige a universalidade e acesso de todos; entretanto, acaba por excluir aqueles que se encontram “fora dos padrões homogeneizadores da escola, pois nem todas as escolas tiveram tempo e recursos metodológicos e estruturais para receber essas crianças” (página 1 – MEC/SEESP Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, 2007). Assim, sob formas distintas, a exclusão tem apresentado características comuns nos processos de segregação e integração, que pressupõem a seleção, naturalizando o fracasso escolar.

Uma alternativa que enriquece o atendimento de pessoas com necessidades educacionais especiais são os programas da Secretaria de Educação Especial (SEESP). A SEESP desenvolve programas, projetos e ações a fim de implementar no país uma Política Nacional de Educação Especial que complemente a escolarização, de acordo com o Decreto nº 6.571, de 17 de

setembro de 2008 (Secretaria de Educação Especial, 2008). Dentre alguns dos objetivos da SEESP, estão os de apoiar os sistemas de ensino, desenvolver programas de formação continuada de professores na educação especial - presencialmente e à distância, gerenciar programas de implantação de salas com recursos multifuncionais, programas que tornem a escola acessível (adequação de prédios escolares para a acessibilidade) e o programa de Educação Inclusiva, que, pautado pelo direito à diversidade, forma gestores e educadores para o desenvolvimento de sistemas educacionais inclusivos. Destacam-se, ainda, as ações de garantia de acessibilidade nos Programas Nacionais do Livro, implementados pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE (Secretaria de Educação Especial, 2008).

O anterior permite afirmar que o atendimento educacional especializado proposto na legislação prevê que o mesmo possa ser realizado também fora da rede regular de ensino, em locais sedes de associações especiais, como, por exemplo, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, ou nas próprias sedes das secretarias de educação dos municípios, em locais específicos das secretarias de educação especial (LUIZ et al., 2008).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB – Lei nº 9394 de 20 de dezembro de 1996; em seu artigo 58, parágrafo 1º, prevê a integração dos alunos com Necessidades Educacionais Especiais – NEE – à rede regular de ensino por meio do apoio de serviços especializados, quando estes se fizerem necessários para atender às suas peculiaridades. No entanto, esse mesmo artigo, em seu parágrafo 2º, parece deixar uma brecha em relação à questão da inclusão

quando menciona que, não havendo a possibilidade de incluí-los, esses alunos podem receber atendimento fora das escolas regulares: “Há também a possibilidade de atendimento em turmas, escolas ou serviços especializados, quando não for possível integrar o aluno nas classes comuns de ensino regular” (Documento: Apoio à Educação Inclusiva, 2002).

Conforme o Documento do Grupo de Trabalho sobre Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Portaria nº 555/2007, prorrogada pela Portaria 948/2007), a educação especial é uma modalidade de ensino que deve identificar, elaborar e organizar recursos pedagógicos e de acessibilidade que eliminem as barreiras para a plena participação dos alunos, considerando suas necessidades específicas. A Lei nº 9.394/96 (Brasil, 1996) estabelece que os sistemas de ensino devem assegurar aos alunos currículo, métodos, recursos e organizações específicas para atender suas necessidades. Assim, deverá se garantir a terminalidade específica àqueles que não atingiram o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências.

Aludindo ao processo de inclusão, faz-se oportuno um apontamento acerca das pessoas consideradas como público-alvo da inclusão. Entre os grupos beneficiados pela educação inclusiva, destacam-se os que apresentam necessidades educacionais especiais — deficiências sensoriais (auditiva e visual), deficiência mental, transtornos invasivos/globais do desenvolvimento (Associação Americana de Psiquiatria, 2002; Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 2008), deficiências múltiplas

(paralisia cerebral, surdocegueira e outras condições) e altas habilidades (superdotados) –, antes atendidos exclusivamente pela Educação Especial. O MEC/SEESP, em relação à “Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva” publicou um documento para a delimitação desse público-alvo da educação inclusiva, em que

considera pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, pode ter restringida sua participação plena e efetiva na escola e na sociedade. Os alunos com transtornos globais do desenvolvimento são aqueles que apresentam alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Incluem-se nesse grupo alunos com autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil. Alunos com altas habilidades/superdotação demonstram potencial elevado em qualquer uma das seguintes áreas, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, liderança, psicomotricidade e artes, além de apresentar grande criatividade, envolvimento na aprendizagem e realização de tarefas em áreas de seu interesse (MEC/SEESP Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, 2007, p. 9).

O Glossário “Educação Especial” – SEESP/MEC – concebe as necessidades educacionais especiais como sendo algo interativo, já que a eliminação das barreiras que alguns alunos enfrentam para aprender e participar do processo de escolarização depende tanto das características individuais, quanto da resposta educacional. Assim, as necessidades educacionais especiais podem abranger Síndrome de Down, Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, Deficiência Auditiva/Surdez, Deficiência Física, Mental, Múltipla, Visual e Surdocegueira, e Altas habilidades/Superdotação (Censo Escolar, Caderno de Instruções para Censo Escolar, 2007).

A categorização desses conceitos foi definida na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (CIF, 2003) e na Classificação

Internacional de Doenças, Décima Revisão – CID-10 (CID-10, 2008), as quais oferecem critérios de classificação de doenças, perturbações, lesões, dentre outros. A CIF e a CID-10 são classificações complementares, já que, enquanto a primeira fornece informações sobre funcionalidade, a segunda traz um “diagnóstico” de doenças, perturbações ou outras condições de saúde.

A Deficiência Física define-se como problemas nas funções ou nas estruturas do corpo – partes anatômicas do corpo, como órgãos, membros e seus componentes –, em termos de desvio ou perda. A perda ou anormalidade pode afetar uma estrutura do corpo ou uma função fisiológica, a qual inclui as funções mentais. Do ponto de vista médico, as deficiências não são equivalentes às patologias subjacentes, e sim às manifestações de tais patologias. Ou seja, correspondem a um desvio do que se aceita como estado biomédico normal (padrão) do corpo e das suas funções. Nesse sentido, as deficiências podem ser temporárias ou permanentes; progressivas, regressivas ou estáveis; intermitentes ou contínuas (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, 2003).

Na categoria da Deficiência Sensorial, encontram-se as deficiências visual e auditiva. Deficiência visual refere-se a uma perda total ou parcial da visão e deficiência auditiva refere-se à perda total ou parcial da audição. A CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, 2003) define como funções da visão as funções sensoriais relacionadas com a percepção da presença de luz e da forma, do tamanho, do formato e da cor do estímulo visual. Já as funções auditivas são funções sensoriais que permitem sentir a presença de sons e discriminar sua localização, seu timbre, sua

intensidade e sua qualidade; funções essas que incluem discriminação auditiva, localização da fonte sonora, lateralização do som, discriminação da fala. As deficiências relacionadas são surdez, deficiência auditiva e perda da audição. Portanto, considera-se qualquer perda parcial ou total em qualquer uma das categorias citadas como parte das funções de visão ou audição como deficiência visual ou auditiva (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, 2003).

Já a Deficiência Múltipla caracteriza-se por duas ou mais deficiências associadas, sejam de ordem física, sensorial, mental, emocional ou de comportamento social. Os determinantes de necessidades educacionais das pessoas com Deficiência Múltipla não se constituem pela simples soma dessas alterações que a caracterizam, mas sim pelo nível de desenvolvimento e pelas possibilidades funcionais, de comunicação, de interação social e de aprendizagem (Educação Infantil – Saberes e práticas da inclusão. Dificuldades acentuadas de aprendizagem. Deficiência Múltipla – Ministério da Educação, 2006).

A Deficiência Mental, de acordo com a *American Association on Mental Retardation* - AAMR (2006), é definida como uma incapacidade caracterizada por importantes limitações tanto no funcionamento intelectual, quanto no comportamento adaptativo, e expressa nas habilidades adaptativas conceituais, sociais e práticas. Essa incapacidade tem início antes dos 18 anos de idade. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION*, 2002) estabelece como característica essencial da Deficiência Mental um funcionamento intelectual significativamente inferior à média, acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em

pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidado, vida doméstica, social/interpessoal, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, acadêmica, trabalho, lazer, saúde e segurança.

De acordo com versão revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria - DSM IV – (Associação Americana de Psiquiatria, 2002), os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) se caracterizam por prejuízos em três áreas do desenvolvimento: comunicação, interação social e comportamento. Em geral, esses transtornos se manifestam a partir dos 3 primeiros anos de vida e frequentemente estão associados com algum grau de Retardo Mental. Classificam-se na categoria o Transtorno Autista, o Transtorno de Rett, o Transtorno Desintegrativo da Infância, o Transtorno de Asperger e o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.

A Resolução CNE/CEB Nº 2 de 11 de Setembro de 2001, que institui Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, em seu Art. 5º, inciso III, considera como educandos com necessidades educacionais especiais aqueles que, durante o processo educacional, além das necessidades especiais já mencionadas, apresentarem Altas Habilidades/Superdotação e grande facilidade de aprendizagem que os conduzem a um domínio rápido de conceitos e procedimentos. Segundo Mettrau e Reis (2007), crianças e jovens, muitas vezes, mesmo considerando a precocidade, não manifestam todas as capacidades. Portanto, para comprovar que existem Altas Habilidades/Superdotação é necessária constância de elevada potencialidade de

aptidões, talentos e habilidades ao longo do tempo, além de expressivo nível de desempenho. Assim, consideram-se educandos com Altas Habilidades/Superdotação, de acordo com a Política Nacional de Educação Especial, os que apresentarem notável desempenho e elevada potencialidade em qualquer dos seguintes aspectos, isolados ou combinados: capacidade intelectual geral; aptidão acadêmica específica e pensamento criativo ou produtivo; capacidade de liderança; talento especial para as artes e capacidade psicomotora (BRASIL, 1995).

O documento “Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva”, elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria nº 555/2007, que foi prorrogada pela Portaria nº 948/2007, entregue ao Ministro da Educação em 07 de janeiro de 2008, define como sendo alunos com Altas Habilidades/Superdotação aqueles que apresentam elevada criatividade, grande envolvimento na aprendizagem e/ou realização de tarefas em áreas de seu interesse, e/ou demonstram potencial elevado em qualquer uma das seguintes áreas, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, de liderança, de psicomotricidade e artística.

III. Educação Inclusiva no Brasil: dificuldades e acertos

Uma breve avaliação da educação inclusiva no Brasil permite a discussão de alguns aspectos estudados em pesquisas anteriores. Por exemplo, Ferreira e Guimarães (2003) colocam que a meta da inclusão é não deixar ninguém fora do sistema escolar e que, para tanto, as escolas devem se tornar comunidades

conscientes. Segundo as autoras, “para considerar uma proposta de educação inclusiva, é preciso pensar como professores devem ser efetivamente capacitados para transformar sua prática educativa” (FERREIRA & GUIMARÃES, 2003, p. 118). Na escola inclusiva, ao invés de o aluno ir à sala de recursos, a sala de recursos deve ir até ele, em sua classe regular.

Alguns estudos apontam as dificuldades enfrentadas no processo de inclusão. Silveira e Neves (2006) descrevem que, na concepção de pais e professores de crianças com deficiência múltipla que foram entrevistados, o processo de inclusão escolar parece impossível. Os participantes conceberam o desenvolvimento delas como inexistente e consideraram a escola de ensino regular despreparada para recebê-las. Tessaro (2005) destaca, em seu estudo, que, para professores e alunos, várias dificuldades do processo de inclusão escolar estavam relacionadas à falta de infra-estrutura das escolas, à falta de preparo/capacitação profissional, à discriminação social e à falta de aceitação da inclusão. A autora conclui que a inclusão não atinge seus propósitos e foge dos princípios estabelecidos pela Declaração de Salamanca (1994).

Estudos anteriores apontam que, embora seja direito do aluno frequentar uma escola que atenda a suas necessidades, conforme a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a inclusão escolar não acontece como desejado e previsto por essas e outras legislações (ENUMO, 2005; LACERDA, 2006; GOMES & BARBOSA, 2006; MIRANDA, 2006; JURDI & AMIRALIAN, 2006; ÁVILA, 2008). Ávila (2008) destaca que a inclusão não pode ser apenas um modismo intelectual e que incluir o diferente envolve muito mais do que um simples decreto ou uma tese acadêmica muito crítica e pouco sábia. Os autores

mencionados trazem à tona, por meio de seus estudos, os diversos problemas que a escola regular enfrenta para efetivar a inclusão, como, por exemplo: problemas de adaptação curricular, estratégias de aula mal sucedidas, sentimentos e emoções negativos de professores, baixo rendimento grupal em sala de aula quando da presença de pessoa com determinada deficiência, dentre outros.

Como observado no parágrafo anterior, há problemas intrínsecos ao processo de inclusão que atualmente está sendo colocado em prática. Apesar disso, as secretarias de educação especial desenvolvem formas diversificadas de atendimento aos alunos com NEEs, implementando diferentes serviços de apoio pedagógico com a anuência das secretarias de ensino fundamental.

Haja vista que definições operacionais dos tipos de deficiência auxiliam na identificação do número de pessoas com necessidades educacionais especiais, observe-se que secretarias como a que foi lócus do presente trabalho têm publicado materiais de apoio que auxiliam o trabalho de educadores e equipes em geral por conta das definições trazidas e de recomendações de trabalho conforme o tipo de deficiência. Por exemplo, o documento “Apoio à Educação Inclusiva”, publicado em 2002 (pela Secretaria de Ensino Fundamental de Barueri, através do DADE – Departamento de Apoio ao Desenvolvimento Educacional) serve de suporte aos educadores e discute dados referentes às legislações – Constituição Federal do Brasil (1988); Decreto nº 3.298 (1999), que regulamenta a lei nº 7.853 de 1989; Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – 1990); LDBEN (1996) e Deliberação nº 04/01 – Conselho Municipal de Educação de Barueri. Esse material

de apoio traz, ainda, uma síntese conceitual de termos científicos como deficiência, deficiência mental, deficiência física, paralisia cerebral, síndrome de Down, deficiência auditiva, deficiência visual e epilepsia; além de tratar das causas e manifestações dessas patologias e trazer sugestões sobre como os professores podem lidar com o educando que apresente determinado tipo de deficiência.

Quaisquer que sejam as políticas de educação especial a serem adotadas, é necessário que as pessoas às quais essas políticas são destinadas sejam caracterizadas. Nesse sentido, pode-se dizer que duas importantes ferramentas que contribuem para isso são os censos populacionais e o levantamento de perfis sobre os grupos atendidos.

IV. Dados sobre pessoas com necessidades especiais no município de Barueri

A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), sede de atendimento a pessoas com necessidades educacionais especiais, realizou, em 1996, no município de Barueri, um censo para auxiliar o governo na formulação de políticas e medidas preventivas. Com base no conjunto das informações levantadas, foi possível iniciar o planejamento de ações voltadas ao atendimento dessas pessoas. Nesse sentido, observa-se que um achado importante desse I Censo diz respeito ao fato de que crianças com deficiência de 0 a 6 anos encontravam-se completamente desatendidas (Relatório do II Censo da Pessoa com Necessidades Educacionais Especiais de Barueri, 2008).

Entre os anos de 1996 e 2006, com o aumento da população de Barueri, que praticamente triplicou, houve um aumento da demanda por atendimento às pessoas com necessidades especiais. Assim, surge a necessidade de “elaboração de políticas públicas eficazes que pudessem oferecer a todos uma atenção de qualidade, genuinamente inclusiva”, que levou, em 2006, à realização do II Censo (Relatório do II Censo da Pessoa com Necessidades Educacionais Especiais de Barueri, 2008). Neste, identificaram-se características gerais da população especial, o nível de sua participação e de seu acesso à saúde, à educação, ao trabalho, à renda, à acessibilidade, ao esporte, à cultura e ao lazer, além de se ter observado o perfil e o quadro socioeconômico dessa população e os indicadores de prevalência dos tipos de deficiência.

Vale ressaltar que, para efeito desse censo, conceitos como PNE – pessoas com necessidades especiais – e PCD – pessoas com deficiência – foram considerados como equivalentes.

O censo identificou que 1 em cada 16 habitantes de Barueri tem necessidades especiais, totalizando 2.298 pessoas com deficiência no município (Relatório do II Censo da Pessoa com Necessidades Especiais de Barueri, 2008).

Faz-se importante observar que, como colocado na introdução do trabalho, esse estudo foi realizado a partir de dados oferecidos pelo Departamento de Apoio Especializado – DAE – da Secretaria de Educação do Município de Barueri.

O município faz parte da região oeste da Grande São Paulo, localizando-se a 29 km do centro da capital paulista. Possui uma área de 64 km², 100% urbanizada, que abriga quatro distritos: Centro (30 km²), Aldeia de Barueri (20

km²), Jardim Belval (8 km²) e Jardim Silveira (6 km²). Possui 274.201 habitantes fixos, uma população flutuante de cerca de 170 mil pessoas e uma densidade demográfica de 4.178 habitantes por km². Barueri está entre os dez municípios de maior concentração populacional do Estado de São Paulo. (Relatório do II Censo da Pessoa com Necessidades Especiais de Barueri, 2008). O município possui quase a totalidade de suas vias com pavimentação asfáltica (99,9%). A extensão da rede de água é de 420 quilômetros, abrangendo toda a área do município, e a extensão da rede de esgoto é de 270 quilômetros (MS/SE/DATASUS).

A Secretaria de Educação tem, por competência, segundo a Prefeitura Municipal de Barueri, coordenar a política municipal de educação de acordo com as diretrizes estabelecidas nas legislações municipal, estadual e federal; promover a democratização da gestão escolar, por meio da participação da comunidade no processo; coordenar, supervisionar, orientar e executar os serviços relacionados com a manutenção do ensino maternal e infantil; coordenar, supervisionar, orientar e executar os serviços relacionados com a manutenção do ensino fundamental e médio; definir, elaborar, coordenar e viabilizar a implantação de programas, projetos e atividades voltadas ao desenvolvimento do ensino; estabelecer formas de acompanhamento e avaliação do processo educacional municipal; promover a orientação técnico-pedagógica do pessoal docente e especialista, necessários à eficiência das ações educacionais e à melhoria da qualidade do ensino www.barueri.sp.gov.br.

O Departamento de Apoio Especializado – DAE –, que é um departamento da Secretaria de Educação de Barueri, tem como objetivo assessorar os

profissionais da educação do município nesse processo de busca da real inclusão de todos, devendo garantir a inclusão do aluno com deficiência ou necessidades educacionais especiais no ensino comum, contando para isso com uma equipe de profissionais. “Os desafios são elevados, pois implicam em reflexão sobre currículo, organização, avaliação, recursos, planejamento e, principalmente, na concepção de aluno, afinal precisa-se reconhecer as diferenças e buscar as necessidades de cada um” (<http://www.barueri.sp.gov.br/>). O DAE é composto por profissionais das áreas de fonoaudiologia, psicologia, psicopedagogia, fisioterapia, terapia ocupacional, neurologia e enfermagem (Perfil dos Alunos com Necessidades Educacionais Especiais na Rede Municipal de Ensino de Barueri – Departamento de Apoio especializado – Barueri, dez/2008). Segundo o site da prefeitura, atualmente a equipe do DAE está estruturada da seguinte forma:

- Equipe administrativa - formada por Diretor de Departamento, Chefe de Divisão Especializada e Chefe de Seção Especializada. Tem como objetivo acompanhar e orientar as ações das demais equipes oferecendo subsídios legais, materiais e organizacionais para todo o departamento;
- Equipe de apoio às escolas municipais – que é uma equipe itinerante formada por psicólogos, fonoaudiólogos e psicopedagogos. Todos esses profissionais atuam diretamente nas Escolas de Educação Infantil e de Ensino Fundamental, tendo como objetivo apoiar a comunidade escolar no desenvolvimento educacional utilizando técnicas e instrumentos específicos, sendo que cada equipe oferece apoio em, aproximadamente, 10 (dez) escolas.

- Equipe de Atendimento às Especialidades – equipes formadas por psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, médicos neurologistas e auxiliares de enfermagem que atuam na Escola de Educação Especial com o objetivo de oferecer atendimento clínico a alunos encaminhados pelas equipes de apoio às escolas.

- Equipe de Coordenação de Inclusão - formada por psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas também oferece assessoria especializada à comunidade escolar da EMEE. Todos esses profissionais têm por objetivo oferecer subsídios ao programa de inclusão social no município com ações inter-secretariais e ao programa de expansão de atendimento à educação de jovens e adultos (EJA). A Prefeitura Municipal de Barueri, por meio da Secretaria de Educação e da Secretaria de Indústria, Comércio e Trabalho, oferece parceria no sentido de proporcionar educação de Jovens e Adultos – no ensino fundamental – e Alfabetização, 1º Segmento – 1ª a 4ª Séries, e 2º Segmento – 5ª a 8ª Séries, para os funcionários e prestadores de serviços das Empresas de Barueri. As aulas são oferecidas dentro da Empresa com professor contratado pela Prefeitura, podendo ocorrer nos períodos matutino, vespertino ou noturno. Os alunos são matriculados e certificados oficialmente pela Secretaria de Educação (<http://www.barueri.sp.gov.br/>).

O atendimento dessas equipes e as propostas de cada uma exige um sistema de educação especializado complexo e um planejamento de recursos. Trata-se de um planejamento que deverá se iniciar a partir de um conhecimento acurado do perfil dos alunos com necessidades educacionais especiais da

respectiva Rede Municipal de Ensino. Para tanto, a Secretaria coleta dados sobre esses alunos, permitindo um mapeamento inicial de características sociodemográficas, clínicas, de uso de serviços, dentre outras.

Bancos de dados como o criado na Secretaria de Educação de Barueri auxiliam no planejamento de políticas públicas educacionais e de saúde, melhorando os serviços oferecidos a essa população (ÁVILA, LATORRE e MORENO, 2000; MEDRONHO, 2005; KASPER, LOCH e PEREIRA, 2008).

Assim, o presente trabalho pretende sistematizar dados sobre os alunos com necessidades educacionais especiais do município de Barueri para orientar as equipes a planejarem recursos materiais e humanos, lhes recomendar ações e projetos e adequar atividades a grupos clínicos e educacionais, dentre outros.

3 – Objetivos

3- Objetivos

– Geral

Caracterizar o perfil sociodemográfico, educacional e de saúde dos alunos com necessidades educacionais especiais da Rede Municipal de Ensino de Barueri.

– Específicos

Fazer o levantamento da distribuição de alunos com necessidades educacionais especiais da rede de ensino de Barueri em função do nível de educação.

Identificar os diagnósticos clínico-médico dos alunos com necessidades educacionais especiais da rede e quantificar o consumo de serviços clínicos e terapêuticos destes.

Descrever características do perfil sociodemográfico dos alunos e benefícios que recebem.

Sugerir propostas de integração dos dados dos perfis com o planejamento de ações do Departamento de Apoio Especializado da rede de ensino de Barueri.

4 – CASUÍSTICA E MÉTODO

4- Método

As informações relativas às pessoas com deficiência foram coletadas para a elaboração da presente pesquisa até dezembro de 2008 e constam no Banco de dados produzido e fornecido pelo Departamento de Apoio especializado – DAE – de Barueri.

A partir do consentimento livre e esclarecido do DAE, o coordenador deste departamento forneceu as versões impressa e eletrônica do banco de dados, intitulado “Perfil dos Alunos com Necessidades Educacionais Especiais da rede Municipal de Ensino de Barueri”. Os responsáveis pelo preenchimento do banco são profissionais do Departamento de Apoio Especializado da secretaria de educação do município, os quais, a partir do envio anual dos dados dos alunos com NEE pelos coordenadores das escolas, encarregam-se de registrá-los eletronicamente. Os 1.201 alunos estão regularmente matriculados em escolas municipais de educação infantil, escolas municipais de ensino fundamental e escolas municipais especiais de Barueri. A distribuição desses alunos dentro do banco pode ser observada na tabela 1.

A amostra que compôs este estudo corresponde ao total dos 1.201 alunos com necessidades educacionais especiais cadastrados no banco de dados da Rede Municipal de Ensino de Barueri, distribuídos da seguinte forma:

Tabela 1. Distribuição de alunos com necessidades educacionais especiais de acordo com o nível de ensino:

Nível educacional	Total de alunos com NEE matriculados
Maternal	19
Educação infantil	94
Ensino Fundamental	896
Escola Especial	192
Total	1201

Os dados contidos nesse banco dizem respeito a variáveis sócio-demográficas, médicas, históricos escolares e aspectos sócio-econômicos. Para que as análises de dados em função dos objetivos do projeto pudessem ser efetuadas, foi necessário operacionalizar algumas dessas variáveis. Por exemplo, em relação à hipótese diagnóstica dos alunos procedeu-se com o agrupamento de alguns dos diagnósticos registrados em função de categorias diagnósticas para pessoas com NEE. Os agrupamentos de categorias de hipóteses diagnósticas criados foram: -Deficiência Mental, -Paralisia Cerebral, -Deficiências auditiva, visual e múltipla, -Transtornos do Espectro Autista, -Transtornos Psiquiátricos, -Outros e, -A esclarecer. Todas essas categorias geraram-se a partir das hipóteses diagnósticas contidas no banco de dados original, que estava composto por aproximadamente 66 diagnósticos diferentes, alguns com etiologias descritas de maneira vaga e sem uso de critérios internacionais para classificação de doenças, como, por exemplo, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª versão (CID 10, 2008). Vale ressaltar que os diagnósticos contidos no banco de dados do DAE são cadastrados pelos profissionais do departamento conforme informações fornecidas pela família em

contado inicial, através de laudo emitido por profissional da área da saúde. O agrupamento em categorias foi realizado por profissional médico-geneticista especializado na área de transtornos do desenvolvimento do programa de pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento do Mackenzie, Drº Décio Brunoni. Faz-se importante destacar que um número expressivo de alunos tinha cadastros de diagnósticos na categoria 'a esclarecer' ou diagnósticos cujas descrições foram impossíveis de agrupar em algum dos quadros clínicos compatíveis com pessoas com NEE, considerando a legislação e os manuais de classificação diagnóstica de doenças. Assim, 447 pessoas (38%) não foram agrupadas em nenhuma das categorias de hipóteses diagnósticas. No quadro 1, observam-se os agrupamentos dos dados conforme todas as variáveis.

Quadro 1. Categorização e classificação de variáveis conforme os dados sociodemográficos, do histórico-escolar e de saúde física e mental do banco.

Tipo de dado	Operacionalização	Tipo de variável definida
Saúde	<p>Hipótese diagnóstica <u>Deficiência Mental (DM)</u> = hipótese diagnóstica de deficiência mental, déficits cognitivos e síndromes com deficiência mental. <u>Deficiências visual, auditiva e múltipla (DV/DA/DMul)</u> = hipótese diagnóstica de deficiências visual, auditiva e múltipla. <u>Paralisia Cerebral (PC)</u> = paralisia cerebral, quadros de plegias, paralisias localizadas, deficiência física (isolados) ou síndromes que não se encaixem em DM, DA, DV e TEA's. <u>Transtornos do Espectro Autista (TEA)</u> = transtornos do espectro autista, alteração no comportamento autístico, transtorno invasivo do desenvolvimento. <u>Transtornos psiquiátricos</u> = transtorno de déficit de atenção e hiperatividade - TDAH, transtornos comportamentais e transtornos depressivos. <u>Outros</u> = dislexia, distúrbios da fala e outros distúrbios que não se enquadram nas categorias anteriores. <u>A esclarecer</u> = sem hipótese diagnóstica e que constavam como dado no banco como "a esclarecer".</p>	Categórica
	Etiologia = pré, peri, pós-natal e não especificado.	Categórica
	Uso de medicação = sim e não.	Categórica
	Tipo e número de atendimentos de apoio clínico especializado = neurologista, geneticista, pediatra e outros.	Categórica e discreta
	Local de apoio clínico = público, particular, instituições, particular+instituição, particular+público, instituição+público, a esclarecer e sem informações.	Categórica
	Tipo e número de atendimentos de apoio terapêutico = psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo e outros.	Categórica e discreta
	Local de apoio terapêutico = público, particular, instituições, particular+instituição, particular+público, instituição+público, a esclarecer e sem informações.	Categórica
	Sócio-demográficas e Benefícios	Sexo = masculino e feminino.
Composição familiar = pai e mãe, padrasto e mãe, madrasta e pai, mãe, pai, outros (avós, tios, irmãos, companheiros ou sozinhos) e sem informação.		Categórica
Condições de moradia = próprio, alugado, cedido, outros (ex: casa abrigo) e sem informações.		Categórica
Condições de moradia = Número de cômodos.		Discreta

	Condições de moradia = Rede de Esgoto, Água Tratada e Coleta de Lixo = sim, não, sem informações.	Categórica
	Benefícios recebidos – LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social = sim, não e sem informações. Cesta Básica = sim, não e sem informações. Bolsa família = sim, não e sem informações. Aposentadoria = sim, não e sem informações.	Categórica
	Transporte adaptado/cadeirantes = sim, não e sem informações.	Categórica
	Carteira de transporte especial = sim, não e sem informações.	Categórica
	Carteira de vacinação = sim, não e sem informações.	Categórica
	Passagem pelo Conselho tutelar = sim, não e sem informações.	Categórica
Histórico escolar	Unidade escolar = Escola Municipal Maternal – EMM, Escola Municipal de Ensino Infantil – EMEI, Escola Municipal de Ensino Fundamental – EMEF, Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental – EMEIEF e Escola Municipal de Ensino Especial – EMEE.	Categórica
	Período de aula = Manhã, tarde, noturno, integral e sem informações.	Categórica
	Atividades extra-curriculares esportivas = sim, não e sem informações.	Categórica
Recursos	Atividades extra-curriculares culturais = sim, não e sem informações.	Categórica
	Recursos e adaptação/cadeira de rodas = sim, não e sem informações.	Categórica
	Recursos e adaptação/fraldas = sim, não e sem informações.	Categórica
	Recursos e adaptação/órtese = sim, não e sem informações.	Categórica
	Recursos e adaptação/prótese = sim, não e sem informações.	Categórica

Procedimentos de análise de dados

Em uma primeira fase, procedeu-se à limpeza do banco de dados para ajustá-lo às operacionalizações, conforme mostrado no quadro 1. Posteriormente, os dados foram digitados em uma planilha do Excel, com as operacionalizações correspondentes. Finalmente, as análises multivariadas entre as variáveis foram realizadas com o auxílio do programa SPSS versão 15.0.

Foram utilizados para as análises dos dados testes Qui Quadrado para comparação de freqüências com que as variáveis categóricas ocorriam, Teste T e

Teste ANOVA para comparação de grupos, assim como uma análise de correspondência multivariada HOMALS para associar as variáveis hipóteses diagnósticas, etiologia e nível de ensino.

Após a realização das análises, do levantamento do perfil das pessoas com necessidades especiais de Barueri juntamente com sugestões para integração ao planejamento de ações do Departamento de Apoio Especializado, será feita uma devolutiva ao departamento.

5 – DESCRIÇÃO DE RESULTADOS

5- Descrição de resultados

O presente projeto consiste em uma pesquisa epidemiológica de tipo exploratória, de enfoque quantitativo, com desenho de estudo descritivo de serviços educacionais. Conforme a tabela 2, o total de alunos matriculados, em 2008, na rede municipal de ensino de Barueri foi de 60.545, dos quais 1.201 apresentavam NEE, o que corresponde a 1,98% do total. No ensino fundamental (EMEF + EJA), estavam matriculados 46.903 alunos sem necessidades educacionais especiais e 1.088 com NEE, totalizando 47.991 alunos. Já na educação infantil (maternal + EMEI), havia 12.441 educandos sem NEE e 113 com NEE (total=12.554).

Tabela 2. Distribuição de alunos na rede municipal de ensino do município de Barueri.

EDUCAÇÃO INFANTIL		ENSINO FUNDAMENTAL	
MATERNAL/EMEI (sem n.e.e)	12.441	EMEF/EJA (sem n.e.e.)	46.903
ALUNOS C/ NEE	113	ALUNOS C/ NEE	1088
TOTAL DE ALUNOS	12.554	TOTAL DE ALUNOS	47.991
TOTAL DE ALUNOS DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO DE BARUERI			60.545

No ensino maternal da educação infantil há predomínio de alunos do sexo masculino. Dos 19 alunos matriculados, 13 são do sexo masculino e 6 feminino. Quanto ao ano de nascimento há maior predomínio dos nascidos em 2004 e 2005 e maior numero de pessoas com diagnostico a esclarecer seguido dos quadros de paralisia cerebral. No ensino infantil dos 94 alunos matriculados 57 são de sexo

masculino e 37 do sexo feminino, assim também nota-se maior número de pessoas do sexo masculino. Há maior predomínio de nascidos no período de 2002 e 2003 e com relação ao diagnóstico maior ocorrência de casos com hipótese diagnóstica a esclarecer seguido dos quadros com Síndrome de Down. No ensino fundamental há um número de 896 alunos e desses, 569 são do sexo masculino e 327 do sexo feminino. Há predomínio dos nascidos no período de 1991 a 2002 e com hipótese diagnóstica a esclarecer seguido de quadros de deficiência/ retardo mental. Na escola de ensino especial também há predomínio de pessoas do sexo masculino com 107 alunos e, 85 do sexo feminino, totalizando 192 matriculados. A maior parte dos alunos são nascidos nos anos de 1991 a 1995 e há predomínio de ocorrência de hipótese diagnóstica de deficiência/ retardo mental seguido de quadros a esclarecer.

A tabela 3 apresenta uma distribuição dos dados dos participantes referente às variáveis sociodemográficas: sexo, composição familiar, condições de moradia, benefícios recebidos, carteira de transporte especial, cesta básica, carteira de vacinação, histórico do conselho tutelar, transporte adaptado, bolsa família e aposentadoria. Embora constassem no banco de dados, duas variáveis sociodemográficas não foram analisadas no presente estudo. Uma diz respeito à distribuição por bairros: as moradias dos 1.201 alunos com NEE estão distribuídas em, aproximadamente, 59 bairros e, por motivos logísticos, não foi possível separá-los por região. A outra variável foi a da renda familiar: esta, conforme a equipe do DAE, poderia não estar atualizada ou as informações poderiam não ser

confiáveis devido às flutuações do salário mínimo nos últimos 24 meses e até por desconhecimento da população sobre o valor do mesmo.

No caso das variáveis sociodemográficas, encontrou-se diferença significativa para todas elas. A seguir, serão descritas as categorias e médias mais freqüentes em cada uma das variáveis.

A amostra é composta predominantemente por alunos do sexo masculino (61,99%; $\chi^2= 9,821$; gl= 1; p= 0,001), sendo que mais da metade (56,93%; $\chi^2= 8,276$; gl= 1; p= 0,001) reside com os pais. No que diz respeito à condição de moradia, 50,71% ($\chi^2= 7,128$; gl= 1; p= 0,001) residem em imóvel próprio, com uma média de 4,8 cômodos por imóvel (t= 12,104; gl= 1199; p= 0,004). Das moradias, 83,98% ($\chi^2= 6,233$; gl= 1; p= 0,01) possuem sistemas de esgoto, 89,05% ($\chi^2= 9,356$; gl= 1; p= 0,001) possuem sistema de água encanada e 89,05% ($\chi^2= 11,278$; gl= 1; p= 0,001) usufruem de coleta de lixo. Mais da metade das pessoas (54,19%; $\chi^2= 4,455$; gl= 1; p= 0,007) não possui carteira de transporte especial e 88,46% ($\chi^2= 9,728$; gl= 1; p= 0,006) não fazem uso de transporte adaptado.

Em relação a benefícios da família, 84,81% ($\chi^2= 4,819$; gl= 1; p= 0,01) não recebem aposentadoria e 69,96% ($\chi^2= 6,801$; gl= 1; p= 0,03) tampouco recebem bolsa família. Do total da amostra, 72,78% não recebem outros benefícios ($\chi^2= 10,249$; gl= 1; p= 0,001) e 56,02% ($\chi^2= 12,910$; gl= 1; p= 0,001) não recebem cesta básica. A maior parte dos alunos não teve passagem pelos conselhos tutelares (82,82%; $\chi^2= 5,240$; gl= 1; p= 0,001). Por fim, dessas 1.201 pessoas com

necessidades especiais, 87,63% ($\chi^2= 10,054$; $gl= 1$; $p= 0,001$) receberam vacinação.

Tabela 3. Distribuição dos dados dos participantes em função de variáveis sociodemográficas.

Variáveis	Classificação	N	χ^2 ; p	Variáveis	Classificação	N	χ^2 ; p
Sexo	Masculino	746	$\chi^2=9,82$; $p=0,001$	Transp adaptado	Sim	37	$\chi^2= 9,728$; $p= 0,006$
	Feminino	455			Não	1066	
Composição o Familiar	Mãe	303	$\chi^2=8,27$; $p=0,001$		Sem Informação	46	
	Pai	25		Aposentadoria	Sim	75	$\chi^2= 4,819$; $p= 0,01$
	Pais	686			Não	1022	
	Outros	78			Sem Informação	105	
	Sem inform.	109		Bolsa família	Sim	244	$\chi^2= 6,801$; $p= 0,03$
Condição de moradia	Próprio	611	$\chi^2= 7,128$; $p= 0,001$		Não	843	
	Alugado	239			Sem Informação	115	
	Cedido	225		Benefícios	Sim	215	$\chi^2= 10,249$; $p= 0,001$
	Outros	7			Não	877	
	Sem inform.	119			Sem Informação	98	
Esgoto	Sim	1012	$\chi^2= 6,233$; $p= 0,01$	Cesta básica	Sim	415	$\chi^2= 12,910$; $p= 0,001$
	Não	74			Não	675	
	Sem Inform.	115			Sem Informação	112	
Água	Sim	1073	$\chi^2= 9,356$; $p= 0,001$	Vacinação	Sim	1056	$\chi^2= 10,054$; $p= 0,001$
	Não	12			Não	19	
	Sem Inform.	116			Sem Informação	106	
Coleta de lixo	Sim	1073	$\chi^2= 11,278$; $p= 0,001$	Cons. tutelar	Sim	91	$\chi^2= 5,240$; $p= 0,001$
	Não	13			Não	998	
	Sem Inform.	115			Sem Informação	113	
Cart. Transp. Especial	Sim	445	$\chi^2= 4,455$; $p= 0,007$	Número de cômodos	Média		DP 3,2
	Não	653			4,81		
	Sem Inform.	103					

A tabela 4 apresenta dados relacionados às hipóteses diagnósticas, à etiologia, ao uso de medicação dos alunos, ao local de atendimento clínico e terapêutico e às médias do número de atendimentos em especialidades clínica e terapêutica.

De acordo com a tabela, a hipótese diagnóstica mais freqüente é a deficiência mental - DM (31,40%) ($\chi^2= 8,966$, $gl= 3$ $p= 0,017$), porém a quantidade

de crianças que possuem diagnóstico a esclarecer é de 33,80%. Além disso, a maior parte dos alunos possui etiologia não especificada - NE (73,94%) ($\chi^2=11,026$, $gl=3$, $p=0,003$) e quase metade deles (50,62%) não usa medicação ($\chi^2=9,866$, $gl=1$, $p=0,017$). Considerando que 15,35% recebem apoio clínico público ($\chi^2=12,780$, $gl=4$, $p=0,05$) e 13,44%, apoio terapêutico em instituições ($\chi^2=10,540$, $gl=4$, $p=0,048$) aponta-se que o apoio clínico público ou institucional abrange aproximadamente 30% do total. No que diz respeito ao número de atendimentos por especialidades de apoio terapêutico que eles utilizaram no ano 2008, encontrou-se uma média de 1,24 (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos). Em relação às especialidades de apoio clínico, eles foram atendidos em média 1,4 vezes no ano 2008 por profissionais da área de saúde (médicos pediatras, neurologistas e endocrinologistas).

Tabela 4: Distribuição de alunos em função de hipóteses diagnósticas, etiologia, uso de medicação, local de apoios clínico e terapêutico e número de atendimentos em especialidades clínicas e terapêuticas.

Variáveis	Classificação	N	%
Hipóteses Diagnósticas	DM	377	31,40
	PC	120	10,00
	DV- DA- DM	121	10,01
	Autista	46	3,80
	Transt Psiquiátricos	72	6,00
	Outros	58	4,08
	a esclarecer	406	33,80
Etiologia	Pré	160	13,28
	Peri	61	5,06
	Pós	80	6,64
	NE	891	73,94
Medicação	Sim	445	36,93
	Não	610	50,62
	Sem informação	147	12,20
Local de apoio Clínico	Público	185	15,35
	Particular	33	2,74
	Instituições	33	2,74
	Parti + instit	6	0,50
	Partic + público	3	0,25
	Instit + público	7	0,58
	Sem info	22	1,83
Local de apoio Terapêutico	Público	138	11,45
	Particular	20	1,66
	Instituições	162	13,44
	Parti + instit	1	0,08
	Partic + público	2	0,17
	instit + público	2	0,17
	Sem info	110	9,13
		Média	DP
Número de atendimentos em especialidades terapêuticas		1,24	1,18
Número de atendimentos em especialidades clínicas		1,4	1,02

Legenda

DM – Deficiência Mental; PC – Paralisia Cerebral; DV/DA/DM – Deficiências Visual, Auditiva e Múltipla; TEA – Transtorno do Espectro Autista.

Na tabela 5, associam-se as hipóteses diagnósticas levantadas sobre os participantes e os níveis de ensino da rede. O teste Qui Quadrado permitiu comparar as freqüências de ocorrências de ambas as categorias de variáveis, isto é, a variável hipótese diagnóstica e as variáveis referentes ao nível de ensino, como, por exemplo, escolas de ensino maternal, infantil e assim por diante. Para identificar as associações significativas, utilizou-se o cálculo do resíduo ajustado, que mostrou a diferença entre o dado que seria esperado pelo acaso e os dados observados na tabela 4. Foram considerados significativos valores de resíduo ajustado maiores que dois (2).

O teste Qui-quadrado mostrou associação significativa entre a hipótese diagnóstica e as unidades escolares ($\chi^2= 147,44$, $gl= 24$, $p= 0,001$). A análise do resíduo ajustado aponta que a maior parte das pessoas com necessidades especiais estão em escolas do ensino fundamental (69%) - Tabela 5.

Nas Escolas municipais de ensino fundamental - EMEF, a categoria diagnóstica que mais aparece é a DM (Resíduo= 6,6); porém, esta é proporcionalmente mais freqüente na escola especial (Resíduo= 9,6). A freqüência da Paralisia Cerebral (PC) é semelhante no ensino maternal (Resíduo= 2,4) e no fundamental (Resíduo= 2,0). Já as categorias diagnósticas Deficiência Visual/ Deficiência Auditiva/ Deficiência Múltipla (DV-DA-DM) ocorrem com mais freqüência no ensino fundamental (Resíduo= 5,5).

Enquanto a categoria Transtornos do Espectro Autista não se concentra em um determinado nível escolar, já que todos os valores de resíduo são menores que 2, a de Transtornos Psiquiátricos ocorre com maior freqüência no ensino

fundamental (Resíduo= 2,8) e na escola especial (R= 2,8). A categoria 'Outros', cujo resíduo ajustado teve valor menor que 2, não apresenta, por isso, nenhuma associação com os níveis de ensino. Por último, no que diz respeito à categoria 'a esclarecer', identificou-se que esta se apresenta com maior frequência na escola especial (Resíduo= 5,3) e nas escolas de ensino fundamental (Resíduo= 3,6).

Tabela 5. Associações de frequência entre hipóteses diagnósticas levantadas sobre os participantes e os níveis de ensino da rede.

			Unidade escolar					Total
			EMM	EMEI	EMEF	EMEIEF	EMEE	
Hipótese Diagnóstica	DM	N	2	28	204	20	115	377
		Resíduo Ajustado	-2,0	,7	-6,6	-1,4	9,6	
	PC	N	5	11	72	10	21	120
		Resíduo Ajustado	2,4	1,1	-2,0	,7	,5	
	DV- DA- DM	N	1	5	105	3	1	121
		Resíduo Ajustado	-,7	-1,1	5,5	-1,9	-4,7	
	Autista	N	2	3	30	1	5	46
		Resíduo Ajustado	1,7	,1	,6	-1,2	-,7	
	Transtornos Psiquiátricos	N	1	0	60	8	3	72
		Resíduo Ajustado	-,2	-2,4	2,8	1,4	-2,8	
	Outros	N	1	8	40	7	12	58
		Resíduo Ajustado	-,1	1,7	-1,8	1,1	,4	
	A esclarecer	N	7	25	297	33	32	406
		Resíduo Ajustado	,3	-,4	3,6	1,4	-5,3	
	Dados perdidos						1	
Total		N	19	80	808	82	189	1201

Legenda

DM – Deficiência Mental; PC – Paralisia Cerebral; DV/DA/DM – Deficiências Visual, Auditiva e Múltipla;

EMM – Escola Municipal Maternal; EMEI – Escola Municipal de Ensino Infantil; EMEF – Escola Municipal de Ensino Fundamental; EMEIEF – Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental.

Na tabela 6, é possível observar associações entre o número de atendimentos especializados recebidos ao longo do ano e a hipótese diagnóstica. Para que fosse possível verificar essa diferença, utilizou-se um teste ANOVA. Assumiu-se como variável independente a hipótese diagnóstica e como variável dependente o número de profissionais que oferecem apoio clínico (neurologista, geneticista, pediatra e outros) e o de profissionais que oferecem apoio terapêutico (psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, entre outros).

Tabela 6. Associações entre o número de atendimentos especializados recebidos ao longo do ano e a hipótese diagnóstica dos alunos com necessidades educacionais especiais.

Número de atendimentos	Hipótese Diagnóstica	N	Média	DP
Número de atendimentos de Apoio Clínico	DM	377	1,26	1,083
	PC	120	1,63	1,316
	DV- DA- DM	121	0,91	0,913
	Autista	46	1,15	0,989
	Transt Psiquiátricos	72	1,28	1,292
	Outros	58	1,51	1,310
	A esclarecer	406	1,13	1,237
	Perdidos	1		
	Total	1201	1,23	1,182
Número de atendimentos de Apoio Terapêutico	DM	257	1,56	0,971
	PC	98	1,76	1,185
	DV- DA- DM	114	0,83	0,563
	Autista	36	1,28	0,454
	Transt Psiquiátricos	69	1,32	1,231
	Outros	56	1,34	0,793
	A esclarecer	365	1,38	1,069
	Total	995	1,39	1,019

Legenda

DM – Deficiência Mental; PC – Paralisia Cerebral; DV/DA/DM – Deficiências Visual, Auditiva e Múltipla; TEA – Transtornos do Espectro Autista.

O teste ANOVA mostrou que existe diferença significativa entre o número de atendimentos clínicos ($F= 4,903$, $p= 0,001$) e o número de atendimentos terapêuticos ($F= 9,658$, $p= 0,001$), sendo as médias destes últimos maiores (tabela 6).

O Teste Post Hoc, de Bonferroni, mostrou que o grupo com Paralisia Cerebral utiliza o maior número de atendimentos de apoio clínico em comparação com as restantes categorias diagnósticas ($p= 0,001$). Com relação ao apoio terapêutico, o teste Post Hoc mostrou que esse grupo consome em termos de frequência um número maior de serviços de profissionais em comparação com os restantes grupos de categorias diagnósticas.

Por meio de uma análise de correspondência, verificou-se a associação entre as hipóteses diagnósticas, a etiologia da doença e o nível de ensino. A Análise de Correspondência Multivariada (HOMALS) apresenta um perfil das características destacadas pelos participantes por meio da Análise exploratória de mapas perceptuais. Como forma de verificar a qualidade da consistência interna do perfil extraído do mapa perceptual em relação aos dados reais, utilizou-se o cálculo do índice Alfa de Cronbach.

Para examinar simultaneamente as relações entre linhas e colunas da tabela de contingência, ou seja, as relações entre todas as categorias das variáveis selecionadas, utilizou-se a projeção simétrica, que mostrou que categorias com localização próxima na projeção plana têm relação mais forte do que categorias separadas por distâncias maiores. Faz-se importante observar que qualquer categoria, representada como um ponto na projeção plana, pode ser

analisada separadamente e caracterizada segundo a proximidade das projeções de todas as outras categorias sobre uma reta que liga seu ponto característico à origem dos eixos do plano de projeção. Assim, quando categorias das variáveis contingenciadas são projetadas de forma mais próxima, isto sugere a associação entre os eventos que elas representam (BATISTA, ESCUDER & PEREIRA, 2004). Nesse sentido, a figura 1 apresenta a análise de correspondência realizada para associar as variáveis hipóteses diagnósticas, etiologia e nível de ensino. O índice Alfa de Cronbach, proveniente dessa análise, que mede a adequação do modelo (gráfico) aos dados reais, mostrou que existe uma excelente adequação. O valor de Alfa encontrado foi 0,96.

Tendo em vista a figura 1, infere-se a existência de três perfis de associação, que serão descritos seguidamente:

- Perfil 1: composto por crianças que apresentam, como hipótese diagnóstica, Paralisia Cerebral, com etiologia peri-natal e que freqüentam, preferencialmente, escolas do ensino municipal maternal - EMM.

- Perfil 2: corresponde às crianças com hipótese diagnóstica de Deficiência Mental, com etiologia pós-natal e que estudam, preferencialmente, em escolas municipais do ensino infantil – EMEI – ou na escola municipal de ensino especial – EMEE.

- Perfil 3: diz respeito às crianças com hipótese diagnóstica de transtornos do espectro autista, com transtornos psiquiátricos ou a esclarecer, etiologia não especificada e que freqüentam, preferencialmente, escolas municipais de ensino

fundamental – EMEF, bem como escolas do ensino municipal infantil e fundamental – EMEIEF.

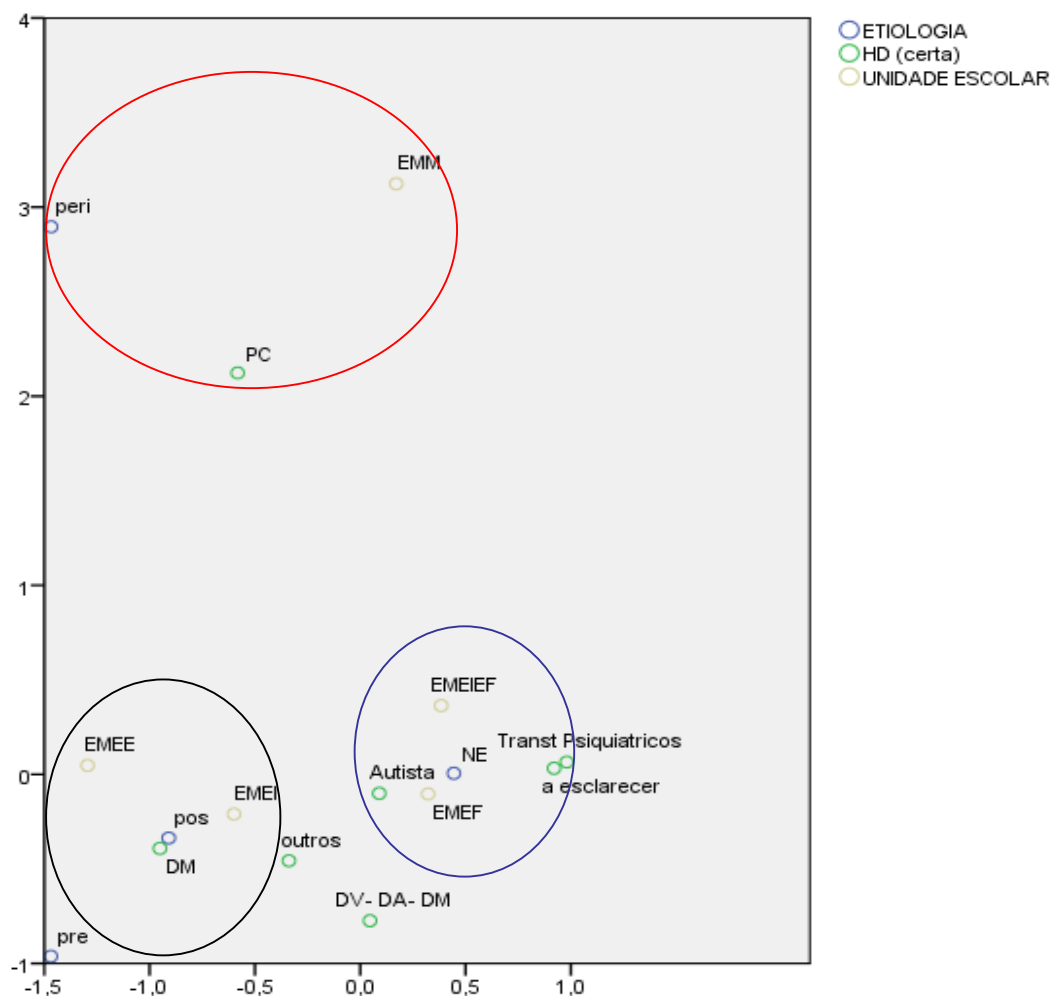


Figura 1. Análise de correspondência entre as variáveis hipóteses diagnósticas e etiologia e o tipo de nível de ensino onde estas se agrupam.

Legenda

DM – Deficiência Mental; PC – Paralisia Cerebral; DV/DA/DM – Deficiências Visual, Auditiva e Múltipla; TEA – Transtorno do Espectro Autista.

EMM – Escola Municipal Maternal; EMEI – Escola Municipal de Ensino Infantil; EMEF – Escola Municipal de Ensino Fundamental; EMEIEF – Escola Municipal de Ensino Infantil e Fundamental; EMEE – Escola Municipal de Ensino Especial.

NE – Não especificado.

No que concerne aos recursos e adaptações, pode-se dizer que não foi encontrada associação significativa entre o uso de recursos (cadeira de rodas, fralda, órtese e prótese) e os níveis de ensino (EMM, EMEI, EMEF, EMEIEF e EMEE). Apenas verificou-se a relação entre esses recursos e o tipo de sala que o aluno frequenta, isto é, sala da escola especial (EE) ou classe comum (CC). Observou-se uma importante associação entre o uso de cadeira de rodas e alunos que estudam em classe comum - CC, considerando que, ainda que a maior parte deles não utilize cadeira de rodas, dentre aqueles que dela fazem uso, 57,3% estão em classe comum - CC ($\chi^2= 36,535$, $gl= 6$ $p= 0,001$). Já em relação ao uso de fraldas, apesar de a maior parte dos alunos não as utilizarem, dentre os que as utilizam, 70,06% estão em CC ($\chi^2= 41,376$, $gl= 6$ $p= 0,001$). Quanto ao uso de órtese, a maior parte dos alunos não tem a necessidade de utilizá-la; porém, entre os que dela fazem uso, 78% estão em CC ($\chi^2= 38,841$, $gl= 6$ $p= 0,001$). Por fim, no que diz respeito ao uso de próteses, 71% dos alunos que as utilizam estão em CC ($\chi^2= 27,741$, $gl= 6$ $p= 0,001$).

6 – DISCUSSÃO

6- Discussão

Os dados das variáveis sociodemográficas permitiram identificar que a maior parte da amostra (56,93%) reside com os pais. Alguns estudos, no entanto, têm mostrado os efeitos negativos que o nascimento de filhos com necessidades educacionais especiais pode provocar no funcionamento familiar. Citam-se, por exemplo, índices elevados de divórcio e problemas decorrentes no relacionamento familiar (SILVA & DESSEN, 2001; ALTHOF, 2004; ELSEN, MARCON, SILVA, 2004; PETEAN, SUGUIHURA, 2005; VAN DER VEEK, KRAAIJ, GARNEFSKI, 2009). Inclusive, aponta-se o nascimento de filhos com essas necessidades como sendo um fator desagregador da família que pode gerar conflitos entre o casal e alterar a dinâmica familiar, pois geralmente ele planeja e espera o nascimento de um filho saudável sobre o qual são elaboradas expectativas positivas. Além disso, segundo Sunelaitis, Arruda e Marcom (2007), há também o fato de que doenças crônico-degenerativas, especialmente em crianças, requerem da família maior tempo e dedicação para o cuidado.

No presente estudo, observou-se, também, que aproximadamente 25% dessas crianças residem exclusivamente com as mães, o que acaba por lhes sobrecarregar no cuidado e suporte, diminuindo a qualidade de vida de muitas delas, fato que, inclusive, é mostrado em outros trabalhos (SOUZA & BOEMER, 2003; CORRICE & GLIDDEN, 2009; KNAPP, ROMEO, BEECHAM, 2009).

Ao receber o filho não idealizado, o casal, além de poder apresentar problemas que acabem levando a uma separação, deverá efetuar uma série de

ajustes funcionais e estruturais relativos, por exemplo, aos hábitos familiares e aos gastos mais elevados de apoio de saúde, de apoio escolar e com cuidadores, para o quê nem sempre está preparado.

Considerando que 56,93% das pessoas com necessidades educacionais especiais moram com os pais, é possível inferir que alguns programas de intervenção podem ser mais eficazes devido à existência de um casal que não só se comunicará com a escola e com as instituições de saúde, como também possivelmente compartilhará outras tarefas e responsabilidades dentro do ambiente familiar.

Do conjunto de variáveis sociodemográficas esgoto, tratamento de água e coleta de lixo, observou-se que a maioria das moradias de pessoas com NEE usufruem destes serviços de maneira expressiva (acima de 80%). Do ponto de vista dos indicadores de desenvolvimento humano (índices de longevidade, renda e educação), vale salientar que, de acordo com os dados do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Barueri, o município possui um IDH-M= 0,826 (Ranking de IDH de municípios do Brasil, 2009). Essa cifra é mais elevada que a média nacional, que se encontra entre 0,808 e 0,813 - valores esses considerados de alto desenvolvimento humano (Human Development Report, 2009).

O transporte adaptado é utilizado preferencialmente pelas pessoas com deficiência física. Na amostra, ainda que 47% tenha carteira para uso deste transporte especial apenas 12% o utiliza, o que é uma porcentagem pouco expressiva em termos absolutos. O dado parece evidenciar certo contra-senso no apoio que a secretaria de assistência social do município oferece a pessoas com necessidades especiais, já que a porcentagem que possui a carteira é bem

superior a de quem realmente usufrui do serviço. A necessidade de transporte adaptado demanda também que outros ambientes sejam altamente diferenciados. Como apontam Araújo e Omote (2005), trata-se de ambientes que disponibilizem, por exemplo, equipamentos especificamente adaptados às necessidades da pessoa com prejuízos intelectuais, sensoriais ou motores em grau severo, considerando que quando essas condições não existem corre-se o risco de a pessoa ser segregada de vários ambientes e atividades, como, por exemplo, dos ambientes do contexto escolar. Nesse sentido, é importante dizer que futuros estudos poderiam identificar se todas as escolas onde essas crianças e esses adolescentes estudam possuem a infra-estrutura adequada às suas necessidades individuais.

Com relação à associação entre hipótese diagnóstica e nível de ensino, deve ser salientado o elevado número de hipóteses diagnósticas que não foi possível agrupar devido ao nível de imprecisão dos dados originais, segundo os quais 33,8% das 1201 pessoas com NEE não tinham um diagnóstico preciso. Ou seja, um número elevado de diagnósticos que precisavam ser esclarecidos (n=406, conforme a Tabela 4), número este próximo ao de pessoas diagnosticadas com deficiência mental (n=377, tabela 4). Tendo isso em vista, faz-se necessário dizer que dados como esses conduzem ao questionamento dos serviços de saúde especializados na emissão de diagnósticos para essa população (TRAMONTINA, MARTINS, MICHALOWSKIA, KETZERA, EIZIRIKA, BIEDERMANB E ROHDE, 2002).

O elevado número de pessoas com DM encontrado torna necessário recomendar à secretaria de educação do município que essas pessoas passem

por uma avaliação clínica, neuropsicológica e comportamental rigorosa para a confirmação do diagnóstico de DM, que se observem as devidas condutas de manejo e que, sendo necessário, se redefina o tipo de necessidade que elas possam apresentar. Reiss (2009), em estudo de revisão sistemática, aponta uma elevada associação entre alterações de comportamento e diversos níveis de retardo mental de etiologias muito diversas – o que exige algoritmos diagnósticos complexos.

A escola brasileira, de acordo com a lei de inclusão (BRASIL, 1996), deve se adaptar a essa necessidade de se elaborar um diagnóstico com mais rigor. A própria Associação Americana sobre Retardo mental (*American Association on Mental Retardation*, 2006) reforça a importância de se investigarem as causas ao estabelecer um diagnóstico de deficiência ou retardo mental. A consideração da etiologia é um aspecto importante porque em certas ocasiões essas condições podem estar associadas a outros problemas de saúde e em determinados casos é possível minimizar ou prevenir o retardo mental grave. Destaca-se, também, que a etiologia pode estar relacionada a fenótipos comportamentais específicos, o que possibilita, a fim de que se previnam incapacidades, antecipar necessidades de apoio, contribuir com aconselhamento genético em casos específicos e esclarecer fatores de risco sociais, comportamentais e educacionais (*American Association on Mental Retardation*, 2006).

Não obstante, infere-se que os alunos não agrupados em categorias diagnósticas, porém incluídos como pessoas com NEE na categoria ‘a esclarecer’, precisam de ações pedagógicas específicas, que somente poderão ser executadas se pelo menos estes alunos pudessem ter um diagnóstico preciso.

Nesse sentido, pode-se questionar a qualidade dos serviços de saúde na emissão de laudos diagnósticos em relação ao critério utilizado para isso e a quais profissionais estão envolvidos nesse trabalho. Na atualidade, os avanços e as descobertas concernentes aos transtornos do desenvolvimento são expressivos, mas, conforme dados extraídos do banco do presente estudo, parece haver profissionais que não conseguem realizar o diagnóstico em crianças e adolescentes com NEE.

Existem estudos brasileiros focados no mapeamento de causas da evasão escolar que apontam, como o de Tramontina e cols (2002), que um número elevado dessas evasões deve-se à condição de retardo mental, geralmente detectada a partir de resultados decorrentes da aplicação de testes padronizados de inteligência.

Identificou-se, também, que 69% das pessoas com NEE freqüentam, preferencialmente, as salas regulares das escolas municipais de ensino fundamental, onde a hipótese diagnóstica mais freqüente é a deficiência mental. Há, ainda, uma importante parcela de pessoas com DM na escola especial do município.

O tema da deficiência mental tem tido como alvo de excelência a área pedagógica, como apontado por Barbosa e Moreira (2009). Em artigo de revisão sistemática acerca da produção científica sobre o tema, os autores destacaram que, entre as temáticas relacionadas à escolarização, há 36 trabalhos sobre estratégias para a inclusão escolar, 16 relativos ao desenvolvimento na educação inclusiva e 7 que investigam as políticas públicas inclusivas. Faz-se importante

observar que esses estudos provavelmente podem auxiliar a secretaria no desenvolvimento de gestões escolares especializadas para alunos com DM a fim de que os serviços propostos pelo departamento de educação especial do município lhes garantam uma escolarização adequada. Nesse sentido, o estudo de Jurdi e Amiralian (2006) elabora uma proposta interessante para estimular habilidades funcionais em pessoas com DM ao propor um tipo de terapia ocupacional no horário de recreio, algo que por eles havia sido implementado em uma escola estadual de ensino fundamental da cidade de São Paulo. As autoras discutem os possíveis benefícios desse tipo de atividade no processo de inserção escolar, porém fora do contexto da escola regular.

As categorias Paralisia Cerebral e Deficiências visual, auditiva e múltipla, transtornos que demandam serviços pedagógicos especializados dentro das escolas, também concentraram seus maiores números de alunos nas escolas de ensino fundamental. Observe-se que, no caso da PC, os pacientes devem ser tratados por equipes multidisciplinares cujo enfoque terapêutico principal seja fisioterapêutico e pedagógico. Para essas crianças conseguirem acompanhar o processo de escolarização, inclusive em salas especiais, precisam de atendimentos fonoaudiológico, psicopedagógico, psicológico, oftalmológico, ortopédico e neuro-pediátrico (ROTTA, 2002). De fato, os dados encontrados apontaram que esse grupo utiliza um elevado número de apoios clínicos (atendimentos especializados em medicina) e terapêuticos (atendimentos de outras áreas da saúde: fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia, psicopedagogia, fisioterapia, entre outros), se comparado com as pessoas

agrupadas nas categorias diagnósticas restantes (à exceção da DM), conforme apontado na tabela 5.

De acordo com Gomes e Barbosa (2006), as pessoas com PC podem apresentar características deficitárias acentuadas geralmente associadas a problemas de fala, visão, audição, vários distúrbios de percepção, certo grau de retardo mental e/ ou epilepsia e ao comprometimento motor, que é sua característica cardinal. Assim, considerando que esse grupo populacional demanda elevados serviços clínicos e terapêuticos, faz-se necessário observar que as escolas da rede precisam estar preparadas para o atendimento adequado dessa população, que vai além das mudanças arquitetônicas que facilitam sua adaptação ambiental. Para os autores,

“A inadequação das instalações e dependências de parcela expressiva das escolas, uma vez que não se contemplam espaços e condições para portadores de déficits motores, o despreparo do docente para lidar com PNEEs em geral, a carência de materiais básicos (livros etc.) e de recursos tecnológicos avançados como computadores, a presença de uma prática pedagógica que não contempla a diversidade de necessidades educacionais e a ausência de equipes de apoio representam uma pequena amostra das barreiras a serem superadas na escola pública brasileira para que o processo de inclusão escolar de PPCs e de outros PNEEs se torne uma realidade” (GOMES & BARBOSA, 2006, p. 87).

Alguns estudos realizados no contexto de ensino brasileiro mostram que, apesar de professores do ensino fundamental concordarem acerca da necessidade de um processo de inclusão de pessoas com PC ao descreverem as características do transtorno esses mesmos profissionais enfatizam prioritariamente aspectos negativos que impedem a inclusão, além de destacaram

que a formação deficitária que tiveram acaba limitando sua forma de trabalhar com essas pessoas (GOMES & BARBOSA, 2006).

A categoria diagnóstica 'Transtornos do Espectro Autista' também concentrou o maior número de alunos no ensino fundamental. Ao comparar o total de pessoas com NEE agrupadas na categoria (n= 46 – tabela 4) com o número total de alunos da rede municipal de ensino (n= 60.545 – tabela 1), observa-se que a porcentagem de pessoas com tal hipótese diagnóstica seria de 0,07:100, 0,7:1000 ou, ainda, aproximadamente 7,5:10.000.

Estudos epidemiológicos recentes sobre índices de prevalência do Transtorno Autista, por exemplo, oferecem dados confirmando que os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento afetam aproximadamente 0,6% da população (FOMBONNE, 2009; WILLIAMS ET AL., 2006; Center for Disease Control and Prevention, 2007). Uma rápida comparação entre ambos os números permite afirmar que, considerando tal dado um achado confiável, o mesmo está distante das estatísticas de prevalência de outros países.

Vale lembrar que, em relação às pessoas com diagnóstico de TEA, a literatura aponta que há uma prevalência maior em meninos do que em meninas, em uma proporção de 5:1 ou 4:1 (FOMBONNE, 2009). Os dados do banco do município mostram que, das 46 pessoas com TEA, 36 são meninos e 10, meninas. Essa proporção de mostra que, nos dados do banco, há mais pessoas do sexo masculino com a hipótese diagnóstica de TEA do que do sexo feminino.

Faz-se necessário destacar a complexidade do processo de escolarização de uma criança com TEA, já que, além do retardo mental, que geralmente se associa à condição autista propriamente dita, as alterações de comportamento,

linguagem e interação são de difícil manejo nos contextos das salas regulares. À título de exemplificação, um estudo realizado no Reino Unido constatou que atualmente o custo aproximado em libras esterlinas que o atendimento de pessoas com TEA representa para o estado está em torno de 2,7 bilhões anuais para crianças em idade escolar e de 25 milhões por ano para adultos (KNAPP, ROMEO, BEECHAM, 2009).

Por fim, em relação aos agrupamentos diagnósticos 'Transtornos psiquiátricos (transtorno de déficit de atenção e hiperatividade - TDAH, transtornos comportamentais e transtornos depressivos) e 'Outros' (Dislexia, distúrbios da fala e outros distúrbios que não se enquadram nas categorias anteriores), destaca-se o fato de nenhuma destas categorias preencher os critérios de necessidades educacionais especiais, de acordo com a lei (MEC/SEESP Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, 2007). Ao que parece, esses agrupamentos, categorizados com base nos dados do próprio banco, não condizem com a resolução de preenchimento de critérios clínicos para deficiências sensoriais (auditiva e visual), deficiência mental, transtornos invasivos/globais do desenvolvimento, deficiências múltiplas (paralisia cerebral, surdocegueira, outras condições) e altas habilidades. A partir disso, fazem-se necessários alguns questionamentos: Por que eles fazem parte do banco na condição de pessoas com NEE? Qual é o verdadeiro diagnóstico? Haverá outras comorbidades?

Nesse sentido, são possíveis dois tipos de análise. Uma primeira é de tipo teórica, já divulgada em estudos anteriores, como o de Ferreira e Guimarães

(2003), a qual se refere ao significado de “pessoas com necessidades especiais”, recomendado pelo MEC. Para as autoras, o sintagma ‘necessidades especiais’ não deve ser tomado como sinônimo de ‘deficiências’ (mentais, sensoriais, físicas ou múltiplas), já que o mesmo não traduz aquilo que os educadores realmente querem dizer – necessidades educacionais especiais (FERREIRA & GUIMARÃES, 2003 p. 30). Assumir essa explicação conduz à seguinte afirmação: mesmo que esses alunos não possam ser legalmente considerados como pessoas com NEE, é provável que precisem de diversos programas de avaliação e intervenção para se estabelecerem ações pedagógicas que favoreçam o desempenho escolar dos mesmos algo que está demonstrado em estudos desenvolvidos no contexto brasileiro em relação ao TDAH, à Dislexia, aos Transtornos da Aprendizagem e aos Transtornos Depressivos, entre outros (ARAUJO, 2002; SANTOS, 2006; GERMANO, CAPELLINI, 2008; LUKASOVA, BARBOSA, MACEDO. 2009).

Ainda do ponto de vista teórico e aplicado, o termo NEE implica na existência de deficiências e doenças como condições definitivas ou transitórias que implicam em determinadas necessidades denominadas 'especiais' (NE), já que estas não são compartilhadas pela maioria das pessoas. Caso essas necessidades especiais não possam ser atendidas pelos meios tradicionais de ensino, por demandarem uma série de recursos e estratégias de caráter mais especializado por parte da instituição, elas passam a denominar-se necessidades educacionais especiais – NEE (FERREIRA, 2007). Nesse caso, a secretaria de educação do município deverá assumir que as pessoas com problemas de saúde mental (como é o caso dos agrupamentos ‘Transtornos psiquiátricos’ e da

categoria gerada no presente estudo, denominada 'Outros') matriculadas nas escolas regulares precisam ter garantias de qualidade nas condições de acesso à escolarização e nas oportunidades de desenvolvimento (FERREIRA, 2007).

A outra análise remete a aspectos legais propriamente ditos, já que os transtornos psiquiátricos, assim como os restantes problemas que foram agrupados em categorias, não parecem condizer com as classificações diagnósticas que a lei propõe (BRASIL, 1996).

Mas, independentemente das questões legais ou teóricas, de fato todas as crianças das categorias supracitadas demandam programas específicos de avaliação e intervenção. Entender a etiologia de cada condição esclarecerá diversas questões clínicas da saúde mental desses jovens e permitirá o conhecimento e o planejamento de aspectos da vida de muitos deles. Por exemplo, em relação aos transtornos psiquiátricos, ainda que se saiba que o TDAH e os transtornos depressivos, além de serem prevalentes nas populações infantis, podem comprometer consideravelmente o desenvolvimento e o desempenho escolar, eles não caracterizam um quadro de NEE do ponto de vista legal (ANDRIOLA, CAVALCANTE, 1999; ROHDE, HALPERN, 2004; SMALLEY, MCGOUGH, MOILANEN, LOO, TAANILA, EBELING, 2007; AVANCI, ASSIS, OLIVEIRA, PIRES, 2009).

Embora as taxas de prevalência variem para alguns desses transtornos (como no caso do TDAH) nas populações com desenvolvimento típico sabe-se que muitos deles também aparecem como comorbidades associadas a outros transtornos do desenvolvimento (VASCONCELOS, WERNER, MALHEIROS,

LIMA, SANTOS, BARBOSA, 2003), como, por exemplo, o TDAH em síndromes genéticas com retardo mental (ROMANA, ROHDE, HUTZC, 2002; OGDIE, FISHER, YANG, ISHII, FRANCK, LOO., ET AL., 2004; POSNER, MELVIN, MURRAY, GUGGA, FISHER, SKROBALA. ET AL., 2007).

De acordo com os objetivos do presente estudo, ao observar os agrupamentos diagnósticos, infere-se que o município, no caso representado pelo departamento de educação especial, deverá prestar especial atenção à distribuição de alunos com necessidades educacionais especiais da rede em função do nível de educação. Na figura 1, agruparam-se as variáveis hipóteses diagnósticas, etiologia e tipo de nível de ensino onde estas se conglomeram. Os perfis formados indicaram que a maior parte das pessoas com NEE concentra-se em escolas municipais de ensino infantil – EMEI – e em escolas municipais de ensino especial fundamental – EMEEF (perfis 2 e 3).

O fato de haver crianças com NEE no ensino infantil mostra que a política inclusiva, em termos de matrícula, de fato já acontece no município (perfis 1, 2 e 3 da figura 1). Esse primeiro passo, escasso na década de 90, quando a LDB relacionada a necessidades educacionais especiais havia sido recém-implantada, hoje parece estar se tornando uma rotina no município, especialmente na educação infantil quanto à categoria PC (ROMERO, 1998), o que representa um desafio para coordenadores e professores nas creches e pré-escolas. O período de entrada dessas crianças pode ser uma excelente oportunidade para a estimulação de diversas habilidades cognitivas, a introdução de repertórios

comportamentais e o desenvolvimento de capacidades funcionais, como mostram estudos da atualidade referentes aos diversos transtornos do desenvolvimento.

Mendes (2006) defende que o processo de inclusão deve iniciar na creche. A autora, citando o estudo de Thompson, Wickham, Wegner & Ault (1996) aponta que estes colocam algumas recomendações para os educadores tomando como base a experiência do *Circle of Inclusion Project*. Dentre as recomendações, cita-se, por exemplo, a preparação da classe para a chegada de um colega com deficiência severa. No caso das crianças pequenas esta preparação não precisa ser extensa e as informações devem surgir naturalmente; as crianças sem deficiências seguem o modelo do adulto para se comunicar com as crianças com deficiência, daí a importância de oferecer um modelo positivo; alguns companheiros da mesma idade podem aprender a usar estratégias de suporte como ajuda física e suporte facilitador; as crianças respondem com medo à criança que é agressiva e àquelas que apresentam comportamentos de isolamento, mas elas aceitam explicações na natureza comunicativa e podem aprender estratégias de enfrentamento; no caso da criança requerer acomodações, é conveniente explicar e demonstrar o equipamento e/ou dispositivo aos colegas e oferecer oportunidades para que eles os experimentem, sem desrespeitar a criança com deficiência.

Mendes (2006) menciona ainda em seu trabalho o estudo de Loventhal (1999) ao fazer um balanço sobre os 30 anos de inclusão na educação infantil dos E.U.A e aponta que os caminhos necessários para um processo de inclusão bem sucedida envolvem adesão consistente à filosofia, definição de papéis (para

familiares, políticos, gestores, profissionais da educação regular e especial) colaboração em equipe, currículo e método de instrução apropriado, além de mudanças na formação inicial de professores de educação infantil. Numa revisão de estudos sobre o impacto de práticas inclusivas, Saylor (2002) concluiu em relação à Educação Infantil que os serviços de equipe interdisciplinar contribuem para o alcance de resultados positivos nos programas inclusivos, mas que para o serviço seja efetivo, é necessário tempo adequado para o planejamento, agendas eficientes e uso racional do tempo.

Embora motivados para aceitar alunos com necessidades educacionais especiais os educadores de creches se mostraram apreensivos quanto ao sucesso desse empreendimento. Segundo Mendes, no estudo de Thompson, Wickham, Wegner & Ault (1996), estes apontam que é comum tanto encontrar equipes dispostas, que sentem prazer em participar de um programa inclusivo, mas que manifestam preocupação em relação às reais possibilidades de atender as necessidades diferenciadas da criança, de como oferecer da melhor forma o suporte e assistência necessários. Os autores consideram em seu estudo que a ausência de regras claras e frustração estão entre os principais fatores que podem afetar a satisfação do pessoal envolvido em programas de inclusão escolar.

As formas e os tipos de estimulação variam conforme o transtorno do desenvolvimento e as necessidades específicas de cada um deles. Na área do autismo, por exemplo, no caso de bebês e crianças em idade pré-escolar, citam-se trabalhos direcionados à estimulação precoce de diversas funções da linguagem, aspectos sociais de interação e comunicação, habilidades cognitivas e

funções adaptativas que aumentem a adaptação aos diversos contextos ambientais.

No caso da deficiência mental, é recomendável que as equipes de professores das escolas sejam capacitadas em relação aos Sistemas de Apoios aplicados às pessoas com retardo mental, conforme a *American Association on Mental Retardation-AAMR* (2006). Estes sistemas pressupõem que, para entender o comportamento destas pessoas, é necessário avaliar as discrepâncias entre competências e habilidades e aquelas habilidades e competências adaptativas requeridas para um determinado ambiente. Quando as fontes de apoio são eficazes, é possível que o nível de deficiências se reduza, o que permite que intervenções, serviços ou apoios se concentrem na prevenção e em comportamentos adaptativos. O manual oferece um modelo completo de apoios que abrangem as áreas de desenvolvimento humano, ensino e educação, vida doméstica, vida comunitária, profissional, de saúde e segurança comportamental, social e de proteção e defesa (*American Association on Mental Retardation – AAMR*, 2006, p. 143). A inserção precoce dessas pessoas com NEE no ensino maternal e infantil poderia se beneficiar com muitas das atividades propostas no manual.

O maior número de crianças com deficiências e incapacidades decorrentes de doenças crônicas como Paralisia Cerebral, diversos quadros de plegias, paralisias localizadas e deficiências físicas isoladas ou com síndromes que não se encaixam em DM, DA, DV ou TEA's concentrou-se prioritariamente no ensino fundamental (tabela 4), sendo que o grupo de pessoas com paralisia cerebral

aparece com maior frequência tanto nas escolas maternas como no ensino fundamental, representando, conforme a Tabela 6, 9,96% dos indivíduos com NEE.

De todas as categorias de hipóteses diagnósticas, a PC provavelmente é uma das condições crônicas que podem conduzir ao desenvolvimento de graves limitações funcionais em longo prazo, quando não realizadas condutas adequadas de intervenção. Sabe-se que ter uma criança com PC torna-se um desafio para os pais, uma vez que, por conta dos problemas de saúde decorrentes, estes devem participar mais ativamente do cuidado delas enquanto tentam manter suas atividades diárias. A demanda especial que é imposta a essas famílias acaba sendo significativamente maior na escola, já que, associado ao papel fundamental de alfabetizar, ela terá de atentar para os cuidados de que esses jovens necessitam (CAMARGOS, LACERDA, VIANA, PINTO, FONSECA, 2009).

As crianças e adolescentes com NEE relacionadas a deficiências visuais, auditivas e múltiplas (DV/DA/DM) também exigem cuidados e programas de alfabetização específicos que lhes garantam o devido acesso à escolarização. Para o caso da DV, por exemplo, existem técnicas que podem favorecer o desenvolvimento a partir do uso de materiais específicos e de procedimentos que estimulem e aperfeiçoem a utilização de estratégias de motricidade visual, acomodação, coordenação motora, entre outras (DALL'ACQUA, 2007).

No caso de transtornos psiquiátricos como TDAH e depressão, existe uma vasta literatura que mostra diversas formas de manejo e intervenção, como, por exemplo, intervenções psicossociais para controle de desatenção, impulsividade e

hiperatividade em contextos sociais e escolares, treino de funções executivas, controle de estímulos e terapias medicamentosas (FALISSARD, COGHILL, ROTHENBERGER, LORENZO, 2009; PAPAZIAN, ALFONSO, LUZONDO, ARAGUEZ, 2009; FRASER, WRAY, 2009). Os próprios transtornos depressivos também demandam estratégias precoces de diagnóstico e intervenção, pois a alteração pode se tornar um fator de risco importante no processo de alfabetização (BAHLS, 2002; DELL'AGLIO & HUTZ, 2004; RAO, CHEN, 2009; CULLEN, KLIMES-DOUGAN, KUMRA, 2009).

Outra questão que exige do DAE o planejamento de mudanças infra-estruturais e de funcionamento das escolas diz respeito à associação entre o uso de recursos (cadeira de rodas, fralda, órtese e prótese) e o tipo de sala que esses alunos freqüentam (sala da escola especial – EE – ou classe comum – CC), já que, como descrito, apesar de a maior parte dos alunos não utilizar cadeira de rodas, dentre os que usam 57,30% estão em classe comum – CC ($\chi^2= 36,535$; $gl= 6$; $p= 0,001$).

Ainda em termos da infra-estrutura necessária para o atendimento de pessoas com necessidades especiais, destaca-se que a maior parte delas também não dispõe de recursos de serviço educacional e apoio, como adaptações curriculares, tempo, horário, etc. Quanto aos níveis de ensino e sua associação com os recursos, como referido na descrição de resultados não foi encontrada associação significativa entre as duas variáveis. Ainda assim, dentre os alunos que utilizam os recursos citados a maioria encontra-se em classes comuns – CC, tipo de inclusão que exige capacitação dos profissionais para o atendimento dos

alunos, mudanças em relação à organização do espaço escolar, uso de recursos pedagógicos específicos, adaptações de currículo, realização de atividades extracurriculares. Conforme apontado por Gomes e Barbosa (2006), entende-se que as adaptações devem estar associadas a algumas mudanças de atitude por parte de professores quanto à inclusão de uma nova clientela na rede, pois pelo fato de geralmente se encontrarem despreparados não conseguem dar a devida assistência a todos os alunos mais o aluno com NEE.

Algumas das melhoras que a secretaria tem obtido por meio da equipe do Departamento de Apoio ao Desenvolvimento Educacional – DADE – dizem respeito à criação de um material de apoio com diversas informações relativas a aspectos legais, tipos de necessidades especiais e suas definições, causas, manifestações e sugestões concernentes tanto à conduta do educador frente às necessidades especiais de seu aluno, quanto aos devidos aspectos arquitetônicos da escola.

Os achados referentes a uso de apoios clínico e terapêutico, como observado na tabela 6, mostram que as médias do número de atendimentos em especialidades clínica e terapêutica são relativamente baixas - 15,35% recebem apoio clínico público e 13,44% recebem apoio terapêutico em instituições, apoios que juntos abrangem aproximadamente 30% do total. No que diz respeito às especialidades de apoio terapêutico, os alunos recorrem a elas em média 1,24 vezes por ano, enquanto que, em relação às especialidades médicas de apoio clínico, usufruem anualmente do serviço cerca de 1,4 vezes. Esses dados podem ser usados pelo DAE no futuro planejamento do Centro de Atenção Integral à

Pessoa com Deficiência, que se encontra em fase de construção dentro da prefeitura municipal. Como o centro prevê atendimento nas áreas de saúde (reabilitação e atendimento ambulatorial à saúde), é possível que esses números contribuam com o planejamento dos recursos humanos necessários ao centro.

7 – Conclusão

7 - Conclusão

O presente estudo descreveu o perfil sociodemográfico, educacional e de saúde dos alunos com necessidades educacionais especiais da Rede Municipal de Ensino de Barueri. De acordo com os dados contidos no banco, 1,98% do total de alunos matriculados na rede municipal de ensino em 2008 apresentavam NEE (1.201 de 60.545 alunos).

O trabalho permitiu identificar que o maior número de alunos, independentemente da categoria diagnóstica, concentra-se no ensino fundamental, nível que, principalmente por ser inicial no que se refere ao processo de alfabetização deve dispor de recursos e estratégias específicas para atender as necessidades dos educandos com NEE. Nesse sentido, algumas recomendações sobre planejamento de estratégias, ações e recursos materiais e humanos foram feitas ao longo da discussão. Ainda assim, é importante salientar que nem todas as sugestões puderam se adequar do modo devido ao perfil de saúde física e mental de todos os alunos por conta da elevada porcentagem que não apresentou indicadores precisos para formular uma hipótese diagnóstica. Mas, sendo o diagnóstico o passo inicial para quaisquer planejamentos de ações, espera-se que o futuro Centro de Atenção Integral às Pessoas com Deficiência possa suprir essa demanda dentro do núcleo 'Saúde'.

Como o presente estudo identificou possíveis dados não válidos em relação às hipóteses diagnósticas dos alunos. Em função do anterior, custos destinados a esta tarefa poderão ser planejados para o oferecimento desses serviços dentro da

secretaria de saúde. Através desse trabalho a secretaria de educação pode realizar uma reforma estratégica do serviço que já vem sendo disponibilizado ou por meio de um novo projeto em parceria com a secretaria da saúde.

Outra questão relevante diz respeito ao processo de inclusão de alunos com NEE desde o nível educacional infantil, que lhe possibilitará ao Departamento de Educação Especial desenvolver ações preventivas para diversas alterações cognitivas, funcionais e comportamentais, dependendo do tipo de diagnóstico que a criança apresente.

Todos os transtornos do desenvolvimento incluídos nas categorias Transtornos do Espectro Autista, Deficiência Mental, Deficiência Auditiva, Deficiência Visual e Deficiência Múltipla constituem tipos de deficiências que produzem limitações no funcionamento individual em contextos sociais, escolares e familiares, que, por sua vez, provocam incapacidades para o desempenho de atividades, déficits de habilidades nas atividades da vida diária e restrições na participação (CIF, 2003). Por isso, as ações pedagógicas no contexto escolar deverão estabelecer metas que garantam minimamente habilidades funcionais e repertórios de escolarização de acordo com as condições e necessidades de cada um.

Tendo em vista que o presente estudo buscou identificar características sociodemográficas dos alunos com NEE da rede municipal de educação de Barueri, observa-se que muitas dessas variáveis permitiram avaliar a existência de indicadores adequados de desenvolvimento para esse grupo populacional. Bancos de dados como esse podem auxiliar às secretarias no planejamento de recursos

humanos e materiais, no sentido de que um planejamento adequado permitiria, por exemplo, que esses alunos fossem distribuídos proporcionalmente entre os níveis de ensino, de maneira a não haver vagas ociosas em algumas escolas e falta de vagas em outras. Obviamente, esse tipo de distribuição exige uma preparação homogênea dos recursos humanos da rede.

Por fim, devem ser salientadas as limitações do estudo, o qual poderá servir para futuros trabalhos que auxiliem na atuação da equipe do DAE, assim como para pesquisas que ampliem o conhecimento sobre esse grupo populacional.

Recomenda-se que esses alunos sejam avaliados por equipes de saúde competentes em transtornos do desenvolvimento a fim de que sejam emitidos diagnósticos precisos sobre a condição de saúde física e mental dos mesmos e de que os devidos recursos possam ser adaptados às demandas diferenciais, isto é, serviços clínicos, terapêuticos e pedagógicos. O planejamento adequado dos serviços permitirá que, às ações do Departamento de Apoio Especializado da rede de ensino de Barueri, se integrem os novos achados, nos quais se identificaram os seguintes grupos especiais que demandariam esse tipo de avaliação multidisciplinar: TEA, TDAH, Transtorno de oposição e desafio, Dislexia e deficiência mental.

Em relação ao trabalho pedagógico com os grupos, pode ser objeto de estudo de futuros trabalhos a elaboração de apostilas com orientações concisas sobre classificações diagnósticas e evolução de casos e com sugestões para

ações pedagógicas relacionadas aos tipos principais de transtornos do desenvolvimento que a rede absorve. Esse material ajudará a capacitar professores e auxiliares pedagógicos no manejo e na escolarização desses grupos.

8 – Referências

8 - Referências

ALTHOFF, C. R. Delineando uma abordagem teórica sobre o processo de conviver em família. In: Elsen I.; Marcon S. S.; Santos, M. R. dos (Orgs.). O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá: *Eduem*, p. 29-42, 2004.

AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION. AAMR. Retardo Mental: definição, classificação e sistemas de apoio; tradução LOPES, F. L. – 10 ed. – Porto Alegre: *Artmed*, 2006.

ANDRIOLA, W. B.; CAVALCANTE, L. R. Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola. *Psicol. Reflex. Crit.*, vol.12, n.2, p. 419-428, 1999.

ARAUJO, R. C. T.; OMOTE, S. Atribuição de gravidade à deficiência física em função da extensão do acometimento e do contexto escolar. *Rev. bras. educ. espec.* vol.11, n.2, p. 241-254, 2005.

ARAUJO, A. P. Q. C. Avaliação e manejo da criança com dificuldade escolar e distúrbio de atenção. *J. Pediatr.* Rio de Janeiro. vol.78, suppl.1, p. S104-S110, 2002.

AVANCI, J. et al. Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. *Ciênc. saúde coletiva* vol.14, n.2 p. 383-394, 2009.

ÁVILA, M. H; LATORRE, M. C.; MORENO, S. L. Diseño de estúdios epidemiológicos. *Salud Pública de México*, vol. 42, n. 2. Cuernavaca, 2000.

BAHLS, S. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes: clinical features. *J. Pediatr.* Rio de Janeiro, vol.78, n.5, p. 359-366, 2002.

BARBARO J.; DISSANAYAKE C. Autism spectrum disorders in infancy and toddlerhood: a review of the evidence on early signs, early identification tools, and early diagnosis. *J Dev Behav Pediatr.*, vol. 30 n. 5 p. 447-59, 2009.

BARBOSA, A. J. G.; MOREIRA, P. S. Deficiência mental e inclusão escolar: produção científica em Educação e Psicologia. *Rev. bras. educ. espec.* , vol.15, n.2, p. 337-352, 2009.

BATISTA, L. E.; ESCUDER, M. M.; PEREIRA, J. C. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Revista de Saúde Pública*, vol. 38, n. 5, 2004.

BATISTA, M. W.; ENUMO, S. R. F. Inclusão escolar e deficiência mental: análise da interação social entre companheiros. *Estud. Psicol.* Vol. 9, n. 1. Natal, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, LDB Lei Nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Imprensa Oficial, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Lei Nº. 7.853, de 24 de outubro de 1989.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, LDB Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. Decreto-lei nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro 1989. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/sicon/ExecutaPesquisaBasica.action>. Acessado em: 12/12/2009.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. Subsídios para organização e funcionamento de serviços de educação especial: área de altas habilidades. Brasília. *Série Diretrizes*, DF, 1995.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Decreto Nº 5.296 de 02 de dezembro de 2004.

BRASIL. Ministério Público Federal. Fundação Procurador Pedro Jorge de Melo e Silva organizadores. O acesso de alunos com deficiência às escolas e classes comuns da rede regular. Brasília: Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, 2004.

BRASIL. IBGE. Censo Demográfico, 2000. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>>. Acesso em: 20 de jan. 2007.

CAMARGOS, A. C. R. et al. Avaliação da sobrecarga do cuidador de crianças com paralisia cerebral através da escala Burden Interview. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, vol.9, n.1 p. 31-37, 2009.

CENSO ESCOLAR, Caderno de Instruções para Censo Escolar, 2007. Glossário de Educação Especial. SEESP/MEC. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/925483/Caderno-de-Instruções-para-Censo-Escolar-1204?page=1>. Acesso em junho de 2009> Acesso em: 28/05/2009.

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Prevalence of Autism Spectrum Disorders-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites. United States, 2002. Surveillance Summaries. MMWR, vol 56, SS-1, p. 12-28, 2007.

CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE 10ª Revisão. CID-10. Organização Mundial de Saúde. Versão 2008, Vol 1. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/webhelp/cid10.htm>, Acesso em: 01/06/2009.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE. CIF. Classificação detalhada com definições. Organização Mundial de Saúde. Direção-geral de Saúde, 2003.

CORRICE A. M.; GLIDDEN L. M. The Down syndrome advantage: fact or fiction? *Am J Intellect Dev Disabil.* Vol. 114 n. 4, p. 254-68, 2009.

CULLEN, K.; KLIMES-DOUGAN, B.; KUMRA, S. Pediatric depression: issues and treatment recommendations. *Minn Med.* Vol. 92, n. 3 p. 45-8, 2009.

DALL'ACQUA, M. J. C. Atuação de professores do ensino itinerante face à inclusão de crianças com baixa visão na educação infantil. *Paidéia.* Ribeirão Preto vol.17, n.36 p. 115-122 , 2007.

DECLARAÇÃO MUNDIAL DE EDUCAÇÃO PARA TODOS (1990). Disponível em: <www.educacaoparatodos.org/documentos/relatorio_EFA_2009.pdf. Acesso em 20/06/2009.

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA (1994). Disponível em: http://www.educacaoparatodos.org/documents/declaracao_salamanca.doc. Acesso em: 20/06/2009

DELL'AGLIO, D. D.; HUTZ, C. S. Depressão e desempenho escolar em crianças e adolescentes institucionalizados. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. vol.17, n.3, p. 351-357, 2004.

ELSEN I; MARCON S. S.; SILVA M. R. S. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2ª ed. Maringá: *Eduem*, p. 19-28, 2004.

EMÍLIO, S. A. Grupos e inclusão escolar: Sobre laços, amarras e nós. São Paulo: Paulus. Resenha de: ÁVILA, L. A. Grupos e exclusão escolar: os nós que amarram a inclusão e os laços que a envolvem. *Paidéia*. Ribeirão Preto, vol.18, n.40, 2008, [online] [cited 2009-06-03].

ENUMO, S. R. F. Avaliação assistida para crianças com necessidades educacionais especiais: um recurso auxiliar na inclusão escolar. *Rev. bras. educ. espec.* vol.11, n.3, p. 335-354, Marília, 2005.

ESCH, B. E.; CARR, J. E.; GROW, L. L. Evaluation of an enhanced stimulus-stimulus pairing procedure to increase early vocalizations of children with autism. *J. Appl. Behav. Anal.* Summer; vol. 42, n. 2, p. 225-41, 2009.

FALISSARD, B., et al. Short-Term Effectiveness of Medication and Psychosocial Intervention in a Cohort of Newly Diagnosed Patients With Inattention, Impulsivity, and Hyperactivity Problems. *J. Atten. Disord.*, 2009.

FERREIRA, M. E. C.; GUIMARÃES, M. Educação Inclusiva. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

FERREIRA, S. L. Ingresso, permanência e competência: uma realidade possível para universitários com necessidades educacionais especiais. *Rev. bras. educ. espec.*, vol.13, n.1 p. 43-60, 2007.

FOMBONNE E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Rev.* vol. 65, n 6, p. 591-8, 2009.

FRASER, A.; WRAY, J. Oppositional defiant disorder. *Aust Fam Physician.* Vol. 37, n. 6, p. 402-5, 2008.

GARCIA, R M C. Políticas para a educação especial e as formas organizativas do trabalho pedagógico. *Rev. bras. educ. espec.* [online], vol.12, n.3 p. 299-316, 2006.

GERMANO, G. D.; CAPELLINI, S. A. Eficácia do programa de remediação auditivo-visual computadorizado em escolares com dislexia. *Pró-Fono R. Atual. Cient.*, vol.20, n.4, p. 237-242 , 2008.

GOMES C., BARBOSA J. G. Inclusão escolar do portador de paralisia cerebral: atitudes de professores do ensino fundamental. *Rev. Bras. de Educ Espec.* Vol. 12, n. 1, p. 85-100, Marília, 2006.

GRANPEESHEH, D.; TARBOX, J.; DIXON, D. R. Applied behavior analytic interventions for children with autism: a description and review of treatment research. *Ann Clin Psychiatry*, vol. 21, n. 3, p. 162-73, 2009.

JURDI, A. P. S.; AMIRALIAM, M. L. T. M. A inclusão escolar de alunos com deficiência mental: uma proposta de intervenção do terapeuta ocupacional no cotidiano escolar. *Estud. psicol.*, Campinas, vol. 23, n.2, p. 191-202, 2006.

KASPER, A. A.; LOCH, M. V. P.; PEREIRA, V. L. D. V. Alunos com deficiência matriculados em escolas públicas de nível fundamental: algumas considerações. *Educar Rev.* Editora UFPR. n 31, p. 231-243, Curitiba, 2008.

KNAPP M, ROMEO R, BEECHAM J. Economic cost of autism in the UK. *Autism.* Vol. 13, n. 3, p. 317-36, 2009.

LACERDA, C. B. F. A inclusão escolar de alunos surdos: o que dizem alunos, professores e intérpretes sobre esta experiência. vol. 26, n. 69, Campinas, 2006.

LACERDA, C. B. F. O que dizem/sentem alunos participantes de uma experiência de inclusão escolar com aluno surdo. *Rev. bras. educ. espec.*, vol.13, n.2, p.257-280, 2007.

LUIZ, F. M. R. et al. A inclusão da criança com Síndrome de Down na rede regular de ensino: desafios e possibilidades. *Rev. bras. educ. espec.*, [online], vol.14, n. 3, p. 497-508, 2008.

LUKASOVA, K.; BARBOSA, A. C. C.; MACEDO, E. C. de. Discriminação fonológica e memória em crianças com dislexia e bons leitores. *Psico-USF*, vol. 14, n. 1, p. 1-9, 2009.

MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS. DSM-IV. Porto Alegre: *Artmed*. APA, 2002.

MEC/SEESP Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho nomeado pela Portaria Ministerial nº 555, de 5 de junho de 2007, prorrogada pela Portaria nº 948, de 09 de outubro de 2007.

MEDRONHO, R. A. et al. *Epidemiologia*. São Paulo: *Atheneu*, p. 191-198, 2005.

MENDES, E. G. Inclusão: é possível começar pelas creches? In: 29ª Reunião Anual da ANPED, 2006, Caxambú. *Educação, Cultura e Conhecimento na contemporaneidade: desafios e compromissos*, vol. 1, p. 1-17, 2006.

METTRAU, M. B.; REIS, H. M. M. S. Políticas públicas: altas habilidades/superdotação e a literatura especializada no contexto da educação especial/inclusiva. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ.*, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 57, p. 489-510, 2007.

MIRANDA, A. A. B. História, deficiência e educação especial. Reflexões desenvolvidas na tese de doutorado: A prática pedagógica do professor de alunos com deficiência mental. *UNIMEP*, 2003.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Secretaria de Educação especial. Educação Infantil. Saberes e Práticas da inclusão. Dificuldades acentuadas de aprendizagem. Deficiência múltipla. Brasília, 2006.

MS/SE/DATASUS www.datasus.gov.br Acesso em: 14/12/2009.

NÉRI, M. C., SOARES W. L. Idade, incapacidade e o número de pessoas com deficiência. *Rev. Bras. Est. Pop.*, vol. 21, n. 2, p. 303-321, Campinas, 2004.

OGDIE, M. N., et al. Attention deficit hyperactivity disorder: fine mapping supports linkage to 5p13, 6q12, 16p13, and 17p11.m. *J Hum Genet.* Vol. 75, n. 4, p. 661-8, 2004.

OLIVEIRA, L. S. Assistência e Inclusão das Pessoas Portadoras de Deficiência: a complexidade da questão. *VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais. Coimbra*, Setembro de 2004.

PAPAZIAN, O., et al. Training of executive function in preschool children with combined attention deficit hyperactivity disorder: a prospective, controlled and randomized trial. *Rev Neurol.*, vol. 27, n. 48, Suppl 2:S119-22, 2009.

PETEAN, E. B. L.; SUGUIHURA, A. L. M. Ter um irmão especial: convivendo com a Síndrome de Down. *Rev. bras. educ. espec.*, vol.11, n.3 , p. 445-460, 2005.

POSNER, K., et al. Clinical presentation of attention-deficit/hyperactivity disorder in preschool children: the Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol.* Vol. 17, n. 5, p. 547-62, 2007.

PORTAL MEC – Sitio SEESP. Altas Habilidades/Superdotação e a inclusão escolar, 2007. Disponível em:<[http:// portal.mec.gov.br/seesp](http://portal.mec.gov.br/seesp)> e <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CEB0201.pdf>> Acesso em: 01/06/2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARUERI. Disponível em: <<http://www.barueri.sp.gov.br>> site oficial da prefeitura de Barueri. Acesso em 18/04/2009.

PRIETO, R. G.; SOUSA, S. Z. L. Educação especial no município de São Paulo: acompanhamento da trajetória escolar de alunos no ensino regular. *Rev. bras. educ. espec.*, [online], vol.12, n.2 [citado 2009-10-23], p. 187-202, 2006.

RANKING DE IDH DE MUNICIPIOS DO BRASIL. Em: [http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20\(pelos%20dados%20de%202000\).htm](http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20decrecente%20(pelos%20dados%20de%202000).htm). Acesso em: 2 de dezembro de 2009.

RAO, U.; CHEN, L. A. Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. *Dialogues Clin Neurosci.*, vol. 11, n. 1, p. 45-62, 2009.

REISS A. L. Childhood developmental disorders: an academic and clinical convergence point for psychiatry, neurology, psychology and pediatrics. *J Child Psychol Psychiatry*. Vol. 50,n. 1-2, p. 87-98, 2009.

RELATÓRIO DO II CENSO DA PESSOA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE BARUERI. Barueri, São Paulo, 2008.

ROY, L. Política social: políticas setoriais e por segmento: pessoas portadoras de deficiência. In: Capacitação em Serviço Social e Políticas Sociais. Modulo 3. Brasília DF: CFESS/ABEPSS/CEAD/NED, 2000.

ROHDE, L. A.; HALPERN, R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: Atualização. *J. Pediatr*. Vol. 80, n. 2, p. 61-70, Rio de Janeiro, 2004.

ROMANA, T.; ROHDE, L. A.; HUTZC, M. H. Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Rev Bras Psiquiatr*. Vol. 24, n. 4, p. 196-201, 2002.

ROMERO. A nova LDB e as necessidades educativas especiais. *Cad. CEDES*, vol.19, n.46, p. 7-15 , 1998.

ROTTA, N. T. Paralisia cerebral, novas perspectivas terapêuticas. *Jornal de Pediatria*. vol. 78, suppl.1. Porto Alegre, 2002.

SANTOS, P. L. dos. Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil. *Psicol. estud.* vol.11, n.2 p. 315-321, 2006.

SASSAKI, R. K. Inclusão: construindo uma sociedade para todos, Rio de Janeiro, WVA, 1997.

SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A. Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. *Psic. Teor. e Pesq.* vol.17, n. 2, p. 133-141, 2001.

SILVEIRA, F. F.; NEVES, M. M. B. J. Inclusão escolar de crianças com deficiência múltipla: concepções de pais e professores. *Psic.: Teor e Pesq.* vol. 22, n. 1, 2006.

SMALLEY, S. L., et al. Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, vol. 46, n. 12, p 1575-83, 2007.

SOUZA, L G A., BOEMER, M R. O ser-com o filho com deficiência mental: alguns desvelamentos. *Paidéia*. vol.13, n.26, p. 209-219, Ribeirão Preto, 2003.

SUNELAITIS, R. C.; ARRUDA, D. C.; MARCOM, S. S. A repercussão de um diagnóstico de síndrome de Down no cotidiano familiar: perspectiva da mãe. *Acta paul. Enferm*, vol.20, n.3, p. 264-271, 2007.

TESSARO, N. S. Inclusão Escolar: Concepções de Professores e Alunos da Educação Regular e Especial. *Universidade Estadual de Maringá*, 2005.

TRAMONTINA, S., et al. Estimated mental retardation and school dropout in a sample of students from state public schools in Porto Alegre, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*, vol. 24, n. 4, p. 177-81, 2002.

VAN DER VEEK, S. M; KRAAIJ, V.; GARNEFSKI, N. Down or up? Explaining positive and negative emotions in parents of children with Down's syndrome: Goals, cognitive coping, and resources. *J Intellect Dev Disabil.*, vol. 34, n. 3, p. 216-29, 2009.

VASCONCELOS, M. M., et al. Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. *Arq Neuropsiquiatr*, vol. 61, n. 1, p. 67-73, 2003.

WILLIAMS J., et al. Systematic Review of Prevalence Studies of Autism Spectrum Disorders. *Arch. Dis. Child*, vol. 91, n. 1, p. 8-15, 2006.

9 – Anexo

ANEXO A

Carta de informação ao representante legal da instituição

O presente trabalho se propõe caracterizar o perfil sociodemográfico, educacional e de saúde dos alunos com necessidades educacionais especiais da Rede Municipal de Ensino de Barueri. A amostra será composta por 1.201 alunos com necessidades educacionais especiais (NEE) cadastrados no banco de dados da Rede Municipal de Ensino de Barueri cujas informações foram coletadas até dezembro de 2008 pelo Departamento de Apoio Especializado da Secretaria Municipal de Educação de Barueri. Assim, o acesso a este banco de dados será autorizado por este departamento. Este material será posteriormente analisado, garantindo-se sigilo absoluto sobre os dados, sendo resguardado o nome dos participantes. A divulgação do trabalho terá finalidade acadêmica, esperando contribuir para um maior conhecimento do tema estudado. Os dados coletados serão utilizados na dissertação de Mestrado da aluna Karina Roig Gatto do Programa de Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento da Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Karina Roig Gatto - Mestranda
Profª. Dra. Maria Cristina T. V. Teixeira - Orientador
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento.
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Universidade Presbiteriana Mackenzie
Tel.: (11) 2114-8179

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente instrumento, que atende às exigências legais, o (a) senhor (a)

_____,
representante da instituição, após leitura da CARTA DE INFORMAÇÃO AO REPRESENTANTE LEGAL DA INSTITUIÇÃO, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e do explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO de concordância em contribuir com a pesquisa proposta. Fica claro que o representante legal pode, a qualquer momento, retirar seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO e deixar de participar e fica ciente que todo o trabalho realizado é confidencial, guardada por força do sigilo profissional.

São Paulo, ____ de _____ de _____.

Nome e assinatura do Representante pela instituição.