



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE EDUCAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**LUANA BARRETO DE ARAÚJO**

**DIÁLOGOS ENTRE A EQUIPE CLÍNICO-ESPECIALIZADA E A ESCOLA SOBRE  
A EDUCAÇÃO INCLUSIVA: TESSITURA DE NARRATIVAS, SABERES E  
PRÁTICAS**

**FORTALEZA**

**2018**

LUANA BARRETO DE ARAÚJO

DIÁLOGOS ENTRE A EQUIPE CLÍNICO-ESPECIALIZADA E A ESCOLA SOBRE  
A EDUCAÇÃO INCLUSIVA: TESSITURA DE NARRATIVAS, SABERES E  
PRÁTICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação. Linha de Pesquisa: História e Educação Comparada.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Francisca Geny Lustosa.

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária  
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- A69d Araújo, Luana Barreto de.  
Diálogos entre a equipe clínico-especializada e a escola sobre a educação inclusiva: tessitura de narrativas, saberes e práticas / Luana Barreto de Araújo. – 2018.  
149 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Prof.<sup>a</sup> Dra. Francisca Geny Lustosa.
1. Educação. 2. Saúde. 3. Inclusão. 4. Saberes. I. Título.

CDD 370

---

LUANA BARRETO DE ARAÚJO

DIÁLOGOS ENTRE A EQUIPE CLÍNICO-ESPECIALIZADA E A ESCOLA SOBRE  
A EDUCAÇÃO INCLUSIVA: TESSITURA DE NARRATIVAS, SABERES E  
PRÁTICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação. Linha de Pesquisa: História e Educação Comparada.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Francisca Geny Lustosa (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Cristina Silva Soares  
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA Sobral)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marilene Calderaro da Silva Munguba  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Claudiana Maria Nogueira de Melo  
Universidade Federal do Ceará (UFC)



Dedico este trabalho aos meus pais, pela vitalidade, coragem e retidão admiráveis; à minha irmã, pelas partilhas e amizade; ao meu querido noivo, pelo amor, alegria e cumplicidade.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, Nosso Pai, pela luz constante, por me conceder a inspiração, a força e a providência para a conclusão desse tão importante ciclo;

Aos meus pais, Valdete e Marconi, e à minha irmã, Nayana, pela compreensão em todos os momentos. As palavras são insuficientes para lhes agradecer pelo apoio incondicional e cotidiano. Vocês foram essenciais a essa conquista! Sou grata a Deus por vocês em minha vida.

Ao meu noivo, Tiago Cavalcanti, pelo amor e companhia certa em todos os dias, nem sempre tão fáceis. Muito obrigada pelo incentivo. Sou muito feliz por sua presença em minha vida.

À minha estimada orientadora, professora Geny Lustosa, por ter me acolhido desde o primeiro momento, pela sabedoria inegável, pela disponibilidade e pela alegria de sempre, por compartilhar conhecimentos e me conduzir com tanta maestria e sensibilidade. Gratidão pela valiosa oportunidade do nosso encontro. Você foi um presente do Céu.

Às professoras da banca examinadora deste estudo, Marilene Calderaro da Silva Munguba, Claudiana Maria Nogueira de Melo e Ana Cristina Silva Soares por toda a seriedade, zelo, competência, atenção e delicadeza. Expresso toda a minha admiração e carinho por cada uma.

A todos os professores da linha de pesquisa Educação e História Comparada (FACED/UFC), pelos relevantes momentos formativos.

Aos amigos da Pós-Graduação (FACED/UFC) Dalu, Regiane, Rochester, Cícero, Antoniel, Allana, Jarles, Erick Dieb, Carlos Bonfim, pelas partilhas e parcerias cotidianas e tão necessárias ao longo desse tempo.

Às queridas amigas Luciana Freitas, Kátia Monteiro, Ângela Alves, Derleide Andrade, Ana Paula Brandão e Kelly Gomes, pela certeza da amizade em todos os tempos.

Às amigas do grupo Proinclusão (FACED/UFC), Simone, Mirela, Edna, Disneylândia, pela amizade e pelos saberes compartilhados.

Ao Grupo de Trabalho em Educação Especial (Ministério Público-CE), na pessoa da Dra. Elizabeth Maria Almeida de Oliveira, pelo acolhimento e apoio fundamentais à realização deste trabalho.

À equipe interdisciplinar do Ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência (AMPIA), vinculado ao Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC/UFC), especialmente à Dra. Ionésia Araújo, que me apoiou nessa construção e com a qual muito

aprendi durante o tempo em que tive o prazer de conviver e trabalhar. O seu zelo e competência são inspiradores.

Um agradecimento especial às pessoas com deficiência, com as quais tanto aprendemos a ser melhores todos os dias.

## RESUMO

Este estudo intencionou analisar as principais demandas de saberes (conhecimentos, informações) e práticas que a escola e a equipe clínico-especializada, reciprocamente em seus contextos de atuação, apresentam em relação aos sujeitos atendidos, com possível reverberação no favorecimento da inclusão escolar. Buscamos, também, a identificação e a análise de pontos de diálogo e ações de atenção integral. O quadro conceitual da investigação contemplou dois pilares de referência: Saúde (TELLES, 2006; DIAS et al., 2016; BATISTA, 2008); e Educação (LUSTOSA, 2009; 2015; 2018; MANTOAN, 2003; MITTLER, 2003; BOOTH; AINSCOW, 2012). Além desse *corpus* teórico-conceitual, trabalhou-se com as noções de práticas intepistêmicas (BORRI-ANADÒN, 2015), epistemologia dos saberes (TARDIF, 2014), campo e *habitus* (BOURDIEU, 1963; 1983; 1992; 1994; 2015) e núcleo e campo (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997; CAMPOS, 2000). Metodologicamente, foi uma pesquisa qualitativa, em perspectiva comparada (literatura nacional e internacional), em busca de traçar um panorama atual de possíveis interfaces, com possibilidades e/ou fragilidades de diálogos em favorecimento dos sujeitos e de seus processos educacionais inclusivos. Partimos de um ambulatório especializado na atenção a crianças/adolescentes com deficiência intelectual, transtornos do espectro do autismo, transtornos mentais e emocionais, entre outras. O período de coleta de dados foi de maio a setembro de 2018. As etapas da investigação foram: análise documental junto a prontuários para apreensão de informações dos atendimentos e das expressões dos sujeitos atendidos (com roteiro específico); análise dos protocolos avaliativos e relatórios dos professores requeridos pela equipe de atendimento; na educação, houve levantamento realizado em 30 escolas da Rede Municipal de Fortaleza (questionários e visitas), sobre a interface entre a Saúde e a Educação. Foram eleitas escolas com maior quantidade de alunos com deficiência matriculados, a partir do Relatório dos Estudantes com Deficiência por Unidades Escolares da Secretaria Municipal de Educação de Fortaleza. Procedemos à investigação de conteúdo, classificação e categorização temática das informações, na interseção destas áreas profissionais. Os resultados evidenciaram que os relatórios escolares solicitados pela equipe clínico-especializada apresentam, em exclusivo, as crianças por meio de um *rol* de problemas e dificuldades, além da solicitação expressa de laudos (inclusive, já indicando o tipo de deficiência da criança que se pretende de laudo). Em geral, não evidenciaram potencialidades, centros de interesse e/ou níveis de desenvolvimento e aprendizagem dos alunos, bem como pouco materializaram níveis de desempenho escolar. É notório que as práticas demandadas pelas duas áreas são alicerçadas em práticas educativas

que superam o caráter quantitativo dos protocolos de avaliação, relatórios escolares e intervenção. Há convergência entre as noções de núcleo (categorias profissionais) e de campo (práticas inclusivas), sendo esta a zona de interseção necessária entre essas áreas. Além disso, sobressai o potencial de diálogo que necessita ser fortalecido, configurando-se como meta-maior para as duas áreas, que sejam as práticas inclusivas alicerçadas na atenção integral, sob a égide de um olhar qualificado e ampliado sobre os sujeitos e seus contextos de vida. Urge a materialização de práticas interprofissionais em benefício de um trabalho colaborativo que alcancem *status* intersetorial, não em função de um diagnóstico, mas em favorecimento de sua inclusão escolar.

**Palavras-chave:** Educação. Saúde. Inclusão. Saberes.

## ABSTRACT

This study aimed to analyze the main demands of knowledge (understanding, information) and practices that both school and a clinical-specialized team, in their respective contexts of action, present in regards to the met individuals, with possible reverberations in school inclusion. We also seek the identification and analysis of dialogue points and actions of integral attention. The research's conceptual framework contemplated two referential pillars: Health (TELLES, 2006; DIAS, 2016; BATISTA, 2008); and Education (LUSTOSA, 2009; 2015; 2018; MANTOAN, 2003; MITTLER, 2003; BOOTH; AINSCOW, 2012). In addition to this theoretical corpus, we worked with the notions of inter-epistemic practices (BORRIANADÒN, 2015), epistemology of knowledge (TARDIF, 2014), field and *habitus* (BOURDIEU, 1963; 1983; 1992; 1994; 2015) and core field (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997; CAMPOS, 2000). Methodologically, it was a qualitative research, in a comparative perspective (national and international literature) to draw a current overview of possible interfaces, with possibilities and/or fragilities of dialogues favoring individuals and their inclusive educational processes. We started from an outpatient clinic specializing in the care of children/adolescents with intellectual disabilities, autism spectrum disorders, mental and emotional disorders, among others. The data collection period was from May to September, 2018. The research stages were: documentary analysis coupled with medical records to collect information from the consultations and the individual's demeanor (with a specific script); analysis of evaluation protocols and teacher's reports required by the attendance team; in education, a survey was carried out in 30 schools of Fortaleza's Municipal Network (survey and visits) on the interface between Health and Education. Schools with a greater number of students with disabilities were selected, based on the Report of Students with Disabilities by School Units of the Municipal Department of Education of Fortaleza. We proceeded to investigate content, classification and thematic categorization of information, at the intersection of these professional areas. The results showed that the school reports requested by the clinical-specialized team exclusively introduced the children through an array of problems and difficulties, in addition to expressly requesting reports (moreover, already indicating the type of disability of the intended child on the report). In general, they did not show potentialities, centers of interest and/or levels of development and learning of the students, nor did they materialize levels of school performance. It is clear that the methods demanded by the two areas are based on educational practices that surpass the quantitative character of evaluation protocols, school reports and intervention. There is a convergence

between the core notions (professional categories) and field notions (inclusive practices), which is the necessary intersection zone between these areas. Furthermore, the potential for dialogue that needs to be fortified stands out, becoming a major goal for both areas, which are the inclusive practices based on integral attention, under the aegis of a qualified and expanded view on the individuals and their life contexts. It urges the materialization of interprofessional practices in favor of a collaborative effort that reach intersectoral status, not in function of a diagnosis, but in favor of an inclusion in school.

**Keywords:** Education. Health. Inclusion. Knowledge.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>ALICERCES TEÓRICOS DO ESTUDO</b> .....	<b>21</b>
<b>2.1</b>	<b>Concepções de Educação Inclusiva</b> .....	<b>22</b>
<b>2.2</b>	<b>Discussão sobre núcleo e campos: o que podemos apreender com essas compreensões</b> .....	<b>29</b>
<b>2.3</b>	<b>Sobre a Epistemologia dos saberes</b> .....	<b>34</b>
<b>2.4</b>	<b>Delineamento de práticas profissionais (interepistêmicas)</b> .....	<b>36</b>
<b>2.5</b>	<b>Interface entre saúde e educação</b> .....	<b>38</b>
<b>2.6</b>	<b>Diálogos sobre a perspectiva da atenção integral e sua articulação com a saúde mental e a educação inclusiva</b> .....	<b>43</b>
<b>3</b>	<b>PERCURSOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>51</b>
<b>3.1</b>	<b>Caracterização do estudo</b> .....	<b>51</b>
<b>3.2</b>	<b>Sujeitos envolvidos</b> .....	<b>52</b>
<b>3.3</b>	<b>Caracterização do AMPIA: equipe clínico-especializada, fluxos e procedimentos</b>	<b>53</b>
<i>3.3.1</i>	<i>Perfil dos sujeitos atendidos</i> .....	<i>54</i>
<i>3.3.2</i>	<i>Fluxos de atendimento</i> .....	<i>55</i>
<i>3.3.3</i>	<i>Protocolos de avaliação</i> .....	<i>56</i>
<i>3.3.4</i>	<i>Aspectos sociais</i> .....	<i>57</i>
<b>3.4</b>	<b>Procedimentos para coleta dos dados</b> .....	<b>58</b>
<i>3.4.1</i>	<i>Questões éticas</i> .....	<i>58</i>
<i>3.4.2</i>	<i>Instrumentos e materiais</i> .....	<i>59</i>
<b>3.5</b>	<b>Etapas do estudo</b> .....	<b>60</b>
<b>3.6</b>	<b>Método de análise</b> .....	<b>61</b>
<b>3.7</b>	<b>Primeiras aproximações e análises iniciais</b> .....	<b>62</b>
<i>3.7.1</i>	<i>Visita à escola municipal</i> .....	<i>64</i>
<i>3.7.2</i>	<i>Reunião da Célula de formação e acompanhamento de formadores</i> .....	<i>66</i>
<i>3.7.3</i>	<i>Cine Freud como espaço formativo no contexto das pessoas com deficiência e em Educação Inclusiva</i> .....	<i>67</i>
<i>3.7.4</i>	<i>Realização de minicurso no XVI Congresso de História da Educação do Ceará (2017)</i> .....	<i>69</i>



<b>4</b>	<b>ENTRE NARRATIVAS, SABERES E PRÁTICAS DA ESCOLA (CAMPO DA EDUCAÇÃO) E DA EQUIPE CLÍNICO-ESPECIALIZADA (CAMPO DA SAÚDE): INTERFACES E DIÁLOGOS .....</b>	<b>77</b>
<b>4.1</b>	<b>Demandas de saberes da escola (campo da educação) para a equipe clínico-especializada (campo da saúde) .....</b>	<b>77</b>
<b>4.2</b>	<b>Demandas de saberes da equipe clínico-especializada (campo da saúde) para a escola (campo da educação) .....</b>	<b>94</b>
<b>5</b>	<b>INTERFACES ENTRE OS SABERES E PRÁTICAS DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA INCLUSIVA E DA A LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS .....</b>	<b>100</b>
<b>5.1</b>	<b>Política de Educação Especial na perspectiva inclusiva .....</b>	<b>101</b>
<b>5.2</b>	<b>Lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência .....</b>	<b>104</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>110</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>115</b>
	<b>APÊNDICE A – ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS EM PRONTUÁRIOS .....</b>	<b>124</b>
	<b>APÊNDICE B – RECORTE DO FORMULÁRIO APLICADO NAS ESCOLAS (GTEI/MPCE) .....</b>	<b>125</b>
	<b>ANEXO A – PORTARIAS DE CRIAÇÃO E RENOVAÇÃO DO GTEI .....</b>	<b>126</b>
	<b>ANEXO B – FORMULÁRIO DA PRIMEIRA CONSULTA DA CRIANÇA (AMPIA).....</b>	<b>129</b>
	<b>ANEXO C – FORMULÁRIO DA PRIMEIRA CONSULTA DO ADOLESCENTE (AMPIA) .....</b>	<b>131</b>
	<b>ANEXO D – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO ESCOLAR (AMPIA) .....</b>	<b>132</b>
	<b>ANEXO E – SNAP-IV .....</b>	<b>134</b>
	<b>ANEXO F – <i>SCREEN FOR CHILD AND ANXIETY RELATED EMOTIONAL DISORDERS (SCARED)</i>.....</b>	<b>135</b>
	<b>ANEXO G – QUESTIONÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL .....</b>	<b>136</b>
	<b>ANEXO H – TERMO DE ANUÊNCIA PARA USO DOS DADOS (MP/CE).....</b>	<b>139</b>
	<b>ANEXO I – TERMO DE COOPERAÇÃO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	<b>141</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O despertar para o tema desse estudo<sup>1</sup> advém da interseção dos caminhos acadêmicos percorridos ao longo da graduação em Terapia Ocupacional e das experiências profissionais em diferentes contextos, nos quais era essencial a interface entre a área da Saúde e da Educação. Os contatos estabelecidos com crianças e adolescentes no campo da educação inclusiva, em experiência de atendimentos especializados de natureza terapêutica, a partir dos quais foram percebidas lacunas nas proposições práticas intersetoriais (área da Educação e da Saúde) e na operacionalização da necessária articulação entre os serviços de saúde e educação, no que dizia respeito ao pensar, ao fazer interdisciplinar e quanto ao engajamento familiar nos processos de intervenção com foco terapêutico-educativo. A aproximação com o tema central, portanto, data da minha formação de base como terapeuta ocupacional, seguidas de atuações profissionais em diferentes níveis de atenção à saúde, que requeriam a urgência de um olhar ampliado sobre a criança, sua família e seus contextos. Nesses momentos iniciais os caminhos para a problematização dessa pesquisa já estavam sendo desenhados.

Minha primeira vivência de pesquisa no contexto da Educação aconteceu por meio da participação na etapa de coleta de dados, em uma pesquisa de doutorado de uma professora do curso de graduação em Terapia Ocupacional, que propunha a educação nutricional por meio de atividades lúdicas. Tratava-se de um estudo interdisciplinar que envolvia acadêmicos e profissionais da Terapia Ocupacional, Nutrição e Medicina, em parceria direta com professores da citada escola. O *lócus* eleito desse estudo fora uma escola municipal referenciada pela Secretaria Municipal de Educação (Fortaleza-CE). Era evidente a grande potência que a escola dotava para a mediação dos processos educacionais, viabilizados nesse estudo. Com ele houve uma aproximação à escola e às suas interações. Foi evidente a potência imbricada no desenvolvimento de práticas interprofissionais na interface entre Educação e Saúde.

Em seguida, atuamos em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF, que objetivava o apoio matricial no contexto da Atenção Primária à Saúde a equipes da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva interdisciplinar. A equipe era composta por profissionais de Terapia Ocupacional, Fisioterapeuta, Educação Física e Fonoaudiologia. Eram realizadas ações de educação em saúde, sob o prisma da intersetorialidade, que muito incitava as

---

<sup>1</sup> A investigação em tela encontra-se inserida na Linha de História de Educação Comparada, do Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira da Universidade Federal do Ceará-UFC, cujo interesse reside em estudos que primem pela articulação e circulação de ideias pedagógicas e seus impactos no fenômeno educacional, em perspectiva local, nacional e internacional.

pactuações entre Assistência Social, a Educação e a Saúde, por exemplo. Nesse contexto há a clara compreensão que as questões de saúde são multidimensionais, não sendo passíveis de resolução por empenho de apenas uma disciplina. Ademais, a concepção contemporânea de saúde implica a consideração de aspectos para além da ausência de doença, passando a envolver a esfera biopsicossocial. Essa perspectiva requer o envolvimento dos campos supracitados em prol do favorecimento do bem estar das pessoas. Havia desafios cotidianos nessas interfaces, com a clara diversidade e divergência de disposições pessoais, formações profissionais, operacionalização das políticas públicas, etc. O crescimento profissional foi imensurável, na medida em que era proposto o fortalecimento de ações no cenário escolar, sob uma perspectiva ampliada para a promoção de saúde, oposta à perspectiva curativista.

Atuando em um Núcleo de Reabilitação Infantil e em um Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAP) pudemos imergir em um campo que praticamente obrigava a articulação interprofissional entre a Educação e a Saúde. Cada esfera com suas particularidades, mas que precisava dialogar constantemente, haja vista a construção e a manutenção de um alinhamento mínimo com foco na educação inclusiva, em respeito às diferenças. Vivenciávamos uma multiplicidade de sentimentos: ao mesmo tempo em que nós profissionais (terapeuta ocupacional, psicopedagoga, fonoaudiólogo, professor de informática) visualizávamos um grande potencial de transformação no cotidiano da criança e de sua família, tínhamos que enfrentar todos os percalços da relação necessária entre a Saúde e a Educação. Podemos citar a dificuldade de encontros reflexivos sobre as práticas, a realização de encaminhamentos inadequados da escola para esse equipamento, a resistência para a corresponsabilização do cuidado à criança ou adolescente, etc.

Vivenciávamos rotineiras tentativas de transferência de responsabilidade dos cuidados junto à criança. Professores primavam pela lógica do encaminhamento de uma quantidade que parecia infundável de alunos para atendimento no NAP, e ao invés de referir indicativos de alterações ou dificuldades observadas em sala de aula, já rotulavam os alunos com suas codificações médicas. Não havia uma abertura nas escolas para uma relação dialógica com a finalidade de construções coletivas no contexto da Educação Inclusiva.

Seguindo na experiência profissional como residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental-HUWC/UFC pudemos vivenciar outra perspectiva de processos educacionais que valorizavam as construções coletivas e o olhar do outro (usuários e famílias) como primordial para as proposições práticas, também sob a integralidade e a intersetorialidade.

Nesses contextos era inegável a necessidade da articulação plausível entre as equipes clínico-especializadas (Saúde), as famílias e a escola, numa perspectiva dialógica e horizontalizada. Porém, havia pouco alcance em face aos diversos obstáculos impostos nessa relação. Parecia-nos ser mais confortável que cada ator/segmento permanecesse na sua atuação específica a alçar estratégias conjuntas com outros segmentos, e já percebíamos lacunas teórico-práticas.

Atualmente exercemos atividades profissionais no serviço de Saúde Mental de um hospital universitário, onde atuamos como terapeuta ocupacional e preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental-HUWC/UFC. A partir deste último cenário houve o despertar definitivo para a realização do estudo em tela, por meio da participação na equipe do Ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência (AMPIA).

Nos períodos iniciais do corrente curso de Mestrado (FACED-UFC), durante a disciplina de Estágio em docência I tivemos a oportunidade de conhecer e vivenciar o cotidiano de escolas com a perspectiva inclusiva, nas quais foi possível estabelecer contatos com professores, diretores e alunos envolvidos no contexto da inclusão escolar. Foram reforçadas as questões sobre lacunas formativas, precarização do trabalho docente (por exemplo, um único professor para mais de uma escola, considerando o reduzido número de professores do atendimento educacional especializado).

Na educação, em particular, tivemos plena consciência de que não podem ser vislumbradas possibilidades de valorização de potenciais de desenvolvimento e aprendizagem dessas pessoas, de modo que não se encontram destituídas de vertentes de superação de limite (LUSTOSA, 2018). Todavia, os postulados citados ecoavam que se fazia essencial que os cuidados não se restringissem à criança, mas alcançassem os diversos contextos no qual se encontrava inserida. Igualmente importante seria o engajamento da família e a escola, de modo que ocorresse mais concretamente a socialização e efetivação dos planos terapêuticos e educacionais.

Observamos na contemporaneidade uma valorização exacerbada quanto ao estabelecimento de diagnósticos, que têm sido considerados imprescindíveis, a ponto dos encaminhamentos clínicos sejam antecessores rígidos a quaisquer práticas educativas ou interdisciplinares. Refletimos sobre questões subliminares implicadas nesse paradigma “norteador” de ações junto às crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos, emocionais ou deficiências, o que corrobora com a ideia cautelosa junto aos profissionais sobre não se deixar “[...] seduzir pela facilidade de despachar as crianças para as consultas, para os testes e para os eletroencefalogramas” (SANTOS *apud* BRANCO, 2010, p. 1).

A deficiência não pode ser reduzida a uma ordem primária, ou seja, aos seus componentes biológicos, haja vista que também pode ser secundária, posterior, decorrente das inibições das mediações sociais (BRANCO, 2010). Nessa perspectiva, muito mais relevante que as próprias expressões orgânicas evidentes, temos a repercussão destas no cotidiano da criança, especialmente em se tratando de abordagens interprofissionais.

Nesse panorama, destacamos a relevância da mediação, do ambiente social, dos estímulos, o que respalda a atuação da família, das equipes terapêuticas e da escola.

É notória a existência desse hiato, pertinente à defesa de um trabalho que envolva a escola e as equipes terapêuticas, em um contexto de compartilhamento e alinhamento de saberes, com o alicerce em ações horizontalizadas, para que se mantenham as construções realizadas paulatinamente.

Em uma perspectiva interdisciplinar e transversalizada, salientamos que cada saber tem sua singularidade e deve ser valorizado como tal, de modo que uma disciplina é tranquilamente capaz de auxiliar a outra nas investigações analíticas. Assim, as questões encontradas passam a ser consensuadas e complementadas sob diferentes ópticas quantitativas e qualitativas, e o foco sobre a criança/adolescente não deve ser restrito a limitações, mas, sim, deve ser ampliado com olhares para possíveis potencialidades e viabilidades.

Também é imprescindível que a percepção da família seja incluída na vertente analítica do plano terapêutico, pois a interseção entre a família, os profissionais e a criança/adolescente, na medida do possível, permite que as propostas sejam mais bem viabilizadas.

Cabe-nos considerar também essa família, inclusive, compreendendo as questões objetivas e subjetivas que envolvem o nascimento de um filho com deficiência, ao que traz uma série de impasses às relações familiares, dentre as dificuldades enfrentadas. Solomon (2013, p. 11) assinala acerca das subjetivações dos pais, que se sentem “[...] abruptamente em uma relação permanente com um estranho, e quanto mais alheio o estranho, mais forte a sensação de negatividade [...] nossos genes egoístas, muitos de nós não estamos preparados para filhos que apresentam necessidades desconhecidas”. Essa circunstância, se expressa, em geral, por sentimentos de frustração, culpa, negação do problema, entre tantos outros aspectos. Luto e melancolia passam a significar o vocabulário emocional dessas famílias (LUSTOSA, 2015, p. 2), que muitas vezes demandam ações intensivas e precoces de cuidado para o melhor exercício dessa função parental. Nesse momento, a rede de apoio ou suporte social, ou até a expressão da família ampliada, tem um significado primoroso.

A justificativa deste estudo, portanto, reside em alguns pontos centrais. Há a ideia de que no cenário internacional contemporâneo tem sido constante a necessidade de uma rede integrada que articule serviços de diferentes níveis de atuação, prioritariamente de base comunitária e sob fundamento intersetorial, formando um *continuum* de resposta para a efetividade do cuidado em saúde mental infantil e juvenil (PATEL; WHO *apud* COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008). A escola, os serviços de saúde em geral e a assistência social a essa população, por exemplo, tem merecido destaque louvável nas pesquisas focadas nessa temática (BELFER; ROHDE *apud* COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Ademais, temos a evidência da dificuldade de inclusão da saúde mental infantil no campo da saúde pública, configurando-se na particularidade do sistema de cuidado. Frequentemente envolve a ação de vários setores autônomos em relação à saúde mental, propriamente dita, e entre si, como os setores da saúde geral/atenção primária, educação, assistência social, justiça e direitos. Esses setores tradicionalmente operam isolados uns dos outros, mas todos provêm de serviços ou agem de alguma forma sobre crianças e adolescentes com transtornos mentais ou deficiências. Os autores supracitados ainda afirmam que acontece que os diversos setores que atendem esse público o fazem numa aparente autossuficiência e demarcação territorial, no sentido de não haver interlocuções cotidianas e efetivas. É fato que cada setor dota de limitado potencial). Urge a necessidade de integração da área da Saúde com a Educação, por meio da possível complementaridade de saberes e práticas, conhecendo-se os modos de reciprocidade entre os mesmos em prol dos processos inclusivos.

A partir de uma interface com a educação especial na perspectiva inclusiva, urge que sejam pensadas e operacionalizadas ações práticas convergentes com as reais demandas das pessoas público-alvo desse contexto. E em face à realidade atual, torna-se essencial o (com) partilhamento de saberes para potencialização de práticas e oferta de apoio/subsídios à escola e equipes clínico-especializados, especialmente a partir de uma perspectiva multidimensional alicerçada na integralidade.

A relevância da pesquisa em tela reside na necessidade emergente de qualificação do olhar sobre a criança/adolescente, por meio da defesa de preparação tanto de educadores como de profissionais em saúde, em uma lógica horizontal, garantindo-se competências científicas e práticas adequadas e específicas a cada um desses segmentos.

É legítimo clarificarmos que não se trata de se construir uma defesa na inserção de profissionais clínico-especializados no cotidiano da escola. Sequer minimamente concebemos a transformação dessa fundamental instituição em um espaço puramente terapêutico, configurando-se como um crasso retrocesso. “A escola regular é um espaço eminentemente

pedagógico e é sobre essa dimensão que devem atuar” (LUSTOSA, 2018, p. 2). Tampouco, tratamos de subestimar o valor dos profissionais nesse contexto, devendo, sim, atuar em âmbitos paralelos. Muito embora sejamos contra, existe ainda a combater, é fato, a dimensão medicalocêntrica que ainda norteia a práxis do professor na escola comum quando se refere aos estudantes com deficiência em seus processos de inclusão escolar.

Tecendo uma interface com a educação especial na perspectiva inclusiva, o estudo proposto incita uma reflexão acerca das linhas da atenção e do cuidado focadas na criança/adolescente com deficiência e/ou transtornos mentais e emocionais além da possibilidade de direcionamento de práticas formativas integradas e integradoras em Saúde e Educação e seus diálogos, devidamente convergentes a esses sujeitos específicos, que a elas são público-alvo comum.

Perguntamos-nos com base em tal postulado: quais os níveis de articulação intersetorial das propostas interventivas podem-se verificar (ou não), haja vista a necessidade de uma atenção integral a esses sujeitos?

Além disso, o presente estudo pode vir a alertar e, quiçá, potencializar a sistematização da assistência criança/adolescente com deficiência e/ou transtornos mentais e emocionais, subsidiando a construção dos planos terapêuticos e institucionais, na lógica intersetorial e horizontal, além potencializar o espectro de avaliação e monitoramento da eficácia das intervenções junto à clientela em questão, que também dependem e tem repercussões na educação, portanto, também incluídas. É possível, ainda, que inovadores programas e projetos de atenção integral, interdisciplinar e intersetorial, sejam estimulados e operacionalizados, circunstância que seria extremamente favorável.

Refletir sobre tal questão conduz a várias indagações. Nesse sentido, algumas indagações postas são tomadas aqui como proposição de investigação:

1. Quais os saberes e conhecimentos demandados pela escola e equipe clínico-especializada, reciprocamente, no que concerne às crianças e adolescentes público-alvo da Educação Especial, para o favorecimento da atenção integral e da Educação Inclusiva? De que ordem/natureza/campo são esses saberes e conhecimentos demandados?
2. Quais as demandas dos professores quanto à equipe clínico-especializada? Quais as demandas da área clínico-especializada aos professores?
3. Quais as convergências e/ou divergências/tensionamentos entre as demandas e estes saberes entre professores e equipe clínico-especializada no atendimento

aos sujeitos frente ao estabelecido na Política de Educação Inclusiva (2008) e demais documentos orientadores à área?

Para fins de atendimento às questões supracitadas, organizamos-nos em função de atender ao seguinte objetivo: analisar as principais demandas de saberes (conhecimentos, informações) e práticas que a escola e a equipe clínico-especializada, reciprocamente em seus contextos de atuação, apresentam em relação aos sujeitos atendidos, com possível reverberação no favorecimento da inclusão escolar.

De modo mais específico, buscamos:

1. Explicitar demandas da equipe clínico-especializada sobre as crianças e os adolescentes no contexto da Educação Inclusiva cuja repercussão seja a atenção integral e a inclusão escolar.
2. Identificar os saberes (conhecimentos, informações) e práticas que os docentes de crianças e adolescentes público-alvo da Educação Especial demandam à área clínico-especializada para o favorecimento da Educação Inclusiva;
3. Analisar convergências e/ou divergências/tensionamentos entre as demandas e saberes/práticas destinados a esses sujeitos frente ao estabelecido na Política de educação especial na perspectiva inclusiva (2008) e demais documentos orientadores à área.

O conhecimento sobre tais questões nos conduziu à compreensão das possíveis contribuições dos saberes da área clínico-especializada, da escola em uma relação de reciprocidade relevante, com vias de melhor atender crianças e adolescentes no contexto da Educação Inclusiva.

Conhecer as possíveis implicações dos saberes de uma área sobre a outra poderá viabilizar uma melhor organização da prática pedagógica inclusiva, na medida em que a dialogicidade seja primada. Esta consideração é amplamente convergente com a proposta do Plano Nacional de Educação (BRASIL, 2010), ao tratar estratégias que visam à garantia da articulação intersetorial entre as políticas públicas, além do desenvolvimento de novas metodologias e do envolvimento de instituições acadêmicas e profissionais das diversas redes de (Educação e Saúde) para o desenvolvimento de centros integrados de pesquisa.

O estudo poderá incitar uma reflexão acerca das linhas de cuidado focadas na criança/adolescente com deficiência e/ou transtornos mentais e emocionais, além da possibilidade de direcionamento de práticas formativas em Saúde na com a interface com a Educação, devidamente convergentes a essa população específica.



O encontro entre os saberes e práticas da escola e da área clínico-especializada é passível de sediar a integração de políticas públicas e o desenvolvimento de (novas) metodologias ou tecnologias que colaborem com o favorecimento da educação inclusiva e seu atual estágio de efetivação nas escolas públicas.

A interface entre instituições acadêmicas, profissionais e atores relevantes ao contexto intersetorial podem viabilizar, inclusive, o aprimoramento das estratégias reais no âmbito da inclusão de crianças e adolescentes, público-alvo da Educação Especial.

Houve uma convergência de saberes e práticas entre as premissas legais que alicerçam a Educação (Política de Educação Especial, Plano Nacional de Educação, conferências, Lei Brasileira de Inclusão, dentre outros documentos, inclusive de âmbito internacional<sup>2</sup>, etc.) e a atenção aos sujeitos, as quais primam por um olhar com foco na integralidade, no contexto de relações profissionais horizontalizadas?

Em acréscimo, cumpre-nos apontar que nessa caminhada rumo ao melhor atendimento a todos os sujeitos indistintamente, pensamos que devem ser concretamente integradas outras áreas com pertinência inegável nesse campo da Educação, haja vista a multidimensionalidade intrínseca na construção de uma sociedade de direito e inclusiva. Reiteramos que só “[...] vai valer se somarmos nossas forças às de outros colegas (outras áreas), pais/família (concepção de família ampliada<sup>3</sup>), educadores em geral (escola como um todo): todos que estão cientes de que soluções coletivas são as mais acertadas e eficientes” (MANTOAN, 2003, p. 9).

Este estudo encontra-se organizado em cinco capítulos, a saber:

O primeiro capítulo envolveu esta introdução e abrangeu os caminhos de aproximação com o tema, seguida da problematização construída a partir de respaldos literários.

---

<sup>2</sup> Conforme Lustosa (2009) elenca, dentre os dispositivos, de âmbito internacional, temos o Brasil como signatário: da Convenção da Guatemala ou Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, 1999 (Decreto de nº 3.956/01 promulga referida Convenção no Brasil); Declaração Internacional de Montreal sobre Inclusão, realizada pelo Congresso Internacional "Sociedade Inclusiva", em Montreal, Quebec, Canadá, junho de 2000; Convenção ONU Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Nova York, 2007). No Brasil essa convenção foi aprovada em Decreto nº 186/08 e promulgada pelo nº 6.949). A Declaração de Madri, no Congresso Europeu de Pessoas com Deficiência, 2002. Salamanca foi um marco mundial para a perspectiva inclusiva na área da Educação Especial. Considerada impulsionadora da grande ruptura com o modelo segregacionista, por seus princípios orientadores, induziu os países signatários à proposta de receber todas as crianças com diversidade de condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras, nas escolas comuns do sistema regular de ensino.

<sup>3</sup> São considerados familiares todas as pessoas responsáveis pelas crianças/adolescentes, a partir do conceito atual da legislação vigente. A nova Lei Nacional de Adoção diz que família extensa ou ampliada é aquela que se estende para além da unidade pais e filhos, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade (BRASIL, 2009).

No segundo capítulo foram abordados os alicerces teóricos fundantes, os aspectos pertinentes à Educação Especial na perspectiva inclusiva, discussão da escola e das equipes clínico-especializadas situada nos conceitos de campos e *habitus*, além de núcleo e campo. Seguimos com exposição concernente aos saberes docentes e delineamento de práticas profissionais. Concluiu-se esse capítulo com diálogos sobre a atenção integral na Educação Inclusiva, sendo referidos e discutidos modelo biomédico, patologização e medicalização. Em acréscimo, foram desenhados aspectos marcantes acerca dos modos de interface entre a área da Saúde e a área da Educação.

O terceiro capítulo delineou os itinerários metodológicos, com explanações acerca da natureza da pesquisa, aspectos éticos, sujeitos envolvidos, procedimentos para coleta de dados, as etapas para realização da pesquisa e a descrição do método de análise dos dados. Encerramos com o delineamento das primeiras aproximações e análises iniciais.

O quarto capítulo trouxe à baila as discussões e as análises pertinentes do estudo, em conformidade com as evidências observadas.

No quinto capítulo enfatizamos as narrativas, saberes e práticas da escola e da saúde. Concluímos com a construção de interfaces entre os saberes e as práticas da política de educação especial na perspectiva inclusiva e da Lei Brasileira de Inclusão da pessoa com deficiência. Foram inicialmente construídos com base em resultados preliminares.

## 2 ALICERCES TEÓRICOS DO ESTUDO

A fundamentação teórico-conceitual deste estudo abrange paradigmas relevantes para as discussões pertinentes às duas áreas aqui cogitadas. Temos os paradigmas da Inclusão educacional (MANTOAN, 2003; LUSTOSA, 2009; 2018; MITTLER, 2003; BOOTH; AINSCOW, 2012) como bastidor central que abrange as premissas e as proposições práticas concernentes ao foco da integralidade, importantes a abordagem da área da saúde no tocante em particular aos serviços de atendimentos clínicos-especializados (BRASIL, 2008; TELLES, 2006; DIAS et al., 2016; BATISTA, 2008).

As concepções de campos e *habitus* (BOURDIEU, 2015) foram relevantes, assim como as discussões concernentes ao núcleo e campo de Campos (2000). A discussão sobre a Epistemologia dos saberes, concepções delineadas por Tardif (2014) subsidiaram o construto dos saberes nessa interface. Finalmente, discutimos as práticas profissionais e as perspectivas interesistêmicas (BORRI-ANADÓN, 2015), especialmente entre os dois campos supracitados e possibilidades de integração.

A perspectiva comparada se fez presente em todo o corpo do estudo e suas perguntas orientadoras. A literatura que aborda a importância de estudos nessa perspectiva e versa análises comparativas e suas contribuições à educação, está embasada nas ideias de Nóvoa (2009), Bonitatibus (1989) e Cavalcante, Holanda e Queiroz (2015).

Acerca da integração entre a Educação e a Saúde enquanto campos com suas próprias regras, princípios, hierarquias e tensões no que diz respeito à sua própria delimitação e construídos por redes de relações ou de oposições entre os atores sociais que são seus membros e com uma estruturação própria. Buscamos, inclusive, possibilidades de aproximação desses campos, em detrimento de pontos divergentes.

Importante se fez pensar modos de intersecção e um projeto comum sobre a criança e adolescente na perspectiva da Educação Inclusiva, a partir da convergência de saberes.

Na escrita que se segue, delineamos elementos para uma reflexão no que tange às categorias conceituais que se entremeiam no diálogo ou tessitura teórico-analítica que almejamos e defendemos.

## 2.1 Concepções de Educação Inclusiva

Na perspectiva inclusiva temos um campo multidimensional com demandas multifacetadas e bastante ampliadas, necessárias e que requer o envolvimento de diversos atores para fins de um processo o mais bem sucedido possível. Pressupomos uma real e palpável reconfiguração social e de paradigmas de atenção aos sujeitos-alvo da Educação Inclusiva, de modo que vislumbremos e consolidemos um conjunto de concepções basilares que norteiem os processos com discernimento e efetividade. É essencial a ressignificação de saberes e práticas. Nesse raciocínio, a parceria entre a escola e a equipe clínico-especializada se constitui como uma relação fundamental.

No entanto, o paradigma da Educação Inclusiva tem sido ressignificado ao longo do tempo, em alinhamento com as interfaces emergentes que se formam pelo encontro de saberes, subjetividades humanas, transformações culturais e sociais. Têm sido (re)construídas fronteiras entre as disciplinas de diferentes áreas, estabelecendo-se verdadeiros marcos para a mudança. Ainda discutindo-se paradigmas, inconscientemente ou não, são estes que direcionam nossas ações e nossos pensamentos. Lembramos, portanto, os estudos mais aprofundados sobre paradigma em conformidade com modelos operacionalizados por meio de um conjunto de crenças, regras, normas, valores e princípios que são socializados em um contexto histórico comum (KUHN, 1979). Os paradigmas devem ser revisitados constantemente para fins de embasamento da busca de soluções impostas pelos desafios cotidianos, pois, por si só, “[...] não dão mais conta dos problemas que temos de solucionar” (MANTOAN, 2003, p. 12).

A Educação, que pressupõe a Saúde Mental ao mesmo tempo em que a gera, comporta duas etapas: a familiar, que consiste em um alicerce das demais, sendo uma vertente relacional e afetiva que visa à formação e fortalecimento do eu; e a escolar, centrada na pedagogia e didática das aprendizagens e na aprendizagem para inserção e colaboração na vida social (BRANCO, 2010). A Educação é uma forma de Saúde Mental, haja vista que objetiva o desenvolvimento das funções humanas superiores, ou seja, a racionalidade ou funções mentais.

Assim, a nova Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008) indica a necessidade de criarmos suportes para o atendimento qualitativo aos alunos, para que possam superar as barreiras impostas pela deficiência, privilegiando o desenvolvimento e a transposição dos limites existentes de desenvolvimento e de aprendizagem. É inconcebível que a escola continue ignorando o que acontece ao seu redor

e se mantenha marginalizando a partir das diferenças nos processos educacionais pelos quais forma e instrui os alunos. E muito menos desconhecer que aprender implica ser capaz de se expressar de modo diversificado, com base em nossas histórias, origens, valores motrizes (MANTOAN, 2003).

Nesse sentido, faz-se importante considerar os sentimentos de despreparo que os profissionais revelam ter em relação ao trabalho com esses alunos, inclusive, além das necessidades de formação teórico-conceitual, de elementos que subsidiem dúvidas e dificuldades na ação. (CAVALCANTE; HOLANDA; QUEIROZ, 2015, p. 244).

Comumente identificamos que as escolas, mesmo recebendo esses alunos pela determinação da lei ou outras justificativas, o corpo docente não se considera preparado para viabilizar ambientes e situações pedagógicas de aprendizagem para eles (CAVALCANTE; HOLANDA; QUEIROZ, 2015). Ressaltamos que as posturas de alguns docentes não podem ser justificadas (apesar de serem explicadas) por essa lacuna formativa e vivencial percebida e relatada, inclusive por eles mesmos. Esse fato revela uma necessidade emergente para fins de qualificação das práticas, de modo mais focado e pertinente ao contexto. Em acréscimo, há uma ideia de que o problema mais grave é o fato de a Educação Especial ter se ampliado de tal forma que vem se descaracterizando enquanto processo escolar (PIRES, 2009). Ao mesmo tempo em que se tem um contexto amplamente multifacetado, requer olhares diversos e qualificados.

A inclusão não diz respeito a colocar as crianças nas escolas regulares, mas a mudar as escolas para torná-las mais responsivas às necessidades de todas as crianças; diz respeito a ajudar todos os professores a aceitarem a responsabilidade quanto à aprendizagem de todas as crianças nas suas escolas e prepará-los para ensinarem aquelas crianças que estão atual e correntemente excluídas das escolas por qualquer razão. (MITTLER, 2003, p.16).

Nessa perspectiva, uma abordagem interdisciplinar assume um papel interessante, na medida em que possibilita uma discussão que pode resultar em novas propostas de ação e intervenção, para além das fronteiras impostas pelas especialidades. Isto porque o processo de saúde e educação de crianças com dificuldades específicas do desenvolvimento é extremamente complexo e interdependente (D'ANTINO, 2008). Em se tratando de um contexto de uma multidimensionalidade notória, é essencial que sejam (re)pensadas as práticas profissionais junto à criança/adolescente com transtornos mentais e emocionais, a partir de um caráter interdisciplinar, primando-se pelo engajamento da família ao longo dos processos.

É preciso entender a criança como um ser ativo, capaz de aprender e de transformar a si e ao mundo que o cerca, influenciada por suas relações significativas. Assim, a escola, como uma das instituições mais importantes da sociedade, tem a necessidade de profissionais com nível elevado e com uma didática que esteja baseada cientificamente no ser humano, buscando entender como ele aprende e se desenvolve cognitivamente e subjetivamente. (HOLANDA, 2011, p. 297).

O interesse pessoal e profissional quanto ao favorecimento da educação inclusiva, certamente subsidia o desenvolvimento e refinamento de habilidades valorosas para a atuação junto aos alunos e alunas na comunidade escolar. Isso fortalece e enobrece as bases científicas e competências pessoais. Embora o foco seja sempre o aluno, não somente este é passível de transformações, mas o professor também pode se enriquecer com os processos inclusivos cotidianos, na medida em que se oportuniza a enfrentar os desafios constantes e peculiares a esse contexto. É essencial um olhar ampliado e zeloso para que seja garantida uma atenção adequadamente qualificada em face de tantas singularidades. Ademais, é relevante que haja a corresponsabilidade de todos os atores envolvidos, seja no contexto da saúde, educação, seja na assistência social ou em qualquer outro com pertinência constatada.

O fato é que grande parte das crianças com deficiência, sobretudo aquelas de ordem física, exigem atendimentos específicos decorrentes de suas deficiências, e que se enquadram dentro dos direitos de cidadania. Esses atendimentos, porém situam-se na área da saúde, donde derivam duas grandes distorções: a primeira refere-se à baixa qualidade dos serviços de saúde oferecidos à maioria da população. [...] A segunda distorção, que é a mais séria, ou tão séria quanto a anterior, dadas as dificuldades específicas e diversificadas da deficiência, as chamadas atividades pedagógicas especiais, relativas a cada tipo de deficiência, passam a assumir a primazia, em detrimento do conteúdo escolar propriamente dito. (PIRES, 2009, p. 332).

Considerar a criança sob a ótica da deficiência implica anular a possibilidade de um olhar integral em um contexto de exclusão, configurando-se como justificativa absoluta para as dificuldades escolares ou educacionais. “Reduzir a criança a uma sigla, prática comum, envolve um ato particularmente desrespeitoso” (BOOTH; AINSCOW, 2012, p. 41).

A perspectiva de se formar uma nova geração dentro de um projeto educacional inclusivo é fruto do exercício diário da cooperação e da fraternidade, do reconhecimento e do valor das diferenças, o que não exclui a interação com o universo do conhecimento em suas diferentes áreas. Com tudo isso, queremos dizer que uma escola para todos não desconhece os conteúdos acadêmicos, não menospreza o conhecimento científico, sistematizado, mas também não se restringe a instruir os alunos, a “dominá-los” a todo o custo (MANTOAN, 2003, p. 10).

A inclusão total e irrestrita é uma oportunidade que temos para reverter a situação da maioria de nossas escolas, as quais atribuem aos alunos as deficiências que são do

próprio ensino ministrado por elas — sempre se avalia o que o aluno aprendeu, o que ele não sabe, mas raramente se analisa “o que” e “como” a escola ensina, de modo que os alunos não sejam penalizados pela repetência, evasão, discriminação, exclusão, enfim [...] A educação é produto de uma educação plural, democrática e transgressora [...] O aluno da escola inclusiva é outro sujeito, que não tem uma identidade fixada em modelos ideais, permanentes, essenciais. (MANTOAN, 2003, p. 18).

A autora supracitada acrescenta que a inclusão consiste em uma inovação que implica um esforço de modernização e de reestruturação das condições atuais da maioria de nossas escolas. Contudo, não existe a possibilidade de padronizar todas as escolas pensando-se em uma preparação prévia. Na medida em que as situações forem surgindo, a busca da escola deve ser impulsionada rumo ao melhor acolhimento possível para o máximo desenvolvimento do aluno, a partir de suas demandas e desejos. Contudo, “O modo como se compreende o fenômeno da deficiência produz sentido no uso efetivo de estratégias e metodologias de ensino” (BOCK; GESSER; NUERNBERG, 2018, p. 154).

Booth e Ainscow (2012) propõem três dimensões interconectadas e favoráveis aos processos inclusivos:

- “criando culturas inclusivas”: trata da criação de comunidades seguras, acolhedoras, colaborativas, estimulantes, que primam pela valorização de todos. Considera que os valores inclusivos compartilhados são desenvolvidos e transmitidos a todos os professores, às crianças e suas famílias, gestores, comunidades circunvizinhas e todos os demais atores envolvidos na escola;
- “produzindo políticas inclusivas”: orienta que a inclusão engaje a todos os atores pertinentes à escola, como as crianças e professores desde quando estes chegam à escola, encorajam a escola a atingir todas as crianças na localidade e minimiza as pressões excludentes;
- “desenvolvendo práticas inclusivas”: importa-se com conteúdos ensinados, modos de ensinar e aprender para fins de reflexão de ações, valores e políticas inclusivas.

Nessa perspectiva, o Desenho Universal para Aprendizagem (DUA) surge como mais uma possibilidade no processo de desenvolvimento de ambientes educacionais organizados para o enfrentamento e a suavização de barreiras na escolarização de todas as pessoas, incluindo-se as pessoas com deficiência. Há preocupação com a potencialização de espaços educacionais mais acolhedores à diversidade funcional humana, o que tem possibilitado compreensões e reflexões acerca da aprendizagem de estudantes com deficiência. São as diretrizes principais do DUA: i. As múltiplas formas de acesso à

informação e conhecimento (“o quê” da aprendizagem); ii. As várias maneiras de abordar tarefas estratégicas (o “Como” da aprendizagem); e (c) várias maneiras de tornar-se e permanecer engajado no aprendizado (o “porquê” da aprendizagem) (BOCK; GESSER; NUERNBERG, 2018).

Nesse contexto, Katz (2013) considera três principais redes neurais responsáveis pela variabilidade do processo de aprendizagem:

- a) as redes de reconhecimento (reunir e categorizar o que se vê, se ouve e se lê);
- b) redes estratégicas (organizar e expressar ideias);
- c) redes afetivas (ligam a experiência de aprendizagem a um fundo emocional, determinando o envolvimento e a motivação).

Compreende-se, neste estudo, que, para além da deficiência, o foco deve ser deslocado para as distinções no processo da aprendizagem dos estudantes. Pessoas com os mesmos diagnósticos de deficiência (lesão) podem ter necessidades distintas em sua escolarização, quer seja na metodologia, nas estratégias ou nos recursos a serem utilizados. As pessoas não são definidas exclusivamente pela sua lesão, existe uma completude de características que abarca essa variação corporal e funcional e esta vai além do diagnóstico clínico. Ações que possibilitam o acesso e a participação efetiva de pessoas com diferentes condições não podem ser propostas apenas sob a égide de legislações, mas, sim, por compreender que são necessárias mudanças na adoção de estratégias metodológicas para que elas estejam adequadas às necessidades, às potencialidades, enfim, às características de cada pessoa. (BOCK; GESSER; NUERNBERG, 2018, p. 145).

Temos uma perspectiva diferenciada no campo da inclusão na medida em que não reduz as pessoas à deficiência, considera suas realidades de vida e potencialidades para a aprendizagem.

O obstáculo principal para a inclusão subjaz às crenças e às atitudes, e não à ausência de prontidão das escolas e dos professores. Portanto, é preciso realizar uma boa avaliação prévia de cada caso particular e montar um plano de estudo destinado aquele aluno. São as atitudes que precisam ser revistas. (MITTLER, 2003, p. 182).

Urge uma reconfiguração social ampliada quando se pensa em processos inclusivos palpáveis, sob a égide de demandas sociais, culturais e profissionais reais. O entorno social é que deve se adequar às pessoas com deficiência de um modo geral, não sendo, estas, encaradas como meros estrangeiros em seus espaços já peculiares. O esforço deve ser global em favorecimento mútuo, considerando que, pela essência humana, todos e todas as pessoas em alguma medida vivenciam situações limitantes ou de exclusão.

Concluimos temporariamente as discussões concernentes à escola e à Inclusão com o delineamento das ideias de Gardou (2005) acerca da sociedade inclusiva, que oportuniza as pessoas a experiências singulares e concretas, sobre a qual ele tece pilares



centrais: i. Ninguém detém a exclusividade do patrimônio humano e social; ii. A exclusividade da norma é ninguém, a diversidade somos todos nós; iii. Não existe vida maiúscula ou minúscula; iv. Viver sem existir é a mais cruel das exclusões; v. Todo ser humano nasceu para a equidade e para a liberdade.

Quanto ao aspecto defendido por Gardou (2005), de que “Ninguém detém a exclusividade do patrimônio humano e social”, trata-se do acesso ao patrimônio humano e social por parte das pessoas em situação de deficiência. O autor ressalta, ainda, que não basta viver no mesmo território para se pertencer a uma comunidade, é necessário poder compartilhar o patrimônio educacional, profissional, cultural, artístico e comunicacional. Temos a diferença clara entre o paradigma da integração e da inclusão. Este último envolve um engajamento (ativo), considerando as pessoas com protagonistas de sua vida, em detrimento da mera presença como um figurante nos contextos reais. Tal concepção tende a atenuar riscos de marginalização para crianças/adolescentes ditas incluídas, o que francamente reforçaria a dialética inclusão/exclusão em meio a uma ressignificação paradigmática. O acesso deve ser viabilizado a todos e a todas sem imposição de condições.

Sobre “A exclusividade da norma é ninguém, a diversidade somos todos nós”, Gardeau (2005, p. 42) trata a noção de diversidade como uma “infinita variedade humana e a polifonia de mundos socioculturais”. Em uma sociedade em que os encantos de uma perfeição inalcançável dos corpos com performances inefáveis, inabaláveis, em exaltação constante, o dever de conformidade avassala a identidade e o sentimento de pertencimento (MARQUES, 2013). Essa ideia social distorcida reforça os sentimentos de ameaça, desclassificação e desfiliação.

O autor supracitado nos exorta a uma sociedade inclusiva que se expresse pela plena garantia dos direitos civis à diversidade de seres humanos e seus modos de acesso ao mundo. A sociedade inclusiva caracteriza-se pela capacidade coletiva de conjugar as singularidades. Ninguém está ao abrigo de tornar-se um estrangeiro da norma coletiva. “[...] o pensamento inclusivo eleva-se contra a ação excessiva de uma norma que prescreve, proscree e asfixia o singular” (GARDOU, 2005, p. 51). As pessoas em situação de deficiência, associadas a uma categoria abstrata, são padronizadas, enquadradas em rótulos encarceradores e tendem a ter suas identidades aniquiladas.

Delineando o pilar de que “Não existe vida maiúscula ou minúscula”, o autor reconhece a vulnerabilidade como uma característica universal de todas as pessoas, sendo, assim, uma condição humana inegável. “A deficiência apresenta-se como um espelho de aumento, escancarando nossa impotência [...] a sociedade inclusiva implica em uma

inteligência coletiva das vulnerabilidades” (MARQUES, 2013, p. 217). Em se alcançando uma sociedade inclusiva, será um grande pleonasmo tecer discussões sobre inclusão, haja vista que haverá espaços para todas as singularidades, eficiências e vulnerabilidades.

Em “Viver sem existir é a mais cruel das exclusões” Gardou delinea a diferença entre o viver biológico e o viver social.

A deficiência coloca em evidência o caráter sempre problemático do acesso ao existir [...] As respostas atentas às suas necessidades biológicas de sobrevivência não garantem, por si só, a possibilidade de existir. Os cuidados em suas dimensões terapêuticas não são suficientes. Estão nas mãos de outros que decidem por eles, que tomam conta deles sem considerá-los sujeitos e atores de suas próprias histórias. (MARQUES, 2013, p. 218).

As pessoas com deficiência não devem ser socialmente resumidas a uma entidade nosológica ou um código internacional de doenças que meramente os classifique e os encarcere. Nesse sentido, ainda parece ser essencial ressaltar que devem ser consideradas em sua integralidade, com potencialidades, capacidades, habilidades, talentos e virtudes, não sendo negadas possíveis vulnerabilidades e limitações, como todos os seres humanos. Devem ser envolvidos no planejamento de dinâmicas institucionais ou políticas públicas que garantam seus direitos e sua participação social. “O movimento inclusivo requer novas luzes para se liberar definitivamente dos restos de arcaísmos no inconsciente coletivo que cria barreiras à educação, ao emprego e à participação nas políticas sociais” (MARQUES, 2013, p. 218).

Gardou ratifica que em uma sociedade inclusiva a igualdade formal não garante a igualdade real, pode aniquilar a equidade e a liberdade das pessoas. É sobre isso que trata o pilar de que “Todo ser humano nasceu para a equidade e para a liberdade”, o que converge com a ideia de que “É preciso que tenhamos o direito de sermos diferentes quando a igualdade nos descaracteriza e o direito de sermos iguais quando a diferença nos inferioriza” (SANTOS, 1995). A concepção de justiça deve superar a ideia de mera igualdade de oportunidades, mas sim em conformidade com as singularidades e subjetividades de cada um, com o respeito soberano à dignidade humana.

Concluimos essa seção com a ideia de que ao se pensar em uma atenção integral que favoreça um olhar zeloso e intervenções qualificadas, alinhadas às reais necessidades dos protagonistas da Educação Inclusiva (escola, equipes clínico-especializadas e criança/adolescente).

## 2.2 Discussão sobre núcleo e campos: o que podemos apreender com essas compreensões

“O conhecimento científico é um conhecimento produzido com método, por pessoas especializadas em uma determinada área ou em um campo científico.” (BOURDIEU, 1994).

A epígrafe inicial a esse texto nos conduz a pensar a importância da obra do autor referido para as diversas áreas do conhecimento humano, como é apresentado na análise que Loyola (2002, p. 85) nos guia à reflexão quando admite:

Qualquer que seja o olhar que [...] lance à obra de Bourdieu, encontrará um arsenal inesgotável, senão de respostas, de questões cruciais incontornáveis à compreensão do mundo social. [...] sem dúvida uma sociologia crítica, uma sociologia “incômoda”, uma sociologia que contribui para o conhecimento do mundo social e, ao mesmo tempo, para a sua transformação – uma sociologia que é “um esporte de combate”.

A autora referencia, ainda, que

Bourdieu pode navegar por diferentes disciplinas (filosofia, antropologia, sociologia, educação, literatura, linguística, história, ciência política, estética) e atravessar a variada gama de domínios especializados que tomou como objeto sem perder o rumo. (LOYOLA, 2002, p. 72).

Assim, também “ferramenta” conceitual importante ao nosso estudo que envolve Educação e Saúde<sup>4</sup>, para fins de discussão especialmente de aspectos que podem aproximar esses contextos em favorecimento da Educação Inclusiva, não simplesmente o que os separa. As ideias do autor são amplamente aplicáveis para o construto pretendido por esse estudo.

A escola e a equipe clínico-especializada podem ser analisadas sob o prisma de conceitos-chave discutidos por Bourdieu, como campo e *habitus*, de modo que o entendimento e as discussões sejam mais bem viabilizadas. Em linhas gerais, tem-se “campo” como um espaço de relações em movimento cujo estado o sociólogo deve permanentemente construir e/ou reconstruir. O *habitus* se configura como um sistema de esquemas de percepção, de apreciação e de ação, em outras palavras, um aporte de conhecimentos práticos adquiridos longitudinalmente que evoluem naturalmente num universo social dado. Os conceitos de *habitus* e campo são relacionais e interdependentes (LOYOLA, 2002).

<sup>4</sup> Neste estudo, procedemos a um levantamento bibliográfico inicial, no qual foram acessados artigos, teses, dissertações disponíveis na internet, como forma de reunirmos uma base de dados para reconhecimento na área: Revista Brasileira de Educação Especial, Biblioteca Brasileira Digital de Teses e Dissertações. Foram consideradas as publicações a partir do ano de 2008, haja vista que foi o ano de criação da Política Nacional de Educação Especial, marco essencial para as discussões tecidas sobre a educação inclusiva e suas questões implicadas. Foram utilizados para esse mapeamento os descritores *Saúde, Educação Inclusiva e Saberes*. Contudo, não foram localizadas produções científicas com essa exata interface, o que respalda a presente pesquisa e a lacuna de estudos acadêmicos com tal finalidade e metodologia.

Bourdieu (1963) ressalta que esse conceito de *habitus* advém da necessidade de apreensão da aproximação entre o comportamento dos agentes e as estruturas e condicionamentos sociais. Enfatiza que *habitus* pode ser compreendido como um sistema de disposições sólidas e transponíveis que integra experiências anteriores e atua constantemente como uma matriz de percepções, apreciações e ações. Viabiliza a realização de tarefas diferenciadas (BOURDIEU, 1983).

O *habitus* não é uma invariante antropológica, mas uma matriz geradora, historicamente constituída, institucionalmente enraizada e socialmente variável. É um operado de racionalidade, mas de uma racionalidade prática, inerente a um sistema histórico de relações sociais; assim, transcende o indivíduo. É criador, inventivo, mas nos limites de suas estruturas. (LOYOLA, 2002, p. 68-69).

O *habitus* é uma subjetividade socializada (BOURDIEU, 1992, p. 101), o que nos impele a afirmar que aspectos individuais, pessoais ou subjetivos estão diretamente ligados no contexto da sociedade.

Loyola (2002, p. 70) reforça que uma das maiores funções da noção de *habitus* é superar dois erros fundamentais e complementares que ocorrem nas ciências sociais: o mecanicismo, que percebe a ação como o efeito mecânico das pressões exercidas pelas causas externas; o finalismo, que, notadamente com a teoria da ação racional, acredita que o ator age de maneira livre, consciente. Para Bourdieu (1992), é igualmente falsa a oposição sumária entre o indivíduo e a sociedade. Pelo *habitus*, não somente o indivíduo está situado num universo social particular, mas o universo social está inscrito nele. Trata-se dos modos de expressão humana na sociedade, dotando de toda a bagagem de vida dos sujeitos.

As representações da escola no que concerne à Educação Inclusiva, incluindo-se os saberes de base e as práticas cotidianas do professor, são reflexos de processos formativos, vivências prévias e da subjetividade intrínseca. Sob essa concepção, é o que constitui o *habitus* conceituado pelo autor, de modo que também, em alguma medida, esse repertório traduz concepções socialmente construídas sobre esse grande paradigma no contexto micro (individual do professor) e macro (escola).

O ator social é plural e as fontes de socialização são diversas e diferenciadas – família, escola, trabalho, as influências recebidas pelo indivíduo não são homogêneas. Bourdieu não os contradiria, nem eles contradizem a sua concepção de *habitus*. Tal crítica compartilha com as anteriores uma percepção fixista de *habitus* e meramente subjetivista do ator. Vale lembrar que o *habitus* é um operador, uma matriz de percepção e não uma identidade ou uma subjetividade fixa. [...] sendo um produto da história, o *habitus* é um sistema de disposições aberto, permanentemente afrontado a experiências novas e permanentemente afetado por ela. Ele é durável e não imutável. (RÉPONSES, 1992 *apud* LOYOLA, 2002, p. 83).

O conjunto de saberes e de práticas da escola e das equipes clínico-especializadas no que diz respeito às premissas centrais da Educação Inclusiva pode ser algo mutável, haja vista a abertura inicialmente pessoal deste profissional nesse processo de ressignificação do seu papel. Esse pensamento corrobora com o que Bourdieu (LOYOLA, 2002) enfatiza sobre o caráter fixista do conceito de *habitus*. Acrescenta que os indivíduos constroem a realidade social, individual e coletivamente e que estruturas construídas não podem ser reificadas, ou seja, nenhum campo é autossuficiente. Ademais, não é viável conceber que a escola e as equipes clínico-especializadas construam suas práticas isoladamente ou por meio de uma discreta integração. O paradigma da Educação Inclusiva implica uma interface sólida entre esses campos, haja vista a multidimensionalidade imbricada, que requer um olhar zeloso para a integralidade dos sujeitos envolvidos.

É a estrutura das relações constitutivas do espaço do campo que comanda a forma que as relações visíveis de interação podem revestir e o próprio conteúdo da experiência que os agentes podem ter (BOURDIEU, 1994, p. 46). Sob essa égide, urge pensar em estratégias que integrem esses campos, na medida em que as limitações de cada um sejam suavizadas, as fortalezas se sobressaiam e as aproximações sejam mais palpáveis. Bourdieu (2015, p. 11) discorre que “o sistema de estratégias de reprodução pode ser definido como sequências ordenadas de práticas que todo o grupo produz para reproduzir-se enquanto grupo”.

Outro conceito relevante à discussão em tela é o capital social que, para o autor consiste em:

[...] conjunto dos recursos (atuais ou potenciais) que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas, em que os agentes se reconhecem como pares ou como vinculados a determinados (s) grupo (s). Tais agentes são dotados de propriedades comuns e, também, encontram-se unidos através de ligações permanentes e úteis. Assim, o volume do capital social que um agente individual possui depende da extensão da rede de relações que pode ou consegue mobilizar e do volume do capital (econômico, cultural ou simbólico) que é posse exclusiva de cada um daqueles a quem está ligado. (BOURDIEU, 2015, p. 10).

Conhecer com mais profundidade as reais demandas e vicissitudes de cada campo pode favorecer essa construção de saberes e práticas integradas em redes, a partir da ressignificação do capital social da escola (Educação) e das equipes clínico-especializadas (Saúde).

Embora com clara diferença, as concepções bourdesianas citadas alicerçaram a construção de um grupo de estudiosos no que se refere aos conceitos de núcleo e campo,

advindos inicialmente do contexto da Saúde Coletiva, porém, amplamente aplicáveis às demais práticas.

Constata-se na contemporaneidade “certa sobreposição de limites entre as disciplinas” (CAMPOS, 2000, p. 220), a qual se projeta e se estende os campos de práticas profissionais. O autor enfatiza que a ciência ou as práticas profissionais dotam de caráter interdisciplinar ou multiprofissional, com limites muito imprecisos ou linhas tênues, que inviabilizam o fechamento de uma disciplina em si mesma ou a fusão absoluta de profissões ou especialidades. Tem-se um contexto dialético: de um lado um “isolamento paranoico”, no qual as disciplinas se isolam notadamente; de outro, uma “fusão esquizofrênica”, com a ilusória união destas. Foram motivadas alterações nesses conceitos de núcleo e campo para que se garantisse a anulação desse real paradoxo (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997).<sup>5</sup>

A partir de então foi delineado um conceito mais geral: campo de competência. Abrangia os saberes centrais e basilares da especialidade. Haveria uma sobreposição do exercício profissional de diferentes categorias que constituiriam um campo por meio de interseção com outras áreas<sup>6</sup>, com limites e contornos tênues e imprecisos. Em contrapartida, os núcleos profissionais seriam mais bem definidos e delineados. Campos, Chakour e Santos (1997) acrescentam que a organização da dinâmica desses espaços dependeria de um conjunto de articulações e negociações provisórias e constantes, haja vista que não caberia que uma racionalidade meramente técnica impusesse esse contexto. Justifica que os interesses políticos e profissionais exercem influência, o que não se limita a diretrizes médicas.

A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos. Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. (CAMPOS, 2000, p. 220).

Tecendo-se uma adequação ao nosso contexto de estudo, a Educação Inclusiva seria esse campo maior que congrega saberes e práticas transversais e horizontalizadas e os

<sup>5</sup> Atentemo-nos para a utilização do termo “esquizofrênica” para que não tenha repercussão pejorativa, de modo que algo desagregado tenha relação direta ao diagnóstico psiquiátrico e, assim, seja reforçado um olhar preconceituoso e estigmatizante sobre as pessoas com esse diagnóstico. Expressamos todo o nosso respeito e admiração ao autor, cuja contribuição científica é inegável para o campo da saúde.

<sup>6</sup> O autor traz um exemplo: campo de competência do especialista em cirurgia de mão seriam as lesões de mão e mais saberes e práticas próximos ao do cirurgião geral. E um segundo, mais específico, denominado de núcleo de competência, que incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade, justificando, portanto, a sua existência como uma nova área. O núcleo de competência do especialista em cirurgia de mão poderia ser constituído pelos casos graves de trauma, amputação ou semi-amputação da mão com lesões importantes de vasos ou outras estruturas nobres. Se adotado este critério, inúmeras lesões de mão continuariam a ser também da competência do cirurgião geral (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997).

núcleos, cada categoria profissional envolvida nesse campo (terapia ocupacional, psicologia, serviço social, fonoaudiologia, medicina, direito, pedagogia, etc.). A relação de reciprocidade entre núcleos e campo requer dos profissionais certa maturidade, haja vista a necessidade de um prévio fortalecimento de saberes próprios para que se evite tão negada e inútil fusão de disciplinas desordenadamente. Essa amálgama que liga os núcleos em um campo é constituída e enriquecida pelos compartilhamentos mútuos, os quais devem fortalecer as práticas profissionais em favorecimento de um projeto comum.

Campos, Chakour e Santos (1997) optaram por alterar o sentido polar e antagônico dos conceitos de campos e *corpus*, preconizados por Bourdieu (2015). O primeiro conceito se configura como um espaço aberto, apesar de fatores internos e externos. O segundo caracteriza-se pelo fechamento em disciplinas, sobretudo, com saberes peculiares, exclusivos e monopolizados, com o mero agrupamento de especialidades e a consequente institucionalização de parte do campo.

A organização da identidade do núcleo não invalida, tampouco nega, a dinâmica do campo haja vista que se constrói com flexibilidade e requer a inevitável construção de identidade social para cada profissão e campo do saber. Contudo, há a evidência de limites imprecisos entre núcleo e campo, e estes estabelecem uma relação recíproca na qual um exerce influência sobre o outro. “A noção de núcleo valoriza a democratização das instituições, ou seja, ressalta sua dimensão socialmente construída, sugerindo que a escolha de seus caminhos funcione como uma possibilidade e não como uma ocorrência automática” (CAMPOS, 2000, p. 221). Tais construções (sociais) são peculiares a cada contexto, de modo que são evidenciadas as práticas interprofissionais colaborativas, as quais tecem os caminhos singulares nos campos.

Em alinhamento com nossas discussões acerca de núcleo e campo, Pimenta (2010) traz ideias pertinentes ao discutir uma ressignificação da didática, como especialidade da Pedagogia. Concebe o entendimento de que as práticas docentes contêm elementos importantes que ainda não estão teoricamente consolidadas, mas que constituem uma Didática inovadora, a qual inclui a problematização, a intencionalidade, a busca de soluções, a experimentação metodológica, o enfrentamento de situações de ensino complexas, etc. Considera as concepções de Laneve (1993) e compreende que o advento de domínios especializados e autônomos relacionados ao saber educacional não implica excluir uma reflexão mais geral sobre a educação.

A Pedagogia seria a ciência articuladora (campo) e estruturante na Educação, dotada de uma pluralidade de dados oriundos de outras ciências por ela confrontados. E a

didática, assim como as demais especialidades, seria um núcleo profissional. Em interface com a discussão em tela, revisitar o campo da educação inclusiva e refletir sobre os saberes nucleares deve ser um caminho constante nas práticas profissionais, as quais estão passíveis de reorientações alinhadas com as dinâmicas contextuais. A autora acrescenta que estudo da experiência se configura com potencial irrefutável para a melhoria da qualidade da prática escolar e das teorias que a sustentam. Essa ideia se aproxima com as práticas profissionais interesistêmicas que serão delineadas mais adiante.

Os caminhos para a formação teórica e prática implicam uma relação de reciprocidade singular entre essa práxis e os estudos do profissional. A repercussão direta está no saber fazer conscientemente e as lacunas teóricas serão um obstáculo para as análises reflexivas da prática e, por conseguinte, para a transformação das práticas. Portanto, a qualidade a educação para os alunos depende de uma formação teórica e prática para os professores, também, de qualidade (LIBÂNEO, 1998). É inconcebível, portanto, subestimar as ações cotidianas reflexivas, o que alicerça um olhar ampliado sobre as demandas dos alunos e da escola e impulsiona o adequado planejamento de ações dos profissionais engajados no campo da Educação. É possível, assim, que seja um franco exercício de fortalecimento dos núcleos e do campo profissional.

Em se tratando do campo da educação, urge um esforço coletivo de pesquisadores e professores com vistas à efetivação de estudos, análises e práticas integradas sob a perspectiva multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. O intuito não é simplesmente a delimitação de territórios, mas a construção e o fortalecimento das bases científicas (PIMENTA, 1996), de modo que haja construções compartilhadas para o fortalecimento dos saberes e das práticas nesse contexto de evidente pluralidade e multidimensionalidade.

A mesma autora corrobora com as ideias de Laneve (1993), o qual enfatiza a necessidade de os professores adquirirem consciência acerca de seus contextos de atuação, o que envolve o enfrentamento e resolução de desafios e reflexões cotidianas. Desse modo, passa a ser possível a construção de novos saberes para transformação e ressignificações das práticas. Acrescenta que se trata de um processo que deve superar o âmbito individual e alcançar a esfera das construções coletivas por meio da partilha de saberes.

### **2.3 Sobre a Epistemologia dos saberes**

Nesta seção propusemo-nos a enfatizar os saberes docentes que fundamentam o cotidiano dos professores, sendo relevante discutir os saberes docentes e a formação



profissional a partir de questões-chave que envolvem o conhecimento de saberes, das competências e das habilidades que mobilizam os professores no cotidiano da escola, assim como a sua origem de aquisição.

Construtos teóricos atualizados sobre a Epistemologia dos saberes docentes (TARDIF, 2014) subsidiarão as considerações relevantes. O conhecimento mais aprofundado de diversas expressões desses saberes será essencial para o desenvolvimento desta investigação, que se propõe a desvendar a natureza das demandas formativas e contextuais da escola e da equipe clínico-especializada em prol dos processos inclusivos. Tal imersão nessa multiplicidade de saberes implica refletir sobre as próprias práticas.

Sendo um grande conhecedor e admirador das concepções de Paulo Freire, Maurice Tardif valoriza o professor como um ator de relevância inegável no que concerne às mudanças de realidades, valorizando-o em suas experiências cotidianas singulares. A reflexão-ação concebida por Freire alicerça o alcance desses saberes tão discutidos e delineados por Tardif. Enfatizamos que os saberes dos professores dota de uma pluralidade e temporalidade peculiares, “formado por uma amálgama mais ou menos coerente, de saberes oriundos da formação profissional e de saberes disciplinares, curriculares e experienciais” (TARDIF, 2014, p. 36), não se constituindo isoladamente. Essa questão dos saberes docentes tem um natureza social inerente que deve ser sempre considerada.

O autor nos traz a ideia de que a prática docente integra diversos saberes com os quais o sujeito estabelece diferentes relações. São saberes dotados de pluralidade com origem na formação profissionais, nos saberes disciplinares, curriculares e experienciais. E a prática profissional (docente) é capaz de mobilizar outras tipologias de saberes (pedagógicos) em consonância com o cotidiano (TARDIF, 2014).

A ação docente envolve saberes disciplinares, curriculares, profissionais e experienciais. Os saberes disciplinares advêm da formação inicial e continuada, no contexto das universidades ou de outras instituições de ensino. Os saberes curriculares abrangem os conteúdos e métodos, categorizados e apresentados pelos programas escolares, os quais os professores devem estar aptos a aplicar. Os saberes profissionais são transmitidos pelas instituições de formação de professores (faculdades de educação) e parecem ser plurais e heterogêneos e trazem à baila os conhecimentos e expressões do saber-fazer e do saber-ser no próprio exercício do trabalho docente. Já os saberes experienciais surgem do exercício cotidiano de sua profissão, a partir do qual são desenvolvidos e legitimados. Paulatinamente, estes são incorporados à experiência pessoal e coletiva sob a forma de *habitus* (TARDIF, 2014), conceito delineado anteriormente, e não estão sistematizados em teorias.

Para Tardif (2014, p. 54), “Surgem como núcleo vital do saber docente”. Os saberes experienciais tem origem no exercício profissional diante dos desafios cotidianos da escola, por exemplo, nas relações com outros professores, por meio do compartilhamento de experiências.

O papel docente é definido pelos saberes, contudo, isso não há soberania de um saber sobre outro. Os diferentes tipos de saberes se inter-relacionam e se complementam em consonância com os saberes e as práticas pedagógicas. Esse *habitus* que é construído deve ser ressignificado constantemente, na medida em que outros saberes são agregados ou despertados, por meio da relação e partilha de experiências com os pares ou da diversidade na escola. A práxis docente permite, inclusive, uma análise dos demais saberes.

Essa experiência permite ao professor filtrar e selecionar outros saberes, estimulando-os a avaliá-los (TARDIF, 2014). Contudo, isso requer o desenvolvimento ou a implementação de ações reflexivas acerca das práticas profissionais no cotidiano da escola.

#### **2.4 Delineamento de práticas profissionais (interepistêmicas)**

A compreensão dos saberes demandados pela escola e pela equipe clínico-especializada a partir de uma relação de reciprocidade embasará a construção de práticas profissionais inclusivas sob a égide da integralidade. Inicialmente serão socializados aspectos pertinentes sobre prática profissional, que antecederá a exposição de um dispositivo teórico-metodológico apoiado em uma leitura tríplice que permite levar em consideração a complexidade inerente à noção de prática profissional no âmbito de uma investigação em educação. Nesse ínterim, a discussão de Práticas Interepistêmicas (BORRI-ANADÒN, 2015) passa a ter relevância notável para o presente estudo, haja vista que subsidia o entendimento de interfaces favoráveis entre as áreas envolvidas no grande paradigma da Inclusão.

Inicialmente, Borri-Anadòn (2015) se apoia em estudos anteriores (Argyris; Schön, 1974; Schön, 1994 citados por BORRI-ANADÒN, 2015), dos quais se origina o conceito de profissional reflexivo. Refletindo-se sobre o conhecimento e a ação (SCHÖN, 1994), percebe-se que não se trata de elementos opostos, mas que podem estar no cerne das práticas profissionais, de modo que seja subsidiada a construção de conhecimentos tácitos e intuitivos próprios. Em acréscimo, potencializa-se o leque de possibilidades de ação diante de atuais e futuros desafios profissionais. Tal construção do conhecimento na ação caracteriza a dinamicidade das práticas, ao reagir diante de situações (im)previstas das quais emerge um sentido. Em se tratando do nosso objeto de pesquisa, considera-se que a tão almejada

preparação da escola para a implementação de processos inclusivos deve ser paulatina e processual na medida em que surgem os contextos de cada aluno, de modo extremamente personalizado.

Buysse, Sparkman e Wesley (2003) citados por Borri-Anadòn, 2015 (p. 16) discorrem sobre a prática considerando habilidades técnicas, bem como certa arte, uma maneira de resolver problemas particulares, isto é, saber mobilizar os recursos necessários diante de uma dada situação. Assim, não é viável que exista uma padronização estrutural para uma escola inclusiva, mas sim, urge a existência de uma flexibilidade para adaptação institucional face às reais demandas dos alunos e professores, que mobilizarão saberes e práticas específicas. Pensamos que essa arte aqui referida seja relacionada a essa capacidade flexível e engenhosa de lidar com situações sobremaneira diversificadas, apesar da similaridade de quadros nosológicos de deficiência ou limitação, porém com expressões individualizadas entre os sujeitos.

Evidencia-se um aspecto fundamental para as nossas discussões que reside na mobilização de saberes, conhecimentos e informações que respaldam as práticas profissionais específicas da área da Saúde (equipe clínico-especializada) e da Educação (escola). Nesse sentido, corrobora-se com autores que reconhecem a realidade subjetiva do profissional (BLANCHARD-LAVILLE; PESTRE, 2001; CHAMI, 2001; FABLET, 2001 *apud* BORRI-ANADÒN, 2015), trabalhando a análise de práticas profissionais a partir da análise de processos psíquicos inconscientes, com meta formativa e intencionam um trabalho psíquico para potencialização de suas práticas profissionais. Assim, essa vertente se interessa em possíveis associações e aproximações entre experiências pessoais e profissionais e a prática profissional se torna uma realidade psicossocial, cuja centralidade está nos sujeitos (BORRI-ANADÒN, 2015). Acrescenta-se que devem ser considerados os recursos individuais de conhecimento da experiência, como a socialização, os saberes pré-profissionais, experiências anteriores e representações profissionais (TARDIF; LESSARD, 1999). Pensamos que a reflexão e a ação sobre as práticas profissionais instigam à consideração da personalidade implicada na práxis.

Para ser significativa uma prática necessita de contextualização e enraizamento na comunidade (TENNANT, 2006 *apud* BORRI-ANADÒN, 2015), Lave e Wenger (1991) trazem o conceito de comunidades de prática, fortemente definida pelo contexto cultural, institucional e social do qual resulta e no qual é exercido, sendo muito mais do que um grupo de pessoas: é guiada por regras e regras institucionais, que na maioria dos casos são implícitas.

É construída através de significados que os membros negociam entre si; extraindo assim dos repertórios de práticas, modos de fazer, de dizer, de pensar, que enquadram sua participação na comunidade. Segundo esse autor, a comunidade de prática envolveria três dimensões definidoras: primeiro, um campo de interesse comum, compartilhada por um grupo de pessoas; depois, interações entre essas pessoas e uma aprendizagem coletiva que as torna membros de uma entidade social particular; e, finalmente, práticas compartilhadas e socialmente construídas que resultam dessas aprendizagens e que constituem um repertório compartilhado de recursos comuns. Assim, a partir dessa perspectiva teórica, as práticas não são concebidas apenas como processos de internalização da realidade, mas como resultado de uma participação social negociada. Nesse sentido, as práticas profissionais só podem ser definidas por uma comunidade de prática que tenha modelado certas práticas socioculturais particulares que os novos membros enfrentarão. (WENGER, 2010, p.7).

Retomando aos construtos de Pimenta (1996), temos o entendimento de que teoria e prática são indissociáveis, o que diverge dos paradigmas positivistas que consideram uma dicotomia entre meios e fins e, assim, mantém a solução de problemas em uma dimensão puramente técnica. A práxis do professor tem essência intelectual e não deve ser definida como uma execução técnica de tarefas. A reflexão sobre as práticas é uma necessária ferramenta para articulação das realidades com a capacidade crítica e com suas pretensões educativas. Logo, valorizar os processos de reflexão na ação no cotidiano dos serviços é uma tônica necessária.

Encerramos o delineamento acerca de práticas profissionais com uma concepção notoriamente pertinente de Borri-Anadòn (2015, p. 16, tradução livre): “Não basta estudar os alunos, suas características e potenciais fragilidades, mas sim questionar as práticas que lhes dizem respeito e suas fundações”. Há de se ter uma visão ampliada das crianças/adolescentes e seus contextos de vida, além da reflexão cotidiana sobre as práticas e seus saberes.

## **2.5 Interface entre saúde e educação**

A cultura, a saúde mental e a inteligência promovem-se a partir das instituições de base que se consagram ao bem estar e educação das crianças, sendo as mais importantes à família e a comunidade, organizadas à volta do interesse pela criança (BRANCO, 2010, p. 353). Trata-se de uma concepção evidentemente atualizada, e nos reporta a necessárias reflexões sobre as implicações e inter-relações destes conceitos, que formam uma tríade cuja compreensão se objetiva na forma de lidar com esses sujeitos. Com relação à Saúde Mental Infantil ao longo de sua história, consta que,

[...] Até o século XVII, a infância não fazia parte das preocupações da ciência. Tal postura, nos leva a deduzir que o desconhecimento sobre a infância e suas peculiaridades pode ser relacionado com a falta de lugar da criança nessa sociedade.

Isso pode ser constatado pela inexistência de uma expressão particular voltada para a criança, onde o surgimento da infância acontece com base nas ideias de proteção, amparo, dependência, que aparecem nessa fase da vida. Com o intuito de tornar as crianças - vistas como seres irracionais, biológicos e frágeis - em seres adultos, socialmente aceitáveis, era preciso que elas tivessem cuidados e disciplinas rígidas. (HOLANDA, 2015, p. 4).

A Saúde Mental Infantil, enquanto campo de intervenção, cuidados e estudos sobre a criança e o adolescente, sistematiza-se conjuntamente ao avanço em direção ao conceito moderno de infância. A assistência, ainda bastante incipiente no Brasil, fora inaugurada com o surgimento de instituições de internação psiquiátrica, mas o paradigma norteador predominante era meramente médico-centrado, o que restringia absurdamente as intervenções em iniciativas isoladas e de natureza caritativa e/ou filantrópica, sem qualquer respaldo dos governos ou do poder público.

Percebe-se que a complexidade intrínseca à infância não era algo palpável, haja vista as medidas puramente reducionistas que eram propostas nesses locais, até então referências no cenário nacional. As crianças consideradas insanas, geralmente as pertencentes às classes sociais desfavorecidas, acabavam compartilhando o mesmo espaço dos adultos nos manicômios criados, pois não havia ainda estudos específicos sobre as doenças mentais infantis nem uma classificação que diferenciasse as formas e manifestações da morbidade no adulto e na criança. Tampouco eram tecidas discussões pertinentes acerca da inserção dessas crianças no contexto escolar, e o olhar permeado por estigmas, eram fato concreto na organização societária como um todo.

A partir da terceira década do século passado, a família começou a ser mais incisivamente definida como capaz de proteger a vida das crianças e adultos. Valendo-se dos altos índices de mortalidade infantil e das precárias condições de saúde dos adultos, a higiene conseguiu impor à família uma educação física, moral, intelectual e sexual, inspirada nos preceitos sanitários da época. Esta educação dirigida, sobretudo às crianças, deveria revolucionar os costumes familiares. Por seu intermédio, os indivíduos aprenderiam a cultivar o gosto pela saúde, exterminando, assim, a desordem higiênica dos velhos hábitos coloniais. (COSTA, 1989 *apud* RIBEIRO, 2006, p. 12-13).

Nesse momento a infância ganha destaque nas ações voltadas à educação, tendo em vista o modelo de higiene mental. A saúde, assim como a educação, direciona seus esforços às crianças considerando-as objeto de especial atenção e preocupação por se tratarem de seres em formação, situação propícia para ações de ordem preventiva.

A infância é alçada, nas ações de higiene mental, como o ponto de partida sobre o qual se deveria atuar para a prevenção da insanidade e da delinquência. Este período da vida favoreceria intervenções no destino de um ser ainda em formação, tornando-se, portanto, objeto merecedor de especial atenção e preocupação. Esta concepção

extrapola o âmbito da saúde, colaborando para práticas que terão nas instituições escolares um fértil espaço de aplicação. (TELLES, 2006, p. 90).

Com base na defesa da criança se alcançava a família, o que alterou substancialmente a sociedade brasileira. A importância dos higienistas para a psiquiatria infantil, que começaria a engatinhar décadas depois, está em que eles lançaram as bases de uma medicina que se preocupava com a criança e seu desenvolvimento, ainda que não voltada para a patologia mental propriamente dita, mas para uma profilaxia e cuidados morais da criança normal, que eram considerados importantes na época.

Ainda é preciso estabelecer na atualidade oposições conceituais, desmitificar ideias cristalizadas, fantasiosas e/ou a-científicas que permeiam parte dos repertórios social e educacional em relação aos sujeitos com deficiência. Concepções equivocadas que designaram (e, infelizmente, ainda designam) essas pessoas como “doentes, diferentes, incapazes e/ou anormais” (LUSTOSA, 2018). Tais concepções geram repercussões diretas no campo educacional e social, na medida em que se constituem como barreiras importantes a serem anuladas, ou pelo menos minimizadas, cotidianamente.

A iniciativa de inserir a saúde no espaço escolar não é recente, e desde a década de 1950 datam diversas iniciativas, contudo, vinculadas à uma lógica sanitária, perpetuando um modelo biomédico que focava a doença. Somente a partir da década de 1960, começaram a surgir iniciativas inovadoras que têm oportunizado o encontro da saúde com a educação visando a implementar políticas públicas intersetoriais (DIAS et al., 2016), favorecendo a articulação de ações e estruturas dos campos da saúde e da educação, além de tensionar a escola, enquanto representação institucional da educação, de se constituir, também, como um espaço promotor de saúde (BRASIL, 2012), para além de seu histórico papel de subsidiar aprendizagens.

Nesse prisma, para a materialização de uma política intersetorial entre os setores Saúde e Educação foi criado, por meio de Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007, o Programa Saúde na Escola (PSE) como resultado do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o da Educação, na perspectiva de ampliar as ações de saúde aos alunos da rede pública de ensino. Objetivou-se contribuir para o fortalecimento de ações que vinculem saúde e educação, facilitando o enfrentamento das vulnerabilidades<sup>7</sup> que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens brasileiros (BRASIL, 2007).

---

<sup>7</sup> A concepção de vulnerabilidade denota a multideterminação de sua gênese não estritamente condicionada à ausência ou precariedade no acesso à renda, mas atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos (BRASIL, 2009). Conceitos sobre vulnerabilidade surgem na área da saúde reordenando as práticas de prevenção e promoção para um enfoque

Qualquer deficiência, por mais leve que possa se apresentar e não houver estimulação, pode implicar com maior significação sobre o processo evolutivo da criança, com repercussões tanto na dimensão emocional, afetivo, intelectual e de personalidade (LUSTOSA, 2018). Todavia, é essencial que os cuidados não se restrinjam à criança, mas alcancem os diversos contextos nos quais se encontra inserida, envolvendo a família e a escola, de modo que se almeje mais concretamente a socialização e efetivação dos planos terapêuticos e educacionais. O cerne dessa premissa é, portanto, instigar esse atores a serem co-promotores de saúde, no sentido mais amplo do conceito.

Longe de ser concebida como um fenômeno que se manifesta sempre da mesma forma, a deficiência, como qualquer outro fenômeno psicossocial, situa-se no círculo das relações sociais, tendo um caráter de construção permanente, por acompanhar o movimento histórico da própria sociedade em que a deficiência se manifesta. (PIRES, 2009, p 327).

Percebe-se a importância da intervenção precoce de uma equipe interdisciplinar, seja para elucidar diagnósticos ou oferecer suporte emocional às famílias. Sobretudo, torna-se relevante explicitar às mesmas que a criança não deve ser reduzida ao quadro clínico que traz, tendo-se, a partir de então, um atestado de incapacidade duradoura, irreversível ou eterna. Ao contrário, deve ser exposto que se trata de um mundo de possibilidades, inclusive, sob a égide de um olhar interdisciplinar para a melhor terapia e organização de suportes possíveis.

Tem-se, então, um respaldo para a proposição de estratégias educativas no contexto familiar, haja vista a necessidade emergente da oferta de um apoio qualificado para fins de potencialização do desenvolvimento da criança/adolescente, por meio da mediação adequada da construção do conhecimento, com foco no alargamento do repertório de habilidades gerais (emocionais, intelectuais, funcionais, etc.). Portanto, não somente a criança deve ser o centro das intervenções profissionais, mas junto à família deve-se assumir um olhar zeloso, haja vista as diferentes nuances de sofrimento arraigados nesse contexto, o que pode repercutir significativamente no *status* funcional e desempenho da criança no cotidiano escolar e na comunidade.

---

mais contextualizado e atento ao aspecto social. Na assistência social esse conceito é compreendido pelo termo social, que indica a evolução do entendimento acerca das privações e desigualdades ocasionadas pela pobreza. Portanto, o ser humano vulnerável é aquele que não necessariamente sofrerá danos, mas está a eles mais suscetível diante das desvantagens para a mobilidade social e não alcança um melhor nível de qualidade de vida em sociedade por conta de sua cidadania fragilizada. Ele pode possuir ou ser apoiado para criar as capacidades necessárias para a mudança de sua condição. Entendemos que a vulnerabilidade não é somente um *status* natural que não permite contestações. Há correlação com situações e contextos individuais e coletivos (CARMO; GUIZARDI, 2018).

É importante valorizar os cuidadores principais da criança, que acabam por integrar a dinâmica familiar com papel relevante, mesmo que não haja consanguinidade envolvida. Em todas as épocas, as organizações familiares visaram à proteção da criança (BRANCO, 2010). Todavia, torna-se importante que sejam devidamente orientadas por meio de medidas educativas pertinentes, de modo que essa proteção ocorra da melhor maneira possível. Configura-se, então, o respaldo concreto para a atuação de uma equipe interdisciplinar, do modo mais precoce possível, conferindo o suporte percebido e externalizado pelas famílias cotidianamente nos serviços *articulados em rede: profissionais especializados, família e escola*. Todavia, é emergente a necessidade de planos de ação intersetoriais para a resolução adequada, a partir do engajamento entre a Saúde, Educação, Assistência Social, etc.

A Saúde Mental tem de ser abordada através de instituições educativas, desde os sindicatos às escolas e associações de pais [...] A verdadeira higiene mental diz respeito à educação e, portanto, à introdução de uma nova pedagogia, nas culturas que se dissolvem no desenvolvimento acelerado de certas áreas e países. (SANTOS, 1983).

Cada vez mais, constata-se que as demandas apresentadas pelas crianças e adolescentes com qualquer limitação ou deficiência se expressam em uma pluralidade evidente, haja vista a multidimensionalidade dos contextos. Dessa forma, a “Educação é inseparável da Saúde” (BRANCO, 2010, p. 251), havendo um entrelaçamento necessário entre esses.

A Educação, que pressupõe a Saúde Mental ao mesmo tempo em que a gera, comporta duas etapas: A familiar, que consiste em um alicerce das demais, sendo uma vertente relacional e afetiva que visa à formação e fortalecimento do eu; a escolar, centrada na pedagogia e didática das aprendizagens e na aprendizagem para inserção e colaboração na vida social (BRANCO, 2010). A Educação é uma forma de Saúde Mental, haja vista que objetiva o desenvolvimento das funções humanas superiores, ou seja, a racionalidade ou funções mentais.

Ressalta-se que as posturas de alguns docentes não podem ser justificadas (apesar de serem explicadas) por essa lacuna formativa e vivencial percebida e relatada, inclusive por eles mesmos. Esse fato revela uma necessidade emergente para fins de qualificação das práticas, de modo mais focado e pertinente ao contexto.

Apesar de apresentarmos os aspectos frágeis da prática atualmente desenvolvida nas escolas, as investigações recentes (FIGUEIREDO; LUSTOSA, 2002 *apud* CAVALCANTE; HOLANDA; QUEIROZ, 2015) trazem à baila outra importante



informação: a relação estreita estabelecida entre discursos/atitudes acolhedoras e expectativas positivas das professoras quanto à aprendizagem do aluno com deficiência. Esse fato, em particular, implica diretamente na mediação de ensino que é desenvolvido pela professora em relação à criança com deficiência, o que, por conseguinte, se manifesta no nível de aprendizagem dos alunos, quando expostos positivamente a circunstância educativa favorável (LUSTOSA, 2018, p. 247). Tais resultados acadêmicos, corroboram para a constatação de uma imprescindível (re)configuração dos paradigmas de atenção à criança e adolescente com transtornos mentais/emocionais ou deficiência, alicerçada em pressupostos e ações intersetoriais concretas e efetivamente engajadas. É evidente a constatação o caráter plural e multidimensional dos processos inclusivos, os quais implicam o engajamento interdisciplinar. Logo, o estudo em tela teve como foco a interface entre a Educação e a Saúde em uma concepção mais ampliada que emerge do contexto da educação especial na perspectiva inclusiva.

## **2.6 Diálogos sobre a perspectiva da atenção integral e sua articulação com a saúde mental e a educação inclusiva**

Não é por acaso que a necessidade de diagnosticar os alunos a partir de seus supostos desvios, ou o desejo e, muitas vezes, a ação de medicalizá-los, acompanha boa parte dos discursos educacionais e está presente nas práticas escolares atuais. Historicamente, diversos temas foram possibilitando a entrada da medicina no âmbito escolar; entre eles, pode-se citar: a higiene escolar, a sexualidade, os problemas de postura, a miopia, as atividades físicas, entre outros. Esses temas, buscando explicações e tratamento para fenômenos diversos, foram aproximando os saberes médicos no campo da educação (LOCKMANN, 2013, p. 133). Todavia, essa aproximação pela via dos sintomas acompanhou esses setores ao longo do tempo e tem alicerçado uma clara divergência entre as ações profissionais entre a Saúde e a Educação. Cada campo dotando de sistematizações peculiares, em alguma medida, corrobora com a lacuna concernente aos princípios da integralidade, tendendo a reduzir as crianças com deficiência a “um atributo indesejável”, de modo que haja uma perigosa redução da identidade social da criança por meio da evidência do estigma (TOMASINI, 1994).

Cabe a todos os profissionais envolvidos no cuidado integral de crianças e adolescentes, pertencentes aos diversos segmentos, o compartilhamento de saberes e a

corresponsabilização do cuidado sobre as problemáticas atuais que dizem respeito às dificuldades e queixas escolares (OTERO, 2016).

A escola é tida como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações promotoras e educadoras de saúde, além das preventivas de agravos e/ou adoecimentos (BRASIL, 2009). Responsável por estimular a apreensão de conhecimento e por promover a formação de opiniões de crianças e adolescentes, exercendo influência social, a fim de formar pessoas responsáveis pelos seus julgamentos e ações, sendo possível que o conhecimento ultrapasse a comunidade escolar, alcançando as famílias, para fins de colaboração na esfera da promoção da saúde na sociedade (DIAS et al., 2016).

O Brasil é um dos países em que a patologização da vida tem sido mais intensa e extensa, despontando em todas as estatísticas como um dos maiores consumidores de pretensos diagnósticos e seus supostos tratamentos. Especificamente em relação à vida de crianças e adolescentes, a medicalização da educação liga-se à invenção das doenças-do-não-aprender e das doenças-do-não-se-comportar. Os campos da saúde afirmam, há mais de um século, que os graves e crônicos problemas de escolarização e da vida em sociedade são decorrentes de doenças que eles seriam capazes de resolver. Assim, aumentam a patologização criando demanda por seus serviços. (CHACRA, 2016, p. 8).

Pelas instâncias governamentais brasileiras é recente o reconhecimento de que a saúde mental de crianças e jovens é questão de saúde pública e que deve integrar o conjunto de ações do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja responsabilidade é o desenvolvimento da política geral de saúde mental brasileira (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008, p. 391). Apenas com a universalização de uma política de saúde mental no paradigma da Reforma Psiquiátrica e a adoção pelo Brasil da Convenção dos Direitos da Criança e do Adolescente, em 1989, é que se começa entender a singularidade da infância e adolescência, e se amplia a possibilidade de atenção integral para as mesmas (VICENTIN, 2006, p. 10-11). Torna-se urgente que as ações alcancem o patamar da intersetorialidade, especialmente quando se considera o público-alvo da educação inclusiva em sua integralidade.

Há de se considerar que a medicina é uma das profissões mais antigas. Todavia, com o passar dos tempos, já não se constatava como sendo absoluta na resolutividade das problemáticas multidimensionais observadas nos contextos, haja vista que as questões (de saúde) não são disciplinares. O advento das demais profissões da saúde abriu caminhos para a atuação interdisciplinar.

O grande desafio comum da Saúde e da Educação é contribuir para a constituição dos sujeitos, garantindo integridade e integralidade do corpo e suas dimensões, como Eu psíquico, pessoa humana, cidadão político e sujeito do conhecimento. Tanto a família quanto a pré-escola e a escola necessitam apoio das ações de saúde para permitir que crianças e adolescentes possam se constituir como sujeitos

autônomos e capazes de se autodeterminarem. Da mesma forma, o setor Saúde necessita da educação familiar e escolar para atingir plenamente seus objetivos preventivos. (CHACRA, 2016, p. 8).

A escola, a família e as equipes de saúde devem estar atentas à integralidade da criança, abrangendo suas reais demandas, evidenciadas ou camufladas, de modo que haja um alinhamento com as proposições nos contextos práticos. Também, é relevante que cada esfera se posicione com a abertura e despojamentos suficientes para uma interação com foco na melhoria do *status* geral da criança. Desse modo, corrobora-se com a ideia sobre ser necessária uma articulação em redes cada vez mais urdidas, envolvendo a educação, a educação familiar ou relacional e a saúde mental (BRANCO, 2010).

Para a autora a rede de danos que trama o sofrimento da criança é ampla. Assim, nem seu sofrimento, nem o tratamento devem ser entendidos como sendo *da criança*. Ele é de todos: da criança, da família, da comunidade, dos profissionais que a atendem, da instituição de tratamento e dos processos sócio-político-institucionais de produção de subjetividade (VICENTIN, 2006, p. 14).

A família, considerada aqui para além dos laços sanguíneos e relacionada à rede de laços afetivos, configura-se como uma rede de apoio diante da experiência do desamparo social e constitui uma referência simbólica fundamental, que organiza e ordena sua percepção do mundo social, dentro e fora do mundo familiar. Assim, é de extrema importância no trabalho com famílias entender sua dimensão de rede. A vulnerabilidade de um de seus membros significa enfraquecer o grupo como um todo (SARTI, 2005). E pode ocorrer que a expressão de um sintoma na escola seja um reflexo de uma dinâmica familiar disfuncional ou conflituosa. Enquanto profissionais dedicados precisamos nos aproximar das famílias e firmar uma parceria em favor do melhor desenvolvimento da criança/adolescente.

Para Brunello (2007), as crianças que possuem algum comprometimento devido à sua deficiência ou transtorno do desenvolvimento, dependem muito da iniciativa da família para realizar atividades que possam enriquecer seu cotidiano. É sua função prover um cotidiano no qual as atividades e lugares da infância façam parte da vida da criança: ir à escola, aos parques, brincar livre e espontaneamente. Compreende-se que, muitas vezes, o grupo familiar sente dificuldades em lidar com situações muito complexas decorrentes dos problemas apresentados pelos filhos e, conseqüentemente, fecham-se em si mesmas, em atitudes de negação, de afastamento ou superproteção. Para a autora devemos partir do princípio de trabalhar junto com as famílias, numa proposta de mudança e maior conscientização do cotidiano, ressignificando o lugar do filho e seu lugar no mundo.

O trabalho em rede, segundo Vicentin (2006) pressupõe a crença de que a diversidade dos diferentes campos e saberes permite ampliar a leitura dos fenômenos e gerar novos recursos de ação. Por esses motivos, tentou-se durante o processo, buscar alguns espaços para reflexão sobre fatores individuais e coletivos que influenciaram as práticas na comunidade na qual está inserido o serviço.

Como afirma Sarti (2005), a dificuldade que o tema da família apresenta, por sua forte identificação com nossas próprias referências e pelo esforço de estranhamento que a aproximação ao outro exige, soma-se ao problema do estatuto que atribuímos ao nosso próprio discurso e, conseqüentemente, ao discurso do outro. Considerar o ponto de vista alheio envolve o confronto com nosso ponto de vista pessoal, o que significa romper com o estatuto de verdade que os profissionais, técnicos e pesquisadores tendem a atribuir a seu saber. Esse estranhamento permite relativizar seu lugar e pensá-lo como um entre outros discursos legítimos, ainda que enunciados de lugares socialmente desiguais (SARTI, 2005). E a construção desses trabalhos pressupõe que coloquemos permanentemente em questão nossos saberes, nossas práticas e instituições (KINOSHITA, 2012).

Outro ponto de discussão sobre o trabalho com famílias que Guimarães e Almeida (2003) ressaltam é que deve ser crítico e cuidadoso na elaboração de políticas e programas sociais, pois diante do fato de que se compreende que, no Brasil, é muito mais grave e aguda a vivência da pobreza e das demais formas de exclusão social. Por isso, faz-se necessário o desenvolvimento de mecanismos que considerem a real situação das famílias e que possam produzir autonomização e mudanças da realidade familiar e social.

Na contemporaneidade ainda é preciso estabelecer oposições conceituais, desmitificar ideias cristalizadas, fantasiosas e/ou a-científicas que permeiam parte dos repertórios social e educacional em relação aos sujeitos com deficiência. Concepções equivocadas que designaram (e, infelizmente, ainda designam) essas pessoas como doentes, diferentes, incapazes e/ou anormais (LUSTOSA, 2018). Tais concepções geram repercussões diretas no campo educacional e social, na medida em que se constituem como barreiras importantes a serem anuladas, ou pelo menos minimizadas, cotidianamente. Percebe-se que o sujeito não é devidamente valorizado em sua integralidade, e parece se resumir a questões orgânicas que subsidiam o enquadramento em diagnósticos meramente clínicos. A escola sempre teve dificuldade em lidar com a pluralidade e a diferença. Tenta silenciá-las e neutralizá-las. Sente-se mais confortável com a homogeneização e a padronização. No entanto, abrir espaços para a diversidade, a diferença e para o cruzamento de culturas constitui o grande desafio que está chamada a enfrentar (MOREIRA; CANDAU, 2003, p.161).

Os laudos médicos em relação à deficiência dos educandos têm sido visto por parte dos docentes como fator de empoderamento ou de auxílio pedagógico, mas que põe em questão a avaliação pedagógica e a superação ao modelo clínico na educação especial (BATISTA, 2008). O laudo médico no processo de avaliação é justificado como importante ao processo de enturmação do alunado da educação especial, porque possibilita uma intervenção mais específica. Entretanto, o laudo ao ser o norteador deixa implícita a manutenção da visão clínico-terapêutica, definida por Skliar (1997, p. 11) como “toda opinião e toda prática que anteponha valores e determinações acerca do tipo e nível da deficiência acima da construção do sujeito como pessoa integral, com sua deficiência específica”. Neste sentido, o olhar da avaliação continua sendo para a condição da deficiência do aluno da educação especial, não sendo considerado na sua integralidade, ou seja, os aspectos psicossociais e culturais que fazem parte da sua constituição como pessoa humana.

Destaca-se que no modelo social, diferentemente do clínico-terapêutico, “pretende-se resgatar a integralidade da pessoa e inscrevê-la num determinado contexto socioeconômico, político e cultural” (CARVALHO, 2008, p. 35). Cabe perceber e compreender a criança para além de um comportamento dissonante ou qualquer evidência de expressão orgânica (sintomática), considerando-se os seus contextos de vida.

Pensar o lugar do corpo na educação em geral e na escola em particular é inicialmente compreender que o corpo não é um instrumento das práticas educativas, portanto as produções humanas são possíveis pelo fato de sermos corpo. Ler, escrever, contar, narrar, dançar, jogar são produções do sujeito humano que é corpo. Desse modo, precisamos avançar para além do aspecto da instrumentalidade (NÓBREGA, 2005, p. 610).

Não é somente a mente que precisa ser educada. Andrade (2003, p. 108) reitera que, “[...] não apenas a mente do/a educando/a toma conhecimento dos fatos que os/as circundam, mas também os seus corpos, o corpo é aprendiz, ele está constantemente aprendendo na interação com os outros”. Assim, há aprendizado com outro. Todo educador deve estar atento para a responsabilidade e a ciência das marcas e da repercussão da educação no corpo do outro (DOWBOR, 2008), de modo que a sua práxis afeta diretamente o outro.

É necessário analisar a situação desde suas raízes históricas e culturais, humanas e tecnológicas. É necessário fazer participar os pais e os técnicos, a família e as comunidades na organização e suporte das instituições (BRANCO, 2010, p. 48). Nesse ínterim, a colaboração interprofissional parece ser uma potente estratégia o processo pelo qual os profissionais podem refletir e desenvolver formas de práticas que forneçam uma resposta integrada e coerente com as necessidades do usuário, sua família e comunidade, envolvendo uma

interação longitudinal e a partilha de conhecimentos entre os profissionais, organizados para resolver ou explorar uma variedade de questões de educação e de cuidados continuamente, buscando estimular a participação da criança e de sua família.

Os profissionais da equipe atuarão como mediadores da construção de relações, do conhecimento, enfim, da criança em sua totalidade e singularidade. Porém, o desafio reside na proposição de estratégias educativas como base de “objetivos concretos, palpáveis e sólidos” (BRANCO, 2010, p. 248), auxiliando as famílias na elaboração de planos consistentes e eficazes, alicerçando-se no conceito de saúde como a integração e a participação na sociedade (BRANCO, 2010, p. 251).

Entretanto, a atuação em equipe pressupõe rigorosos conhecimentos científicos e qualidades humanas especiais, por meio da “humildade para com todos para se aprender o que se desconhece e disponibilidade para a todos ensinar o que se sabe” (SANTOS, 1983, p. 348). Acrescenta que só as qualidades humanas tornam técnicos capazes de criar a atmosfera afetuosa indispensável para ajudarem a superar as perturbações ou deficiências. Há, portanto, uma exigência implícita e intrínseca desse contexto relacionada a uma permanente formação dos técnicos, acompanhada de qualidades humana e espírito de equipe, primando-se pela manutenção de relações horizontalizadas. Urge, portanto, a necessidade do planejamento de ações conjuntas, com um alinhamento e um compartilhamento mínimo acerca do projeto terapêutico singular junto à criança/adolescente. Torna-se essencial que os educadores se empoderem como parte integrante e essencial de uma equipe de trabalho, contando com uma infraestrutura de apoio que lhe possibilite o processo de “formação na ação” (CAVALCANTE; HOLANDA; QUEIROZ, 2015).

Efetivamente a inclusão escolar no Brasil tem sido idealizada como um imperativo, o qual obedeceria a um pragmatismo técnico que exacerba uma obsessão pelo outro. A atenção ao desvio, àquilo que é considerado patológico, mal esconde uma das facetas do avesso da inclusão escolar seja justamente o excesso de conhecimento. Incluir, nessa perspectiva, significaria apreender o outro, gerir suas ações definir seu espaço e dar-lhe um nome. Ações de aproximação e conhecimento do diferente, as quais implicam uma classificação minuciosa e detalhada. De acordo com Lockmann (2013, p. 130),

A inclusão é o processo que irá possibilitar a aproximação desses sujeitos – anormais – na sociedade. Somente mediante essa aproximação – inclusão – é que se torna possível produzir saberes sobre eles e, em consequência, desenvolver estratégias que controlem e regulem suas formas de ser, enfim, que orientem suas condutas.

Os setores saúde e educação, historicamente, apresentam certo distanciamento em suas práticas, motivo pelo qual foram pensadas políticas que unissem os dois setores (BRASIL, 2007). Todavia, ainda não se trata de uma união consolidada a partir das reais demandas de ambos os contextos. Para além de uma inovação, parece que ainda não há uma mínima clareza no que tange às possíveis contribuições de um campo para o outro.

Educadores, família e equipes de saúde devem estar atentos à integralidade da criança, abrangendo suas reais demandas, evidenciadas ou camufladas, de modo convirjam com as proposições nos contextos práticos. Também, é relevante que cada esfera se posicione com a abertura e despojamentos suficientes para uma interação com foco na melhoria do *status* geral da criança. Desse modo, corrobora-se com a ideia sobre ser necessária uma articulação em redes cada vez mais urdidadas, envolvendo a educação, a educação familiar ou relacional e a saúde mental (BRANCO, 2010).

A perspectiva comparada perpassará todo o estudo, sendo relevante para o levantamento de indicadores de outros países, para um mapeamento internacional, que subsidiarão as discussões teóricas, a partir da circulação de ideias centrais, sendo passível de revelar, com mais fidedignidade, um panorama atual acerca da interface entre a escola, a família e equipes terapêuticas especializadas, sendo este o foco principal deste estudo. Tem-se, portanto, a possibilidade de análise comparativa entre o aparato atual e o potencial, que poderá ser generalizada para grupos mais expressivos e, quiçá, para outros contextos de natureza e intenção interdisciplinar.

Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios (BRASIL, 2005). Prima-se pela construção de parcerias entre as famílias, os usuários, a comunidade e os profissionais, numa perspectiva horizontalizada em detrimento de hierarquias tão intensamente consolidadas até então. Contudo, não cabe mais se enfatizar “assistência”, mas sim, assumirmos o termo “atenção” psicossocial, haja vista que este amplia as possibilidades junto a essas pessoas para além do contexto meramente clínico. E nesse ínterim, o conceito de integralidade passa ser muito caro para todo esse processo.

Concepções contemporâneas da área da saúde trazem à baila o conceito de Clínica Ampliada, que diz respeito a um paradigma que envolve o cuidado e a atenção às pessoas.

A clínica ampliada exige, portanto, dos profissionais de saúde um exame permanente dos próprios valores e dos valores em jogo na sociedade [...] Outro aspecto fundamental da clínica ampliada, além da busca de autonomia para os

usuários, é a capacidade de equilibrar o combate à doença com a produção de vida [...] Propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas, não só a combater as doenças, mas a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida. (BRASIL, 2008, p. 14).

Trata-se de um novo olhar para as pessoas na medida em que favorece a análise alargada das pessoas em seus contextos de vida. Supera a formação reducionista e cartesiana que, em geral, os profissionais de saúde tinham no passado e reforça princípios basilares da política de humanização. Nessa perspectiva, prioriza-se:

Assumir um compromisso radical com o sujeito visto de modo singular e responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores (intersectorialidade); reconhecer os limites dos conhecimentos profissionais na saúde e das tecnologias empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir um compromisso ético profundo. Torna-se necessário saber, além do que o sujeito apresenta de igual, o que ele apresenta de diferente, de singular, inclusive, um conjunto de sinais e sintomas que somente nele se expressam de determinado modo. Com isso, abrem-se inúmeras possibilidades de intervenção, e é possível propor tratamentos muito melhores com a participação das pessoas envolvidas. (BRASIL, 2008).

Tem-se aqui um paradigma com alinhamento evidente às premissas centrais da Educação Inclusiva, alicerçado na integralidade do sujeito.

Estudos sobre a inclusão educacional destas crianças e adolescentes revelam dificuldades existente sem lidar pedagogicamente com as diferenças no contexto da escola e da sala de aula, o que incita a reflexão quanto aos conhecimentos e práticas requeridas para fins de organização do trabalho pedagógico e da gestão da sala de aula (LUSTOSA, 2009, p. 17). Do mesmo modo, acrescentamos: a relevância de uma reflexão sobre as articulações interprofissionais necessárias ao olhar ampliado sobre a criança e adolescente, além das proposições práticas, de fato, convergentes à atenção integral a estes sujeitos.



### 3 PERCURSOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 Caracterização do estudo

A abordagem adotada por esse estudo se alinha ao que a literatura na área da metodologia científica classifica como estudo de natureza qualitativa, no sentido em que Chizzotti (2010) anuncia:

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é a parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que os sujeitos concretos criam em suas ações. (CHIZZOTTI, 2010, p.79).

A abordagem qualitativa prima-se por um olhar de zelo e respeito sobre o universo de representações dos sujeitos da pesquisa, considerando-se os modos singulares de ser, entrelaçados com experiências particulares. Buscamos viabilizar o conhecimento mais aprofundado de processos sociais tangentes a certos grupos, propicia à criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2007).

Assim, ao observar, registram-se e analisam-se os fenômenos ou sistemas técnicos sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos, considerando a identidade construída entre o objeto de estudo e o pesquisador (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2013), em função de compreender melhor como o fenômeno acontece ou como se estrutura e funciona um sistema, método, processo ou realidade operacional. Deste modo, a pesquisa qualitativa proporciona um modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, direcionado à compreensão da manifestação do objeto de estudo.

Nesse sentido, e em consonância com os princípios da abordagem da pesquisa qualitativa, com seus instrumentos e métodos, agregamos, em termos de ampliação e atendimento aos nossos referenciais, as premissas da Educação Comparada, campo em expansão no tocante aos estudos dos fenômenos educacionais, que incorporam discussões e conhecimentos mais amplos à circulação das ideias e conceitos em escala mundial/internacional e nacional/local.

Quanto ao viés adotado pela Educação Comparada, importa-nos e se faz importante pela possibilidade peculiar de agregar a análise dos conhecimentos provenientes

de outras áreas científicas, para além das especialidades das Ciências da Educação (incorporam-se perspectivas da História, Sociologia, Antropologia, medicina, dentre outras abordagens de saberes).

Aliás, os comparatistas em educação não parecem ter ou ambicionar o monopólio desta comparação, sendo esta utilizada por especialistas de outras disciplinas que adoptaram o estudo da educação (HALLS, 1990 *apud* FERREIRA, 2008). Sua importância é apontada por pesquisadores do campo da História da Educação:

Comparar é um recurso fundamental nas atividades de conhecer. Por isso mesmo, os educadores o empregam sempre que desejem esclarecer questões teóricas e práticas relativas do seu *mister*. O nome *Educação Comparada* reserva-se, no entanto, a designar certo ramo de estudos que primeiramente se caracterizam pela vasta escala de observação de que se utilizam, por força de seu objeto. (LOURENÇO FILHO, 2004, p. 17).

A Educação Comparada é uma área do conhecimento no estudo educacional em que é imprescindível a presença da interdisciplinaridade (BONITATIBUS, 1989). Nesse sentido, a interdisciplinaridade está também intimamente presente no âmbito de uma análise comparada.

### 3.2 Sujeitos envolvidos

Fizemos opção pela amostragem intencional como técnica de seleção dos sujeitos participantes deste estudo. Por meio desta as amostras enquadram-se os diversos casos em que o pesquisador deliberadamente escolhe certos elementos para organizar o grupo de participantes, por julgar tais elementos bem representativos da população (OLIVEIRA; ALMEIDA; BARBOSA, 2012). Logo, a intencionalidade torna uma pesquisa mais rica em termos qualitativos. Esta identificação requer conhecimento da população e dos elementos selecionados (MASSUKADO-NAKATANI, 2009). O critério de representatividade dos grupos investigados é mais qualitativo que quantitativo, sendo assim é recomendável à utilização de sujeitos selecionados pelo critério de intencionalidade (GIL, 2010).

Os grupos amostrais foram compostos a partir do critério de intencionalidade. Segundo Gil (2010), os integrantes dotaram de certas características tidas como relevantes para a pesquisadora, tornando-se mais adequada para a pesquisa. Enfatiza-se que no estudo em tela não aconteceu contato direto das crianças/adolescentes atendidos no AMPIA (HUWC/UFC), de modo que se propôs a lidar com os dados obtidos pela análise de prontuários. Assim, selecionamos os prontuários dos sujeitos (crianças e adolescentes) com,

no mínimo, dois meses<sup>8</sup> de admissão/atendimento no AMPIA (única exigência que regulava a amostra era o tempo de admissão/atendimento, necessário a procedimentos internos e avaliações diagnósticas iniciais), de ambos os gêneros e sexos, independente de faixa etária ou diagnóstico médico.

Sobre o perfil dos participantes da pesquisa (AMPIA), temos como municípios de origem ou procedência: Fortaleza (15); Banabuiú (1); Granja (01); Limoeiro do Norte (01); Morada Nova (01); São Luis do Curu (01). A título de ilustração, segue tabela que relaciona a idade de cada criança com os diagnósticos médicos que respaldaram a admissão no citado ambulatório, os quais envolvem o transtorno do espectro do autismo (TEA), transtorno por déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno opositor desafiador (TOD) e déficit intelectual.

Tabela 1 – Relação de faixa etária e diagnósticos médicos das crianças participantes do estudo

<b>Idade</b>	<b>TEA</b>	<b>TDAH</b>	<b>TDAH e TOD</b>	<b>Déficit intelectual</b>	<b>Total de crianças/idade</b>
5 anos	-	01	01	01 (moderado)	03
6 anos	02	01	01	-	04
7 anos	-	01	-	-	01
8 anos	-	03	01	01 (leve)	05
9 anos	02	01	01	-	04
10 anos	01	01	-	-	02
11 anos	01	-	-	-	01
<b>Total</b>	<b>06</b>	<b>08</b>	<b>04</b>	<b>02</b>	<b>20</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

A faixa etária dos 20 (vinte) participantes variou entre 05 (cinco) e 11 (onze) anos. Foram incluídas 02 (duas) crianças do sexo feminino e 18 (dezoito) do sexo masculino. Todos os encaminhamentos ao AMPIA foram originados do ambulatório de Neuropediatria (HUWC/UFC).

### 3.3 Caracterização do AMPIA: equipe clínico-especializada, fluxos e procedimentos

Os princípios norteadores da atuação profissional no ambulatório encontram-se alicerçadas e fundamentadas no movimento da Reforma Psiquiátrica, a qual pressupõe uma necessária reconfiguração de paradigmas vigentes e marcantes. No tocante à Saúde Mental Infantil, primar por um olhar ampliado e qualificado sobre as realidades constitui-se como

<sup>8</sup> Trata-se de um tempo mínimo para realização de avaliações iniciais e elaboração dos relatórios solicitados à escola. Excetuando esse critério, todos os sujeitos, documentos/fichas/prontuários foram selecionados para esse estudo. Na análise foi realizado um recorte mais específico.

uma premissa essencial haja vista urgência do foco na atenção integral da criança, do adolescente e de suas famílias.

Inaugurado em 2013, o Ambulatório de Psiquiatria da Infância e Adolescência (AMPIA) conta com a atuação de uma equipe interdisciplinar, envolvendo profissionais de Enfermagem, Psiquiatria, Psicologia, Psicopedagogia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Além disso, é campo de vivências práticas para acadêmicos da área da Saúde e para profissionais do Programa de Residência Médica em Psiquiatria e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, ambos vinculados ao HUWC/UFC e se configura como relevante cenário de pesquisas em nível de pós-graduação.

O objetivo central é oferecer uma atenção especializada e integral junto a crianças e adolescentes por meio da perspectiva interdisciplinar. Prima-se pela parceria com as famílias para fins de melhor seguimento das propostas terapêuticas. Temos como foco o tratamento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e disfunções emocionais graves, com demandas psicofarmacológicas específicas. Os sujeitos também são tratados no contexto relacional. Ademais, são propostos espaços de escuta e cuidado para a família, no seu sentido mais ampliado. Esta é valorizada diante da relevância como uma parceira constante.

As intervenções são operacionalizadas numa frequência semanal, sempre às quintas-feiras no turno da manhã, no âmbito do serviço de Saúde Mental do Hospital Universitário Walter Cantídio – HUWC/UFC.

### ***3.3.1 Perfil dos sujeitos atendidos***

Crianças e adolescentes com transtornos emocionais e de aprendizagem, como quadros ansiosos ou depressivos, transtorno por déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), déficit intelectual e transtornos do espectro do autismo (TEA). Há casos de Transtorno Opositor Desafiador (TOD) especialmente associados ao TDAH em consonância com a literatura vigente. As crianças e adolescentes atendidos pelo ambulatório dotam de demanda evidente por intervenções psicofarmacológicas especializadas.

Em casos de transtorno de conduta e uso de substâncias realizamos o devido acolhimento, porém, em face à demandas terapêuticas específicas (intervenções familiares, supervisão direta no ambiente, ligações com os sistemas de proteção à criança, por exemplo) prima-se pela parceira direta do Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i) do território de origem da criança.

Ressalta-se que a vinculação com a escola consiste em uma condição essencial para a admissão no AMPIA. Todavia, em face de sintomas intensos de agressividade ou agitação, por exemplo, e torna-se relevante que a criança/adolescente se afaste temporariamente do cotidiano escolar para fins de estabilização clínica (controle dos comportamentos disfuncionais). Até o presente, afirmamos que nunca houve necessidade de se acionar o Conselho Tutelar por ter uma criança fora da escola. Tão logo seja constatada a melhora clínica, o retorno da criança ao cotidiano escolar é veementemente estimulado.

### ***3.3.2 Fluxos de atendimento***

A primeira consulta acontece somente com os cuidadores principais e/ou responsáveis pela criança/adolescente e é realizada por um (a) médico (a), para fins de avaliação do sujeito pela ótica da família. Inicialmente, junto aos pais da criança é realizada uma entrevista (ANEXO B). Na segunda consulta, a criança comparece e é avaliada em diferentes contextos, que serão detalhados adiante. Em caso de um adolescente, este momento é realizado em foro individual com o profissional para que se garanta o sigilo e a ética, o que pode viabilizar uma melhor vinculação e aliança terapêutica. Também é realizada uma entrevista (ANEXO C). A partir de então, a criança/adolescente segue um fluxo de atendimento, que envolve diversas modalidades de intervenção profissional, que serão expressas a seguir. Os grupos são sempre mediados por profissionais de diferentes categorias sob uma perspectiva interdisciplinar.

1. Grupo de crianças/adolescentes: Avaliação no contexto grupal observacional por meio do lúdico.
2. Grupo de famílias e cuidadores: Atenção às famílias (situações de ruptura de vínculos, adoecimento, familiares em situação prisional, etc.).
3. Grupo de famílias<sup>9</sup> e crianças/adolescentes: Intenciona-se possibilitar a interação entre pais, cuidadores e crianças, por meio da realização de jogos,

---

<sup>9</sup> Em uma perspectiva ampliada do conceito, a família também é convidada a expressar suas concepções ou pontos de vista acerca da criança/adolescente atendido no AMPIA, assim como a se engajar nas propostas terapêuticas, esteja o foco na criança/adolescente ou na própria família. Em momentos iniciais e ao longo do processo terapêutico os familiares são envolvidos nas intervenções. Em diversos momentos fica evidente que também a família requer cuidados da equipe multiprofissional. Nos grupos de trabalho com família constata-se que as demandas são diversas e vão desde situações de violência doméstica, identificadas ou relatadas no caso de relações parentais conflituosas, ou sofrimento psíquico em face ao contexto dos próprios filhos. O grupo do AMPIA voltado para as famílias se configura como um espaço potente, dotado de uma escuta qualificada, além do olhar atento e acolhedor dos profissionais. Em muitas situações os participantes se apoiam durante os relatos compartilhados. É um momento para diálogos psicoeducativos convergentes com as demandas das famílias sobre as questões clínicas ou gerais da criança/adolescente. Sendo necessário, são realizados

sob a mediação profissional, para que sejam observados componentes dessa relação.

4. Consultas médicas – atendimentos de Psicopedagogia – Avaliações neuropsicológica (a partir de demandas específicas).
5. Reunião de equipe (discussão de casos, planejamentos, etc.).

Todavia, nas abordagens grupais a equipe profissional utiliza uma diversificação de recursos e valoriza o olhar qualitativo sobre a criança/adolescente em diferentes contextos e situações, incluindo situações pedagógicas, lúdicas e de caráter artístico socializantes.

### **3.3.3 Protocolos de avaliação**

Prima-se pelo olhar quantitativo e qualitativo de modo indissociável. Na ocasião da admissão solicita-se à escola um relatório da criança ou adolescente, além do preenchimento de um formulário de solicitação de relatório escolar (ANEXO D) para fins de conhecimento de aspectos relevantes sobre seu desempenho escolar. Esta última envolve perguntas da equipe clínico-especializada no que tange a aspectos escolares mais específicos (caracterização da leitura, aprendizagem, envolvimento da família na escola, comportamento da criança, etc.).

Em face de alterações de comportamento (agitação, agressividade ou hiperatividade), propõe-se à escola e à família o preenchimento do instrumento SNAP-IV (ANEXO E), para fins de facilitação do planejamento terapêutico inicial. É perceptível a contradição entre o preenchimento do formulário e do SNAP-IV, o que põe em xeque o zelo pelo diálogo intersetorial. Sob análise dos prontuários nesse estudo, percebemos grande maioria das escolas não envia os relatórios. Quando o fazem, é de modo muito superficial e parecem não aproveitar esses momentos para compartilhamento de saberes sobre a criança.

Segue-se com o preenchimento do formulário de *Primeira consulta da criança ou do adolescente* (ANEXO B e C, respectivamente). Abrange aspectos sobre o cuidador

---

encaminhamentos para serviços no próprio setor de saúde mental, como atendimentos individuais por categorias específicas ou grupo de terapia comunitária, por exemplo. Também podem ser realizadas ações intersetoriais, como articulação com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por meio da parceria com os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializada em Assistência Social CREAS ou com outro equipamento pertinente. As propostas terapêuticas surgem das demandas dos próprios familiares. Via de regra, o grupo de família intenciona discussões coletivas sobre a corresponsabilidade nas terapêuticas, assim como o compartilhamento de experiências entre os participantes, mas há um zelo relevante ara a proposição de estratégias de cuidado a esses cuidadores principais. Quando necessário, são realizadas visitas domiciliares às famílias, mesmo que esta ação não esteja prevista formalmente nos fluxogramas da unidade hospitalar. Porém, esta viabiliza o transporte dos profissionais.

principal, questões sociais, desenvolvimento (condições de gestação, uso de medicamentos, uso de drogas lícitas e ilícitas, parto), desenvolvimento neuropsicomotor, escolaridade, intervenções profissionais, características da doença, histórico de uso de medicamentos, história familiar de doenças psiquiátricas, doenças clínicas, etc.

As avaliações formais por meio de instrumentos validados ocorrem em consonância com os contextos dos sujeitos. Exemplificando, em casos de ansiedade propõe-se o SCARED (ANEXO F) para quadros depressivos, o Questionário de Depressão Infantil (ANEXO G). Em casos de dificuldades escolares (transtornos de aprendizagem, TDAH, dislexias, déficit intelectual) é realizada a avaliação neuropsicológica e psicopedagógica, que posteriormente será socializada com a escola e com a família, para fins de ampliação do conhecimento sobre a criança/adolescente. Acrescentamos que há uma grande diversidade de avaliações e testes padronizados que são utilizados em consonância com os contextos específicos das crianças e adolescentes.

A avaliação neuropsicológica é realizada por profissional competente junto às crianças que a equipe discernir que seja necessário.

### ***3.3.4 Aspectos sociais***

Tem-se um olhar especial para as questões sociais relacionadas ao contexto de vida das crianças/adolescentes e suas famílias, o que ocorre desde o momento admissional e se estende ao longo do processo terapêutico. Em termos de núcleo profissional, o assistente social detém os saberes específicos, contudo, toda a equipe está apta e sensível a identificar possíveis situações de violação de direitos, nos diferentes cenários de intervenção do AMPIA, por exemplo.

Há demandas previdenciárias inegáveis e os sujeitos com déficit intelectual (nível moderado a severo) e o autismo infantil têm sido os principais beneficiados, com base em legislação vigente.

Observamos uma intensa demanda por laudos médicos sob solicitação escolar e para fins previdenciários. Na elaboração dos laudos, focamos na descrição das potencialidades, dificuldades e necessidades da criança que precisa de atenção no ambiente escolar, de modo que sejam subsidiadas estratégias mediadas pela escola.

Os documentos são elaborados não somente com fins de formalização de diagnósticos, mas que a descrição das capacidades, necessidades e dificuldades da criança subsidie a atuação profissional no ambiente escolar.

### **3.4 Procedimentos para coleta dos dados**

#### ***3.4.1 Questões éticas***

A realização desta pesquisa foi convergente com a Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013), que versa sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Primou-se pelo respeito aos princípios éticos e científicos fundamentais, garantiu-se a confidencialidade e privacidade, a proteção da imagem, respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos sem riscos ou danos associados ou decorrentes desta, a relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa, sem ônus aos mesmos. Foi submetida ao PROPESQ, que se refere ao comitê de ética da Universidade Federal do Ceará (UFC) sob Parecer n. 2.704.818, sendo esta a instituição proponente, e ao comitê de ética do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), sob Parecer n. 2.781.214.

Primordialmente, foi solicitada a anuência da instituição (Hospital Universitário Walter Cantídio-UFC), seguida da ciência por parte do ambulatório e de seus profissionais. A pesquisadora se comprometeu em garantir e preservar as informações dos prontuários, com a garantia da confidencialidade dos participantes, a partir da elaboração de um termo de compromisso para utilização de dados de prontuários.

Ademais, resguardou-se a integridade física dessas fontes de pesquisa na medida em que se prezou pelo máximo zelo. Desse modo, foi solicitada a dispensa do termo de consentimento livre esclarecido haja vista que a pesquisa se configurou como documental, a qual não implicou contato direto com os sujeitos atendidos no ambulatório do hospital universitário.

Por questões éticas e de compreensão sobre o retorno social das pesquisas acadêmicas, cumpre registrar que este estudo se comprometeu a compartilhar seus “achados” e suas considerações com as equipes profissionais dos atendimentos clínico-especializados do AMPIA e do Ministério Público do Estado do Ceará, além da socialização de seus resultados em artigos e trabalhos científicos e da própria defesa da dissertação. Os citados cenários se configuraram como centrais e fontes de informações sobre os campos da Saúde e da Educação. Junto ao ambulatório pretendemos a investigação dos sujeitos, protocolos e experiências específicas de acompanhamentos e atendimentos interdisciplinares por meio da análise dos prontuários das crianças e adolescentes atendidos. Em ambos houve a preocupação de analisar a interface estabelecida entre a Saúde e a Educação em uma via de reciprocidade.



### 3.4.2 Instrumentos e materiais

A análise documental dos prontuários dos sujeitos atendidos no AMPIA foi viabilizada por meio de um roteiro para levantamento dos dados em todos os prontuários que compuseram o estudo (APÊNDICE A), o qual destacou achados relevantes e específicos para o estudo.

Tratamos de escritos relacionados a condutas profissionais, percepções do cotidiano escolar sob a ótica dos professores traduzidas em relatórios e solicitações, dentre outros pontos que mereceram a atenção nesse estudo. Aliamos a franca intenção de conhecer potencialidades e possíveis demandas percebidas junto às crianças/adolescentes que viriam do cotidiano escolar, além de práticas pedagógicas, possíveis lacunas formativas ao manejo das questões evidenciadas pela criança/adolescente em foco. Em acréscimo, objetivamos conhecer demandas trazidas para o serviço, além da possibilidade de alinhamento na multiplicidade de olhares sobre essa criança/adolescente.

Sobre a parte da pesquisa que realizamos junto às 30 (trinta) escolas, utilizamos um universo de perguntas em um formulário de maior abrangência, com questões-itens do formulário mais geral aplicado nas escolas pelo Grupo do Ministério Público<sup>10</sup>. Para nossa análise utilizamos apenas as respostas dadas às questões que se relacionavam a área da saúde, (APÊNDICE B), as quais convergiam com os principais centros de interesse da pesquisa.

---

<sup>10</sup> A pesquisa empírica no contexto de um estudo ampliado junto a escolas da rede municipal de Fortaleza, sob responsabilidade do Grupo de Trabalho em Educação Inclusiva (GTEI), do qual a pesquisadora e a orientadora fazem parte. Membros do Ministério Público do Estado do Ceará (MPCE), da Defensoria Pública (DPECE) e da Universidade Federal do Ceará (UFC) compõem este grupo. A citada pesquisa ocorreu no período de 01° de fevereiro a 28 de junho de 2017, com foco no conhecimento de possíveis indicativos acerca da implementação do Plano Municipal de Educação de Fortaleza (PME 2015-2025) em convergência com a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CIDPCD). Com base na divisão administrativa do sistema de educação municipal de Fortaleza, foram eleitas cinco escolas de cada um dos seis distritos educacionais. Desse modo, a pesquisa de campo envolveu as escolas com maior quantidade de alunos com deficiência matriculados, a partir do Relatório dos Estudantes com Deficiência por Unidades Escolares, elaborado e fornecido pela Secretaria Municipal de Educação do citado município (SME). Participaram profissionais da diretoria, coordenação e professores lotados em salas de recursos multifuncionais (SRM) da mesma escola. Foram organizadas visitas de caráter exploratório nas escolas elencadas coordenadas pelo Projeto Árvore-ser/UFC. Realizadas no período compreendido entre 01° de fevereiro a 28 de junho de 2017, o foco residiu na observação direta da efetivação do direito à educação inclusiva, com base no Plano Municipal de Educação (PME) do decênio 2015-2025. Houve a aplicação de um formulário (ANEXO I). Paralelamente, o “Projeto Acessibilidade em Escolas” analisou a situação estrutural das mesmas escolas em consonância com as exigências sobre acessibilidade arquitetônica, o qual também está contemplado no citado PME. Ressaltamos que para a pesquisa em tela foi emitido um termo de anuência (ANEXO ) pelo citado Grupo de Trabalho do Núcleo de Defesa da Educação (16ª Promotoria de Justiça Cível), vinculada ao Ministério Público. As análises foram construídas com base na adaptação do formulário aplicado nas escolas (APÊNDICE B), a partir do qual foram realizados recortes concernentes ao objeto da presente pesquisa.

### 3.5 Etapas do estudo

O ponto de partida da pesquisa, portanto, foi o AMPIA, cuja especialidade é a atenção a crianças/adolescentes com deficiência (intelectual), transtornos do espectro do autismo, transtornos mentais e emocionais, dentre outras especificidades. O ponto de encontro: os cruzamentos e interfaces se referem a estes profissionais e suas informações e demanda sobre os sujeitos atendidos, público-alvo da Educação Especial.

O que informam os protocolos/relatórios das equipes de atendimento do ambulatório? O que informam os professores? Quais as convergências e/ou o que distavam e tencionavam ou complementavam-se as informações presentes nesses protocolos? O que informavam e/ou solicitavam estes profissionais da equipe dos atendimentos clínico-especializados no tocante à mesma criança?

O que revelam à análise: os professores (da Rede Municipal de Ensino de Fortaleza, sejam da sala de aula comum ou do Atendimento Educacional Especializado- AEE) e os profissionais da equipe clínico-especializada do referido ambulatório – Em que seus saberes e práticas se complementam, o que importa aos dois campos de atuação? Estariam em favor do desenvolvimento desse sujeito e de seus processos inclusivos como meta-comum, convencionalizada, inclusive, em legislações de garantia desses atendimentos?

No campo da Saúde, foi realizada uma pesquisa documental junto aos prontuários de 20 (vinte) sujeitos – procedemos à sistematização de todas as informações “extraídas” dos documentos com “preciosismo” para apreensão de informações e peculiaridades sobre os mesmos, sobre os atendimentos, as manifestações dos sujeitos acompanhados, além da análise dos relatórios dos professores sobre a criança (requeridos pela equipe de atendimento), constantes nos protocolos. Nessa coleta reunimos dados sobre equipe-especializada, relatório dos professores e informações sobre as crianças/jovens público-alvo atendidos.

No campo da Educação, foi realizada uma pesquisa documental que permitiu o acesso a informações das trinta escolas por meio de dados do Grupo de Trabalho em Educação Inclusiva do Ministério Público do Ceará, do qual fazem parte a orientadora e a pesquisadora deste estudo. A análise desse levantamento ocorreu por meio de utilização de instrumento formal de investigação.

Cumpre-nos destacar que não se trata de um cruzamento de informações e duas áreas acerca dos mesmos sujeitos. Intencionamos, sim, conhecer informações e demandas recíprocas de dois campos (Educação e Saúde) complementares na essência dos processos inclusivos.

### 3.6 Método de análise

Foi realizada a análise temática de conteúdo, referindo-se a um processo metodológico que possibilita o acesso a diversos conteúdos explícitos ou implícitos no texto (OLIVEIRA, 2008) e que compreende três fases (CAMPOS, 2004): exploração, seleção de unidades de análise e categorização.

Produzir inferência, em análise de conteúdo significa, não somente produzir suposições subliminares acerca de determinada mensagem, mas em embasá-las com pressupostos teóricos de diversas concepções de mundo e com as situações concretas de seus produtores ou receptores. (CAMPOS, 2004, p.613).

Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014, p. 14) explicam que:

A análise de conteúdo compreende técnicas de pesquisa que permitem, de forma sistemática, a descrição das mensagens e das atitudes atreladas ao contexto da enunciação, bem como as inferências sobre os dados coletados. A escolha deste método de análise pode ser explicada pela necessidade de ultrapassar as incertezas consequentes das hipóteses e pressupostos, pela necessidade de enriquecimento da leitura por meio da compreensão das significações e pela necessidade de desvelar as relações que se estabelecem além das falas propriamente ditas.

Em seguida, foi aplicada a técnica de análise temática, a partir da construção de categorias descritivas, para fins de análise mais aprofundada das informações coletadas e as representações para os atores envolvidos no presente estudo. A categorização consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas (MINAYO, 2007), a partir dos pressupostos norteadores da pesquisa.

A análise temática tradicional trabalha inicialmente esta fase, recortando o texto em unidades de registro que podem constituir palavras, frases, temas, personagens e acontecimentos, indicados como relevantes para pré-análise (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014). Posteriormente, o pesquisador escolhe as regras de contagem por meio de codificações e índices quantitativos, embasando-se no delineamento estruturante do estudo. Finalmente, o pesquisador realiza a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação do tema (BARDIN, 1977). A partir de então, o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugerida pela leitura do material (MINAYO, 2007).

A fase de exploração envolveu a realização de leituras flutuantes para conhecimento inicial dos documentos a serem analisado e para fluir impressões e orientações,

havendo interações significativas do pesquisador com o material de análise. Segue-se com a fase de seleção de unidades de análise, com o intuito de se extrair recortes dos textos por meio de um processo dinâmico e indutivo de atenção concreta da mensagem explícita ou dos significados nas entrelinhas. A eleição de unidades temáticas específicas advém da correlação direta com os objetivos inicialmente delineados no estudo, permeados pelas teorias de base e personalidade do pesquisador. A fase de categorização concluiu o método, de modo que houve grandes enunciados que envolviam o maior número de temas, alinhados por proximidade e que possam expressar significados relevantes que atendam aos objetivos do estudo. Por fim, intencionou-se um construto diferenciado sobre os temas ordenados e analisados (CAMPOS, 2004).

De tal forma sucedido, seguem, portanto, construtos descritivos e reflexivos oriundos dos distintos momentos de aproximação empírica, além dos contextos específicos de coleta, seus cenários e protagonistas com seus saberes e práticas situadas.

### **3.7 Primeiras aproximações e análises iniciais**

Rememoramos que as ideias propulsoras do estudo em tela surgiram durante o processo formativo da graduação em Terapia Ocupacional no contexto educacional aliado à experiência e atuação profissional que trouxeram à baila inquietações acerca do hiato percebido entre os campos da Saúde e da Educação.

As condutas profissionais observadas na dificuldade de integração das redes de serviços divergiam dos pressupostos de base do Sistema Único de Saúde, por exemplo, contexto no qual (e para o qual) fomos formados. Mais tarde, no cotidiano do exercício profissional foi paulatina a percepção de que Educação e Saúde se configuram com uma pluralidade peculiar a ser considerada, especialmente ao se tratar de um processo cuja meta maior é a inclusão de pessoas. Havia nesse contexto muitos aspectos imprecisos que mereciam nossa atenção e estudos mais aprofundados para fins de elucidação e fortalecimento de saberes e práticas.

Nesta seção, portanto, intenciona-se construir reflexões a partir de estudos exploratórios iniciais e de observação pertinentes, que muito alicerçaram o estudo. Seguem listados os contextos vivenciados.

- Levantamento em escolas da rede municipal de Fortaleza (GTEI-MP/CE, ao longo do ano de 2017);
- Análise documental (AMPIA, segundo semestre de 2017).

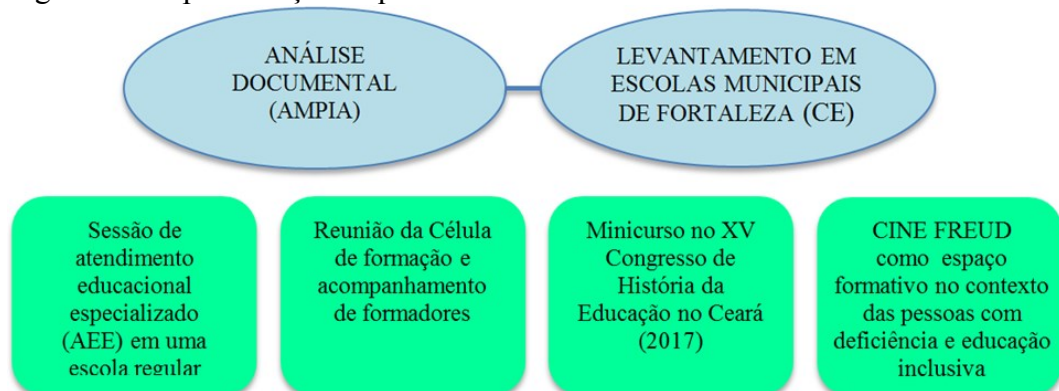
De modo complementar ao estudo foram realizadas as seguintes ações:

- Visita à uma escola da rede municipal de ensino (Secretaria Regional III, Fortaleza-CE; Maio/2017);
- Reunião da Célula de formação e acompanhamento de formadores. Coordenadoria de Educação Infantil da Prefeitura de Fortaleza;
- CINE FREUD como espaço formativo no contexto das pessoas com deficiência e em Educação Inclusiva (Junho de 2017);
- Minicurso no XVI Congresso de História da Educação do Ceará (setembro de 2017);

Todos os referidos eventos foram realizados no município de Fortaleza (CE) no corrente ano. Discernimos que todas as iniciativas foram campos férteis para trazer à baila discussões pertinentes para a proposta desse estudo, ampliar nossa percepção e compreensão sobre o fenômeno e fundamentar a emissão de nossas inferências e análises.

Segue um esquema ilustrativo da presente pesquisa, para fins de melhor compreensão acerca dos contextos analisados que viabilizaram a construção dos percursos.

Figura 1 – Representação esquemática dos cenários analisados



Fonte: Elaborada pela autora.

Os registros que seguem, ainda como parte dessa seção, foram elaborados a partir das observações complementares, também considerados como momentos formativos da pesquisadora e das análises. Posteriormente, no capítulo de dados, socializaremos os construtos de análises dos contextos do AMPIA e do levantamento das 30 (trinta) escolas municipais, realizada no âmbito do Grupo de Trabalho em Educação Inclusiva.

### *3.7.1 Visita à escola municipal*

Contextualizada em uma disciplina de Educação Especial (Faculdade de Educação-UFC) Foi uma aproximação pontual para a presente pesquisa, com a finalidade de imersão no campo educacional. Observamos livremente uma sessão realizada pela professora do atendimento educacional especializado (AEE) em uma escola regular. O foco era conhecer a dinâmica geral implementada nesse contexto. A diretora que, em todo o seu discurso, expressava abertura à educação inclusiva. Ela se mostrou favorável à possibilidade de realização do estágio curricular, ressaltando a perspectiva de trocas (de saberes). Seguem trechos de seus relatos.

Acredito na inclusão quando desde o planejamento o professor inclui e pensa na criança com deficiência, para que haja uma perspectiva de inclusão que funcione de verdade. Eu acredito nas trocas!

O professor é um dos principais protagonistas para atender às demandas de inclusão das diferenças, acessibilidade e permanência dos estudantes com necessidades educacionais especiais no contexto acadêmico (MOROSINI et al., 2016). Contudo, a partir de sua multidimensionalidade intrínseca, os processos inclusivos requerem o engajamento da família, da comunidade, e, em algum momento, de outros olhares profissionais e outros setores sociais. “As práticas pedagógicas inclusivas funcionam em rede” (FERNANDES, 2013, p. 177). Portanto, é requerida, inclusive, a participação do próprio aluno, o qual muitas vezes parece ficar a parte de todo processo.

[...] ainda temos professores que não acreditam [...] temos professores antigos e muito resistentes à inclusão [...]  
É o dia-a-dia é que prepara para a prática [...] um exemplo: um aluno que quando acaba o intervalo ele não volta para a sala, mas nem por isso eu [professora] não vou sentir falta dele... Tem 23 alunos em sala de aula, tudo bem, mas esse que não voltou pra mim faz falta.

Os saberes dos professores são plurais e temporais, e não se originam de uma única fonte. Adquiridos no contexto de uma história de vida e de uma carreira profissional tendem a ser hierarquizados em consonância com seu trabalho. Os saberes advindos do cotidiano do cotidiano parecem alicerçar as práticas e as competências profissionais, haja vista que o professor considera essa experiência como uma condição para aquisição e produção de seus saberes profissionais (TARDIF, 2014). Conforme a diretora sinalizou, o dia a dia da escola é naturalmente um grande impulsionador da inclusão, na medida em que é capaz de suscitar a mobilização para buscas e descobertas por parte dos profissionais

envolvidos. Todavia, isso somente ocorrerá diante da abertura para novos saberes e práticas. Não há receitas prontas para a inclusão. O cotidiano dos serviços nos desafia a constantes imersões e aprendizados.

Após esse primeiro momento com a diretora da escola, dirigimo-nos até a sala de Recursos Multifuncionais (AEE) e observamos um atendimento de uma criança diagnosticada com déficit intelectual em 2016.

A professora propunha um jogo de dominó de divisão silábica, objetivando a identificação de texto-contexto. Não havia uma mediação efetiva durante a realização da atividade. Somente são propostas atividades individuais junto aos mais comprometidos. Ressaltou que os atendimentos são realizados na sala de AEE no turno regular, sendo assim, o aluno se ausenta da sala. Referiu que muitos alunos querem ir para a sala de recursos multifuncionais durante o recreio da escola, com o seguinte argumento: *Tia, eu quero ir para a tua sala, eu também sou especial, a senhora não que me atender não?* A professora acrescentou que os atendimentos são realizados em trios em decorrência dos comportamentos dos alunos que são complicados.

Foi ressaltada uma dificuldade de adaptação cultural do currículo e dos recursos pedagógicos: *Se tivesse algo a ver com a vida deles a aprendizagem seria mais facilitada.* Sobre a sua construção, o currículo deve ser guiada por aspectos legais, filosóficos, pedagógicos, psicológicos, antropológicos e sociológicos (MACEDO, 2017). No contexto da sala de aula há adequações curriculares de pequeno porte passíveis de serem implementadas, as quais envolvem ações direcionadas ao que será ensinado, objetivos de aprendizagem, sequencia temporal dos conteúdos, metodologias propostas e os modos de avaliação do processo (FERNANDES, 2013). São adaptações ou flexibilizações de alcance do professor em sala de aula junto aos alunos, embora se saiba que outras instâncias devam estar amplamente implicadas com todo esse processo.

O currículo deve ser apropriado como um instrumento para a realização de um projeto educacional dinâmico e comprometido com a diversidade e singularidades na apropriação do conhecimento científico pelos alunos que compõem o tecido social na escola. (FERNANDES, 2013, p. 161).

Atividades que não beneficiam o aluno, que limitam ou impossibilitam sua participação ou que lhe causam constrangimento, devem ser evitadas no contexto dos processos educacionais inclusivos (DALL'ASTRA, 2015). Logo, as adaptações curriculares devem primar pelas potencialidades, habilidades e possibilidades do aluno, além de respeitar

as suas dificuldades, no contexto de projetos educacionais dinâmicos, os quais podem nos solicitar constantes ressignificações.

### ***3.7.2 Reunião da Célula de formação e acompanhamento de formadores***

A Coordenadoria de Educação Infantil, vinculada à Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura de Fortaleza, realizou em 15 de setembro do corrente ano uma reunião com intenção formativa para a Rede Municipal de Ensino de Fortaleza e tinha como temática principal a Inclusão na Educação Infantil. Foi proposto um diálogo com a Prof.<sup>a</sup> Dra. Geny Lustosa (UFC) com ênfase nas “Práticas pedagógicas inclusivas no atendimento regular de educação”. Participaram os profissionais que atuavam como formadores na referida rede, incluindo professores e psicólogos, com a finalidade de ampla sensibilização.

As queixas sobre o preparo profissional para a atuação na Educação Inclusiva foi uma constante, assim como a solicitação de momentos formativos sistematizados. Silva (2016) enfatiza que cabe sinalizar que uma das queixas mais recorrentes por parte dos professores consiste nas lacunas relacionadas aos conhecimentos específicos do campo da inclusão, o que se constitui um obstáculo para a compreensão dos alunos incluídos. Fundamentam essa queixa no acesso e no excesso às informações necessárias da área especializada. A autora acrescenta que os professores se percebem incapacitados e desatualizados.

Os professores não se responsabilizam por sua própria formação e, conseqüentemente, pela formação de seus alunos, alegando não terem sido preparados para atuar em classes inclusivas [...] Não demonstram atitudes autônomas; antes, permanecem à espera de serem ensinados, por meio de técnicas, e com isso abrem mão de viver experiências pedagógicas com seus alunos, não desenvolvendo a sensibilidade para perceber diferenças humanas, não conseguindo, assim, os alunos para além das deficiências. (COSTA, 2015, p. 156-157).

As práticas pedagógicas podem ser construídas junto com os alunos, adaptando as técnicas e os métodos às necessidades reais dos mesmos. Para tanto, não é possível depositar as expectativas e esperanças em receitas práticas previamente formatadas, pois as situações surgem no cotidiano da escola como desafios singulares.



### ***3.7.3 Cine Freud como espaço formativo no contexto das pessoas com deficiência e em Educação Inclusiva***

O Cine Freud, Cultura e Arte é um projeto de extensão vinculado ao Curso de Psicologia e ao Laboratório de Psicanálise da Universidade Federal do Ceará, que se propõe a realizar a atividade de exibições de filmes e outras produções audiovisuais, seguidas por palestras e debates, ao longo dos semestres letivos. Durante o mês de setembro, todas as quartas-feiras fora exibido um filme sobre a temática das pessoas com deficiência. Nesse mês, o projeto organizou exibições especiais para essa temática, sob a coordenação-colaborativa junto a equipe do Projeto Cine-Freud <sup>11</sup>.

No dia 6 de setembro, em particular, foi exibido o filme “Os melhores dias de nossas vidas”, seguido por palestra com a orientadora do presente estudo, a Prof.<sup>a</sup> Dra. Geny Lustosa, professora do Programa de Pós-Graduação em Educação Brasileira (UFC) e Reginaldo Dias, psicanalista e professor do Departamento de Psicologia (UFPI). Acompanhamos a exibição e o debate como mais um momento de coleta em função do quantitativo de professores e estudantes de educação e de psicologia que o evento reuniria, pois, dos filmes exibidos, apenas esse trazia enredo especificamente ligado ao contexto da educação escolar.

Após a exibição seguiu-se com explicações dos palestrantes, pertinentes acerca da inclusão, o que constituiu um paradigma com questões pertinentes à formação de educadores em geral, como formadores de mentalidades, estimuladores de mudanças sociais. Barreiras que as pessoas com deficiência enfrentam e muitas se alicerçam nas concepções (como veem, percebem, acreditam no potencial, na perspectiva do humano) que ainda se constituem como barreiras num *continuum* processo de construção de uma sociedade inclusiva. Precisamos discutir inclusão pelo fato de a sociedade contemporânea ainda se configurar eminentemente excludente.

Diversidade  $\times$  sociedade, diferença  $\times$  todos somos diferentes; nossas diferenças nos singularizam e representam os limites que são postos pela sociedade e deficiência são temáticas a serem discutidas incessantemente. Uma sociedade inclusiva busca apresentar aos sujeitos o que eles precisam de acordo com suas necessidades. Pensar sob o paradigma da inclusão sem cair na perspectiva caritativa equivocada, arraigada por mitos, em que as pessoas com deficiência são muito diferentes dos outros.

---

<sup>11</sup> Projeto coordenado pela profa. Dra. Cacia Linhares, do Curso de Psicologia da UFC.

A formação das concepções passa pela via dos sentidos. Defendemos que a formação de educadores passa pelo viés conceitual, de base de saberes, histórias de vida, experimentais, mas pelo limiar de sensibilidade, novas compreensões de mundo, de infância, de necessidades dos sujeitos, de diferenças individuais, discussões de canais de aprendizagem. O papel do outro em nossa vida. Em colaboração, o outro nos constrói. As interações com o outro é uma constante no nosso cotidiano. Não há como negar. Perspectiva da autonomia social promotora a autonomia cognitiva. Possibilidade de viver e explorar o mundo implica sair das instituições alcançando o cotidiano, que se configura no lócus principal onde a vida acontece.

Uma professora na plateia referiu um comentário bastante recorrente, segundo ela, no seu cotidiano de trabalho: “Fala de um pai: Eu joga a bola pra vocês! [...] Tá todo mundo jogando a bola! Todo mundo tem que fazer junto”. Percebe-se que a transferência de responsabilidade pelo cuidado é uma constante, em negação do fato que as questões emergentes não dotassem de uma multidimensionalidade intrínseca. Urge a integração de todos os atores e seguimentos para o planejamento de estratégias inclusivas diante dos mais diversos contextos. Enquanto isso, as questões em xeque vão ficando robustas, ao ponto de se tornarem grandes limitações. Todos devem se engajar em prol do favorecimento da criança/adolescente

Outra professora acrescentou que “a família tem muito a nos ensinar”. Indagamos sobre o real engajamento das famílias junto às escolas. Estaria ocorrendo a inserção, a integração ou uma real inclusão dessas famílias no cotidiano escolar? Ou, em que medida, no interior de projetos (pseudo) inclusivos as famílias estariam sendo excluídas, negligenciadas ou tidas como vilãs? Seguiu com outro comentário: “A escola ainda reclama muito da lacuna da família”.

Em que medida as tentativas de inclusão da família na escola têm sido eficazes? Existem espaços garantidos para expressão e escuta da família, em uma perspectiva ampliada? Um psicólogo, também na plateia, referiu que

Sobre a família sempre vai tem algo presente simbolicamente. Em algumas situações a família está presente e está ausente de outra forma [...] A gente vai abandonando pelo incapaz, a gente tem o pai abandonando pelo incapaz [...] A maioria dos pais não está presente. Nada sobre nós sem nós. A família não pode vir anterior ao sujeito, adorei a fala “Nada sobre nós sem nós” [...] Qual o lugar que a família ocupa nessa história?.

Uma doutoranda em Educação colocou a questão das barreiras atitudinais: “A formação humana é o foco! Tem a ver não somente com formação teórica, mas sim humana, que é o que mais embarreira a inclusão. A superproteção também é muito danosa!”.

A barreira de atitude compreende um comportamento ou postura que se fundamenta em fenômenos emocionais, afetivos e sociais manifestos na interação entre duas ou mais pessoas, em que uma(s) tem predisposição desfavorável à outra(s). Destarte, a barreira de atitude se apresenta como um obstáculo, um anteparo que, de forma consciente ou não consciente, emana de um indivíduo e restringe a possibilidade de participação e desenvolvimento cognitivo, afetivo e social da pessoa com deficiência. (RIBEIRO, 2016, p. 54).

Tais barreiras são propulsoras das demais na medida em que estão arraigadas das subjetividades das pessoas. O contrário também se configura como uma verdade: Leontiev prova que ao colocar essas crianças em condições adequadas, e ao utilizar métodos adequados de ensino, muitas fazem progressos notáveis, muitas conseguem, inclusive, superar seu próprio atraso (PIRES, 2009, p. 327).

Os mecanismos da escola são, portanto, de exclusão. Não apenas para as pessoas com alguma deficiência, mas para boa parte da população escolar [...] É nas características pessoais que é colocada a responsabilidade do fracasso e da exclusão social da criança (PIRES, 2009, 328). Os diversos modos de resistência *per si* já constituem modos de exclusão, envolvendo lacunas formativas, subjetividades dos profissionais, etc.

Certamente, um evento dessa natureza se configura como um potente espaço formativo na medida em que viabiliza a construção de conhecimentos por meio do compartilhamento de saberes e práticas diversificadas.

### ***3.7.4 Realização de minicurso no XVI Congresso de História da Educação do Ceará (2017)***

O minicurso intitulado “Educação Especial na perspectiva inclusiva: conhecimentos pedagógicos necessários à Educação Especial na perspectiva inclusiva” ocorreu no contexto do XVI Congresso de História da Educação do Ceará (Icó-CE), no dia 23 de setembro de 2017. Propusemos a metodologia de “análise de casos de crianças”. Participamos como facilitadoras, eu e a Prof.<sup>a</sup> Dra. Francisca Geny Lustosa. Contamos com oito professores de sala de aula regular; secretário de Educação do município; profissionais de Educação (pedagogos) atuantes na sala de aula regular e na Secretaria Municipal de Educação do município.

Inicialmente os participantes socializaram algumas inquietações referentes ao contexto da Educação Inclusiva nas suas realidades locais, que envolviam queixas diversas, relacionadas ao que chamavam de “despreparo” profissional para atuação na Educação Inclusiva, além de dificuldades com estruturas e recursos materiais.

Propusemos a problematização por meio de Casos de Ensino, no qual era feita a análise de casos de crianças em salas de aula regular, com as mais diversas dificuldades escolares e nuances comportamentais, caracterizadas hipoteticamente, estruturadas em “casos para reflexão”. Foram retratados contextos comuns e semelhantes às possibilidades reais vivenciadas por esses profissionais na escola. Após leitura atenta e discussão em duplas, solicitamos o breve planejamento de estratégias prioritárias a serem implementadas e debatidas.

Abaixo relacionamos os casos trabalhados<sup>12</sup> (situação didática) e algumas das estratégias delineadas pelos participantes como prioritárias no tocante aos processos inclusivos.

**Caso 1** – Mário, aluno da segunda série do Ensino Fundamental, chega sempre atrasado para a aula e, assim que chega, parece que um liquidificador foi ligado na sala de aula. Ele não para sentado um minuto sequer, puxa os cabelos da colega que se senta à carteira da frente, põe o pé à frente do colega que está passando, pega a borracha de um, lápis de outro, a lancheira de outro! A professora já tentou conversar com ele com calma, já ficou brava, já deu até uns berros com ele... Que nada! Ele faz uma carinha de safado, dá de ombros, dá risada e continua andando pela sala o tempo todo, mexendo com tudo e com todos. Parece que a energia dele é infinita e que ele tem eletricidade dentro do corpo! O aluno, aparentemente, não tem problemas de aprendizagem, apesar de a professora não ter notas de avaliações para ele, em função de suas faltas, que geralmente se dão na semana das avaliações. Realiza trabalhos em sala. Nas atividades de grupo é um problema, ninguém o quer na equipe.

**Resposta indicada pelos profissionais (dupla) como prioritária de lidar com o aluno em caso:** “Nesse caso desse aluno devemos trabalhar com jogos, envolver também música”.

---

<sup>12</sup> Referidos casos de ensino são utilizados como metodologia pela Prof.<sup>a</sup>Dra. Geny Lustosa em suas aulas e outras situações formativas, fazendo parte de seu acervo. Em caso de utilização, a partir de divulgação nesse estudo, indicar referência.

Foi possível verificar nesse caso que em nenhum momento foi cogitada a possibilidade do encontro da escola com a família, para uma sondagem inicial do contexto do aluno e de suas dificuldades.

Convém destacar que a multiplicidade de recursos pedagógicos como jogos já deveria compor o repertório de propostas pedagógicas em salas de aula, de modo a atender às diferenças de aprendizagem dos alunos independente de condição clínica, educacional ou *status* funcional.

Emerge a prioridade pedagógica envolvendo a proposição de recursos materiais como solucionadores das questões complicadoras, sem a análise com foco nas dificuldades e dos comportamentos apresentados, além de um não questionamento dos que poderia ser causa no contexto da sala de aula e da prática pedagógica, além da ausência de pré-ocupação primeira com a observação e com a negligência de informações sobre a criança, inclusive pedagógicas (avaliação). Sobre isso, Ainscow, Porter e Wang (1997, p.13) já ressaltavam que “[...] a existência de recursos materiais, embora muito útil, constitui muito raramente o fator-chave. Muito mais relevante é a forma como a tarefa é conceptualizada”, o que requer certa criatividade na práxis docente a partir do planejamento de novas possibilidades que subsidiem a aplicação de estratégias que atendam às demandas dos alunos.

**Caso 2** – Rejane, aluna do 4º ano, tem que estar o tempo todo ocupada em alguma atividade manual, senão ela começa a se cutucar e a arrancar o pedaço, até de seu corpo. Tem inúmeras cicatrizes e depressões em seus braços, por essa razão. É apática, por vezes, mas parece extremamente contida e sofrida psicologicamente.

**Resposta indicada pelos profissionais (dupla) como prioritária de lidar com o aluno em caso:** “Acreditamos que a aluna precisa de apoio e acompanhamento psicológico”.

A abordagem de crianças e adolescentes com dificuldades escolares no setor saúde deve começar pelo acolhimento, seja do encaminhamento escolar, seja da procura espontânea destas crianças e adolescentes com suas famílias e/ou representantes e, muitas vezes, esta entrada nos serviços de saúde é também mediada por cuidadores de outros setores como Assistência Social e Conselho Tutelar. Os profissionais que devem realizar este acolhimento são todos aqueles que tiverem o primeiro contato com estas queixas, sejam eles recepcionistas, profissionais de saúde bucal, profissionais de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros. Caberá aos profissionais médicos (generalistas, médicos de família, pediatras e clínicos) e enfermeiros o prosseguimento na abordagem destas necessidades. (CHACRA, 2016, p. 8).

No caso em tela, o acolhimento deve ser uma ação realizada também pela escola, que se constitui como a instituição mais próxima da criança e aquela que percebeu alguma questão a ser solucionada. Desse modo, evita-se a patologização ou possível concepção

primeira de medicalização (sempre buscar aparatos médicos e individuais) para problemas sociais e/ou coletivas, atuando em conformidade com o modelo médico positivista (CHACRA, 2016).

Buscar apoio em outros segmentos pode ser uma alternativa pertinente. Cabe aí o encontro da Educação com a Saúde por meio do nível de atenção primária, cuja práxis é centrada no território, com estratégias de prevenção e promoção de saúde.

As equipes de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família atuam de modo muito próximo às famílias nas suas áreas adscritas ou correspondentes, por meio do apoio matricial, das visitas domiciliares ou por ações nas comunidades estreitam as relações com as pessoas. Além disso, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) tem ações voltadas para as famílias, por meio dos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS-Proteção Social Básica) e pelos Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS-proteção social especializada). De uma forma ou de outra, a escola pode e deve estabelecer essa parceira para fins de construções coletivas, mesmo que diante do caso não se conheça caminhos a serem seguidos. Assim, é possível se ampliar a discussão entre a escola e outros segmentos, promovendo-se a intersetorialidade<sup>13</sup> e o trabalho em redes integradas.

Entende-se rede não como a criação de fluxos burocráticos e hierárquicos nas relações, mas sim como uma rede de cuidados que existe enquanto os indivíduos estão interagindo entre si. Diferentes serviços, seus trabalhadores e usuários devem fazer parte de interações que sejam sincrônicas, não hierárquicas, e coordenadas por um objetivo comum, estratégias flexíveis e descentradas, que, dificilmente, poderiam ocorrer isoladamente. (CHACRA, 2016, p. 10).

A esse respeito, um psicanalista português (SANTOS *apud* BRANCO, 2010, p. 67) faz um alerta pertinente a educadores, que nos parece salutar destacar nesse momento de análise:

[...] O meu receio e grito de alarme se destina aos pedagogos e professores para que se não deixem seduzir pela facilidade de despachar as crianças para as consultas, para os testes e para os eletroencefalogramas, repudiarem as soluções médico-pedagógicas e exigirem soluções pedagógicas.

Aqui aproximamos de outro alerta de Lustosa (2018, p. 8), em que assevera:

Em certa medida, nos parece que relatos dessa ordem, entre educadores, denotam uma possível deslegitimação do fazer pedagógico para os profissionais dos serviços médicos e especialistas (ainda que seus depoentes não tenham consciência disso!),

---

<sup>13</sup> Nascimento (2013) compreende intersetorialidade como uma decisão racional no processo de gestão de natureza complementar. Desse modo, não pode ser antagônica tampouco ser substitutiva da setorialidade ou contrapô-las. Configura-se como uma qualidade necessária ao processo de intervenção que desafia as equipes técnicas ao diálogo (DIAS et al., 2016).

como se os saberes pedagógicos fossem secundários ou de menor importância. Posturas dessa natureza, por parte dos profissionais da educação, acabam por produzir uma espécie de inversão de perspectiva no sentido de transformar a escola para receber todos os educandos com suas diferenças e características individuais.

Apesar de entendermos também que o caso em tela é possível, sim, que a aluna necessite de intervenções psicológicas sistematizadas, porém, o que se põe em discussão é o fato de antes de se conhecer mais profundamente o seu contexto de vida, os profissionais da escola já presumem a necessidade prioritária dessa intervenção. Urge que se preze pela coresponsabilidade do cuidado, o qual envolve todas as instâncias e instituições com as quais a criança tem alguma relação, precedidos de um olhar ampliado sobre o aluno.

“É possível pensar que o discurso de inclusão oferece resistência aos processos patologizantes. Porém, é preciso atenção ao ouvi-lo, pois é comum que esse discurso oculte uma exclusão a mais daqueles já excluídos social, educacional ou afetivamente” (COLLARES et al., 2016, p. 4). A escuta qualificada sempre será uma ação eficaz e determinante para as condutas, independente do contexto, mas, sobretudo, em momentos iniciais.

**Caso 3** – Joyce, uma adolescente de 12 anos, apresenta uma leve deformação do crânio, que pode ter sido originada no parto. Ela mora em uma instituição para crianças órfãs, possui muitos amigos e considera dois deles como irmãos. Frequenta o 4º ano do Ensino Fundamental em uma escola pública comum. Com relação ao seu desenvolvimento motor, Joyce apresenta dificuldade na motricidade ampla e, principalmente, na fina. Essa dificuldade interfere na qualidade de sua caligrafia, bem como na capacidade de realizar o traçado das letras, embora não apresente dificuldades de natureza sensorial. Joyce não se concentra e tem dificuldades de atender às solicitações de sua professora. Na leitura utiliza estratégia com base nas imagens presentes no texto. No entanto, a descrição das imagens é literal e elementar. Seus desenhos não apresentam formas definidas e os traçados não indicam a sua intenção de representação, sendo necessário solicitá-la que lhes atribua significado. Nas atividades que envolvem exploração e manipulação de objetos faz descrições literais e elementares, demonstrando também dificuldades de abstrair suas propriedades e estabelecer relação entre eles. Como já é uma adolescente se interessa pelos mesmos motivos de garotas da sua idade e adora músicas, principalmente grupos de axé e dança.

**Resposta indicada pelos profissionais (dupla) como prioritária de lidar com o aluno em caso:** “Utilizar materiais que despertem a sensibilidade da aluna, como músicas e imagens. Pedir que ela fale sobre o assunto abordado nos textos”.

Nesse caso foi minimamente pensado em uma escuta junto à criança para fins de conhecimento do seu nível de aprendizagem ou considerado sua idade (adolescência e seus interesses) e a questão da alfabetização (seu nível conceitual).

**Caso 4** – Cláudio é um aluno da 6ª série que tem realmente tirado do sério a professora, coisa que, segundo ela, nunca havia acontecido nos seus vinte e tantos anos de profissão. Ele rejeita ativamente e se opõe frontalmente a qualquer pessoa que tente conversar com ele, seja um colega, seja a professora. Ele parece dizer a todos “Fiquem longe ou vão se arrepender!”. Assim fica o tempo todo batendo com o lápis na carteira, fazendo ruídos com a boca, enchendo os cadernos e objetos escolares de saliva, cuspidando lentamente na folha do caderno e olhando a saliva cair. Daí espalha a saliva pela carteira com as mãos, faz caretas e, sem qualquer razão aparente, começa a gritar com os colegas, ameaçando, batendo, lutando. Cláudio tem crises com acessos de fúria.

**Resposta indicada pelos profissionais (dupla) como prioritária de lidar com o aluno em caso:** “Fazer estratégias que agucem o aluno a utilizar material concreto com o manuseio das mãos no sentido de ocupá-lo”.

Do ponto de vista da deficiência, aparentemente a escola não oferece condições de um atendimento coerente com as necessidades desse tipo de uma criança. Seria preciso avaliar as circunstâncias do contexto social que mesmo não sendo causa pode ser agravador, inclusive, em se tratando de transtorno opositor desafiador (TOD).

Ficam evidenciadas para os profissionais “afetados” ao problema, inquietações, dúvidas e angústias face à precariedade das condições de trabalho, à falta de pessoal qualificado, à inadequação do espaço físico, à ausência de continuidade no atendimento (PIRES, 2009, p. 329). A postura da professora de Cláudio pode nos dar muitas pistas sobre a repercussão do seu comportamento no contexto de uma sala de aula.

Cabe-nos questionar sobre a viabilidade de se estabelecer como ação prioritária a proposição de “estratégias que agucem o aluno a utilizar material concreto com o manuseio das mãos”, antes de em tempo anterior à busca pelo contato com a família como fonte de informações e de se traçar estratégias conjuntas, em parceria no estudo do caso, apoio e busca de soluções, diferente de convocar a família para reclamações e punições.

Há relevância prioritária em conhecer a criança em outros contextos e, nesse aspecto, talvez fosse urgente sondar a dinâmica familiar no momento, para se saber em que medida o comportamento de Cláudio é uma expressão de uma dinâmica familiar disfuncional.

Delineando percepções analíticas gerais, reforçamos que os casos socializados com o grupo de professores retratam contextos de alunos que demandam ações na perspectiva



inclusiva em salas regulares. Tem-se, então, realidades vivenciadas no cotidiano escolar, que devem ser (re)pensadas para além do público-alvo amparado pela Política de Educação Especial. Nenhum professor fez menção à necessidade de contato inicial e parceria com a família, tampouco foi relatado como estratégia o estabelecimento de parcerias intersetoriais, como por exemplo, com a Saúde, mas para investigações contínuas e ações conjuntas. Ainda, fica a percepção de que pouco é cogitado as estratégias via prática pedagógica, e sim, tão somente ações de encaminhamentos externos. Configura-se, então, o anseio da atuação da área da saúde como salvacionista.

Os relatos dos professores e as estratégias pedagógicas delineadas prioritariamente para serem implementadas junto às crianças permitiu-nos refletir sobre alguns pontos centrais e nevrálgicos no que concerne ao processo de educação inclusiva.

É importante destacar que as concepções que norteiam os fazeres pedagógicos e se expressam nos procedimentos utilizados, no nível de solicitação que o professor faz dos processos cognitivos dos alunos, nas expectativas quanto a sua aprendizagem, no interesse e na afetividade a eles dispensados, enfim, nas diversas dimensões das relações que se estabelecem no interior da sala de aula e da escola, revelando a natureza e as prioridades do trabalho educacional realizado. (LUSTOSA, 2009, p. 103).

Cabe considerar que as ideias, os pensamentos e as ações evidenciadas pelos professores, por certo, refletem as concepções singulares que alicerçam a práxis pedagógica no cotidiano escolar. Torna-se necessário, sobretudo, compreender as vertentes dos professores sob sua ótica, a partir do lugar que falam e dos contextos nos quais estão imersos, para que não incorramos em possíveis e, talvez injustas, culpabilizações. A interseção dos comportamentos, atitudes e expressões do aluno é que direcionará as estratégias prioritárias a serem elencadas e operacionalizadas.

Há a necessidade de aproximação com o sujeito, interagir com ele, observa-lo em operação, ofertar-lhe escuta qualificada, conhecer os contextos nos quais está inserido, apropriar-se de seu histórico de vida, compreender o universo de significações e reconhecer seus potenciais (OTERO, 2016). Evidenciou-se a presença marcante de um olhar fragmentado sobre a dificuldade dos alunos em detrimento de uma concepção ampliada sobre estes e seus contextos de vida, que superassem um sintoma ou um comportamento disruptivo.

Denuncia-se que a criança está sendo vítima da falta de escuta adequada. Ressalta-se a real necessidade de se investir no cuidado que ultrapassa as medidas terapêuticas. Nossa intervenção pode e deve se dar em muitos lugares, com diversos atores. A concepção de uma clínica ampliada (CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997), que significa cuidar da

integralidade do sujeito (BRAGHINI, 2016) e está solidamente alicerçada no vínculo é fundamental em face à possibilidade de pavimentação de intervenções mais abrangentes, cuja ênfase reside no olhar para o cuidado integral a esse aluno, pela via da interdisciplinaridade e intersetorialidade.

A aproximação com a família é condição *sine qua non* para qualquer decisão sobre condutas profissionais. Devem ser proporcionados encontros que intencionem “sempre a ampliação do conceito de dificuldades escolares e a desconstrução dos reducionismos biologizantes dos transtornos” (CHACRA, 2016, p. 10), o que implica o fortalecimento de saberes e práticas relacionadas à escola e às equipes clínico-especializadas em uma interface suficientemente estabelecida sob uma perspectiva definitivamente ampliada.

Sob diferentes expressões e, em alguma medida, as reflexões em tela trataram de práticas profissionais no contexto da Educação Inclusiva. Referindo-nos a essas ideias pertinentes, Borri-Anadòn (2015, p. 15) cita alguns estudiosos que discorrem que:

O caráter, tanto observável quanto implícito, das práticas profissionais é um reflexo de sua bidimensionalidade. Nesse sentido, Barbier (2011) define a prática evocando os diferentes processos que são colocados em prática, particularmente o processo operacional, a ordem do observável e do material, bem como o processo ideal, a ordem dos gestos mentais e o processo ideal, representações. Em um sentido similar, Beillerot (2000) define a prática como consistindo de uma dupla dimensão. O primeiro constituiu-se de gestos, de linguagens utilizadas e o segundo, dos objetivos, estratégias e ideologias veiculadas. Portanto, práticas profissionais representam formas de fazer, mas também maneiras de dizer, ver o mundo e ver a si mesmo (BLIN, 1997, PERRENOUD, 1994, 2009).

As práticas profissionais expressam modos de viver e modelos de formação específicos, arraigados por ações crítico-reflexivas configuradas e repensadas cotidianamente, de modo que a identidade pessoal (e profissional) é construída. Acrescenta-se que “não se trata de mobilizar a experiência apenas numa dimensão pedagógica, mas também num quadro conceptual de produção de saberes” (NÓVOA, 2009, p. 25), a partir da descoberta de sentidos no cotidiano da escola e da vida pessoal.

## **4 ENTRE NARRATIVAS, SABERES E PRÁTICAS DA ESCOLA (CAMPO DA EDUCAÇÃO) E DA EQUIPE CLÍNICO-ESPECIALIZADA (CAMPO DA SAÚDE): INTERFACES E DIÁLOGOS**

Na minha civilização, aquele que é diferente de mim não me empobrece: me enriquece. (SAINT-EXUPÉRY, 2005).

Neste capítulo intencionamos o alinhamento das análises construídas aos objetivos propostos na pesquisa. Detalharemos aspectos pertinentes à escola e às equipes clínico-especializadas no tocante aos saberes que cada campo requer do outro, numa relação de reciprocidade. Por fim, na subdivisão deste capítulo, trataremos dos construtos relacionados aos princípios preconizados pela Política nacional da Educação Especial na perspectiva da Educação Especial.

Cumpre-nos ratificar que a confluência dos achados, nas distintas fontes de informação, constituíram os construtos de análise dessa investigação, todavia, em alguns momentos o foco incide mais sistematizadamente no que foi tomado por nós como fontes centrais da pesquisa, que envolve um recorte específico e mais detido sobre: i. os dados do levantamento das 30 escolas (produzido no âmbito do Grupo de Trabalho em Educação, vinculado ao Ministério Público-CE); ii. a pesquisa documental realizada junto aos prontuários de crianças e adolescentes atendidos no AMPIA (HUWC/UFC).

### **4.1 Demandas de saberes da escola (campo da educação) para a equipe clínico-especializada (campo da saúde)**

A pesquisa realizada junto às escolas revelou uma evidente necessidade de priorização dos diagnósticos médicos dos alunos (GTEI, 2017), o que corrobora com a literatura vigente e com os achados cotidianos do AMPIA. A busca constante da escola pelo diagnóstico médico tem-nos evidenciado o laudo como uma prioridade aos processos inclusivos.

Em apenas 1 (uma) das 30 (trinta) escolas levantadas pela pesquisa não há relatos da existência de alunos “com deficiência sem laudo” (GTEI, 2017) e, portanto, com a “necessidade” de um diagnóstico oficial ou descarte dele. Tomando por base o total de 1.077 alunos investigados, 86% (930 alunos) têm laudo médico, enquanto 14% (147 alunos) não o têm.

Percebemos a valorização dos laudos médicos por parte da escola, o que pode ser confirmado pelos trechos<sup>14</sup> de relatórios escolares elaborados sob a solicitação da equipe profissional do AMPIA (HUWC-UFC). O primeiro trecho, o qual compunha um relatório escolar, chama-nos atenção para a ênfase no diagnóstico médico como necessidade direta e respaldo para um melhor desempenho escolar da criança. O trecho enuncia o seguinte: “Compreendemos que o aluno necessita de um diagnóstico e de tratamento médico para que possa aprender e se desenvolver plenamente na escola”.

Será que enquanto isso, o aluno não usufrui, tampouco participa das atividades propostas ao grupo como um todo e/ou em nível individual?

Poderia ser interessante investigar, em momento oportuno, a influência direta do estabelecimento de diagnóstico clínico, por meio de laudo médico, no desenvolvimento e evolução global do aluno na escola.

Assim, o dado corrobora com os escritos presentes na literatura vigente e nos impele a inferir que os professores parecem não valorizar seus saberes e práticas pedagógicas com toda a singularidade e relevância implicadas, em detrimento da priorização do saber médico.

Lockmann (2013) se refere a posicionamentos desse tipo como um divisor entre os alunos que os categoriza como normais e os anormais, com a produção de saberes específicos relacionados a cada uma dessas anormalidades que passam a ser classificadas expressivamente, o que ressalta a necessidade de tornar os sujeitos nomeados pelos diagnósticos e fazendo deles menos estranhos e governáveis.

Contudo, essa necessidade prioritária parece emanar da escola, na medida em que *prioriza a emissão de um laudo* com a constatação clara e direta dessa classificação médica. No caso do AMPIA, todavia, verificamos no cotidiano dos serviços e por meio das condutas profissionais implementadas que esse enquadramento não se estabelece como uma prioridade.

Curioso que na equipe clínico-especializada do AMPIA o laudo é algo como que mais adiado ou não aparece como prioridade. Para além disso, há o zelo pelo conhecimento, em muitas sessões de triagem, avaliação e acompanhamento dos sujeitos. O foco buscado é identificar as potencialidades e características por meio de um olhar ampliado sobre a criança/adolescente. Mais adiante teremos a oportunidade de socializar considerações pertinentes a esse cenário e condutas próprios do contexto analisado, diante desse

---

<sup>14</sup> Ressaltamos que algumas adequações foram realizadas na escrita para fins de alinhamento com a norma culta da língua portuguesa. Em acréscimo, ressaltamos que os relatórios transcritos nessa pesquisa se restringem à quantidade de nove, no universo de vinte prontuários das crianças/adolescentes do AMPIA que foram submetidos à análise documental.

descompasso de demandas do AMPIA e da escola, já percebido nesse momento e confirmado mais adiante. Identificar e intervir no contexto de dificuldades escolares é parte integrante dos saberes desse núcleo profissional, da área clínico-especializada.

A solicitação que segue teve origem na escola, posteriormente ao pedido de parecer geral do aluno e se alinha à anterior, em termos de conteúdo e intencionalidade da escola para com o laudo médico. É necessário abrir um parêntese e reforçar que, seguindo os fluxos e os protocolos do AMPIA, na admissão da criança/adolescente é solicitado um formulário para elaboração de relatório escolar. Ao longo dos acompanhamentos, a equipe solicita relatórios qualitativos à escola para observação de possíveis evoluções terapêuticas. Desse modo se procedeu à solicitação do relatório cujo trecho será descrito a seguir, e logo em seguida, a escola emitiu o seguinte documento,

Solicitamos laudo médico do aluno por não apresentar aprendizagem satisfatória e dificuldade de socialização, tendo um comportamento agressivo. (Documento de solicitação elaborado e assinado pela secretária escolar – Escola municipal de Fortaleza, emitido em 01.9.2015).

A supervalorização do laudo médico se confirma na maioria das solicitações dos professores. Não estamos afirmando que não tenha a devida importância, contudo, parece haver um reforço da soberania médica em detrimento de saberes pedagógicos. Freitas (2011, p. 32-33) ressalta que um diagnóstico elaborado com cuidado é necessário e acrescenta que:

O conceito de diagnóstico pode trazer inúmeras conformações, dependendo da teoria e/ou do tempo histórico em que se constitui [...] O diagnóstico é importante para poder tratar, mas existem outros que selam, que aprisionam. É o modo de usá-lo que estabelece sua pertinência, ou mesmo sua inconveniência. O que é necessário combater é o uso irresponsável do diagnóstico. O diagnóstico traduzido em rótulo desencadeia dispositivos de armadura.

A título de análise dispomos o trecho a seguir de uma solicitação e encaminhamento ao AMPIA, no qual relata a “queixa” do caso do aluno procedida pela professora do AEE:

Venho através deste relato, descrever os atendimentos realizados com o aluno que faz atendimento educacional especializado a menos de um mês comigo. É possível perceber a sua distração às atividades apresentadas no atendimento. Muda de comportamento muito rápido: ora está muito amável, ora agressivo. Na maioria das vezes, nada chama sua atenção e tenho que mudar a cada segundo suas atividades. Ama as cores fortes, no entanto não reconhece nada. Quero frisar que o que eu sei é pouco, pois faz pouco tempo que estou com ele e não se sabe o diagnóstico dele. Mas espero contribuir com a genitora em busca de ajuda para a criança, **buscando assim seu CID pois ficará mais fácil lidar com o mesmo.** (Relatório elaborado

pela professora da criança no AEE, na escola municipal em Banabuiú-CE, emitido em 13/5/2015, grifo nosso<sup>15</sup>).

O fato de a professora afirmar que nada chama a atenção do aluno e da necessidade de ter que mudar a cada segundo suas atividades parece expressar, inclusive, desconhecimento acerca dos comportamentos da criança, cujo diagnóstico clínico é de TDAH. Nesse caso pensamos assim, como Terapeuta Ocupacional e como pesquisadora: ora, se a criança está exageradamente atenta a todos os estímulos do ambiente (hipervigilância) e pouco focada nas atividades que lhes são propostas (hipotenacidade), a atitude da professora de mudar a atividade “a cada segundo” vai somente reforçar esse comportamento. Em casos como esse, é importante, por exemplo, exatamente o contrário, como restringir a oferta de estímulos externos, oferecer um brinquedo ou recurso por vez, etc. Em acréscimo, proporcionar atividades que estimulem considerável gasto energético podem ser úteis antes da proposição de atividades intelectuais. Muitas vezes, é importante engajar essa criança em pequenas tarefas, como organização da sala e dos materiais, em paralelo, simultânea ou na conclusão de alguma tarefa escolar.

Temos, portanto, uma noção das expressões positivas do tal diagnóstico, passível de auxiliar as práticas pedagógicas na medida em que se conhecem e reconhecem os mecanismos de regulação da criança. Por certo, o diagnóstico poderia contribuir nesse sentido. Mas, se não se tem ou não se reverbera tais conhecimentos atrelados a necessidades da criança, seu valor pedagógico qualquer tende a se anular.

No contexto escolar, as considerações pedagógicas do docente deveriam ser soberanas em face da demanda por laudos ou codificações nosológicas dos alunos, ao se tratar de estratégias e práticas pedagógicas. Todavia, é recorrente o movimento de solicitação laudo médico como condição *sine qua non* para a implementação de práticas em sala de aula ou mesmo para justificar comportamentos ou habilidades inadequadas do aluno.

É evidente o motivo da solicitação do laudo médico e a busca do CID como alicerce para a compreensão da criança em sala de aula, exercendo o papel de estratégia primordial das condutas e estratégias pedagógicas. Pensamos em até que ponto não se tem uma resistência ao processo educacional inclusivo com essa atitude e procedimento pedagógico. Uma preocupação que nos acompanha é se enquanto o tão almejado laudo não chega, o professor vai “ganhando” tempo e não precisa adaptar as práticas àquele aluno.

---

<sup>15</sup> Todos os grifos em negrito que se seguem nos trechos dos relatórios aqui expostos são para melhor destaque e maior constatação do leitor.

Outro caso, de um aluno da educação infantil, também expõe essa necessidade de atendimento clínico-especializado para uma possível evolução do desempenho geral aluno. Vejamos os argumentos pedagógicos expostos na solicitação e encaminhamento ao AMPIA:

O aluno cursa o Infantil 5. No ASPECTO SÓCIO-EMOCIONAL: interage diariamente de forma agressiva com os outros colegas, agredindo-os fisicamente, causando lesões corporais, oriundas de mordidas, murros, arranhões e pisões. Isto está causando muitos problemas com os outros pais que possuem filhos na sala do referido aluno. ASPECTO COGNITIVO: Apresenta a mesma defasagem. Não consegue se concentrar nas atividades devido ao comportamento agressivo. **Acreditamos ser necessário um acompanhamento médico especializado, para que o aluno possa evoluir nos aspectos acima citados.** (Documento assinado pelo diretor e coordenadora pedagógica da escola municipal de Fortaleza-CE, sem data de emissão).

Na maioria dos casos, a expectativa da escola é direcionada ao médico, ao mesmo tempo em que se subestima uma avaliação multidisciplinar ou interdisciplinar, a qual enriqueceria o olhar sobre o aluno. Essa conduta tende a reforçar a soberania ou o poder regulador da Medicina sobre as demais áreas, inclusive, dos próprios contextos de atendimentos clínicos especializados.

Seguimos adiante com um relatório de evolução do desempenho escolar da mesma criança, em uma proposta de verificação mais longitudinal. Os escritos do Relatório de acompanhamento segue a mesma estrutura do primeiro relatório, anteriormente disposto nesse texto, embora explicita alguns avanços da criança.

O presente relatório é constituído de informações a partir de observações diárias no aspecto sócio-emocional e cognitivo. O referido aluno cursa o 1º ano do ensino fundamental nesta escola. No aspecto sócio-emocional, continua **interagindo de forma agressiva** com os outros colegas, seja em atividades de grupo ou individuais. As agressões são físicas e incluem tapas, empurrões e apertos no pescoço, **causando transtornos na sala de aula e dificultando o processo de leitura e escrita do próprio aluno e dos colegas**, que se sentem ameaçados o tempo inteiro. No aspecto cognitivo constata-se que o mesmo teve pequenos avanços, pois já consegue escrever o primeiro nome e identifica as letras do alfabeto de forma sequenciada e alternada, porém não conclui as atividades diárias decorrente da falta de concentração e inquietação, apresentando, assim, uma alta defasagem em sua aprendizagem. Dessa forma, **é necessário um acompanhamento específico para que o aluno possa avançar nesses aspectos citados.** (Relatório individual escolar elaborado pela professora de sala de aula e pela coordenadora pedagógica da escola municipal de Fortaleza, em 07.12.2015, grifo nosso).

Percebemos que as queixas relacionadas aos alunos são muito mais sobressalentes em detrimento de suas potencialidades ou capacidades. Seria uma estratégia para acelerar a rotulação desses alunos por meio de um diagnóstico e da justificativa clínica para sua “defasagem” ou dificuldades de aprendizagem na escola?

Dentre essas queixas, a questão da agressividade, inquietação e dificuldades de aprendizagem têm sido uma tônica observada nos protocolos e encaminhamentos da escola, em diversos escritos, como abaixo.

A criança do início do ano letivo apresentou alguns sinais de **inquietação**, obtendo também alguns **gestos de agressividade**, mas com o passar do período de adaptação, foi se interagindo de maneira normal com os coleguinhas de sala. Tem participado das historinhas e brincadeiras e das atividades elaboradas em sala.

Chama-nos a atenção que o foco primordial do olhar dos professores tem sido os aspectos negativos ou para as dificuldades observadas nos alunos, em detrimento de suas potencialidades, capacidades, talentos. A clínica especializada percebe isso.

Haja vista que dificilmente essas características positivas são evidenciadas pelos professores, indagamo-nos acerca dos modos e da qualidade da aproximação e da relação entre educador e aluno. Esses alunos estariam, em um certo ponto, “invisíveis” em suas práticas pedagógicas.

Infelizmente, esses discursos do professor sobre o aluno perduram ao longo dos relatórios que seguem sob análise, quando fazemos uma análise longitudinal também de uma mesma criança, vejamos:

Declaro para os devidos fins que frequenta este estabelecimento de ensino, onde **apresenta bastante dificuldades de aprendizagem**, às vezes fica entediado em alguma atividade proposta, sente a tarefa como uma ameaça que destaca suas necessidades, **não se concentrando por muito tempo** nas atividades. Durante as brincadeiras e atividades livres, mantém-se em **atitude passiva**, sem saber o que fazer. Solicita continuamente a atenção da professora, mantendo-se **isolado dos colegas de sala**, apresentando **dificuldades de interagir e socializar-se** com o meio, necessitando de Atendimento educacional Especializado (AEE). Segundo laudo médico o mesmo **apresenta retardo mental leve**. (Documento elaborado pela professora do AEE e pela coordenadora pedagógica de uma escola de ensino fundamental no município de Granja-CE, em 27.5.2014, grifo nosso).

Após um ano e quatro meses de acompanhamento profissional, o AMPIA solicitou um relatório qualitativo da criança, para fins de acompanhamento dos alcances terapêuticos e permanecem os mesmos argumentos e lógica de não conseguir se assinalar nenhum avanço ou algum aspecto positivo sequer na criança, além de justificar com o “laudo médico” sua condição:

Frequenta esta escola no 2º ano do ensino regular no turno da manhã e no contra turno frequenta a sala do Atendimento educacional Especializado (AEE). O referido aluno apresenta uma **agitação psicomotora e comprometimento do comportamento, dificuldade para interagir e socializar-se** com os demais colegas, não consegue se concentrar por muito tempo e **tem muita dificuldade de aprendizagem, segundo laudo médico apresenta retardo mental leve**. (Documento elaborado em 16.9.2015 pela professora do AEE, coordenadora



pedagógica e diretora geral de uma escola de ensino fundamental no município de Granja-CE, grifo nosso).

Temos o caso de uma criança que estuda em uma escola municipal de Fortaleza (CE) que queremos explicitar nesse estudo. A criança foi encaminhada para o AMPIA pelo ambulatório de neuropediatria (HUWC), com a seguinte justificativa: “Teve alta da psiquiatria, mas em virtude da gravidade dos sintomas comportamentais necessita seguir em acompanhamento”. A criança tem o diagnóstico clínico de autismo não verbal e dentre suas características sobressalentes se observa “[...] a alimentação exclusivamente líquida, agitação psicomotora intensa, ausência de controle esfínteriano, grita para conseguir o que deseja e não dorme durante o dia”.

Socializando os documentos emitidos pela escola, temos que, em 04 de maio de 2016, a professora do AEE do aluno fez a seguinte solicitação ao AMPIA:

Sra. médica, solicitamos um parecer médico para o aluno, pois o mesmo ainda não consegue permanecer todo o período de aula na escola, a mãe, por livre e espontânea vontade, leva o filho mais cedo para casa. Nesse sentido, **pedimos um respaldo médico explicando que a criança não consegue cumprir a carga horária escolar diária**. Mesmo com a presença da professora do AEE, a concentração do aluno é curta e L. permanece por pouco tempo na sala de aula comum.

O caso é esse, portanto: o aluno não estava frequentando ensino regular, apesar de estar matriculado. Nos escritos acima, a escola declarou interesse na permanência exclusiva do aluno no AEE e da não frequência a sala de aula comum, sob alegação de sua condição clínica (diagnóstico). A mesma concepção pode ser verificada no recorte de outra justificativa para a mesma solicitação, em outro relatório escolar: “L. S. C. está matriculado no infantil V, contudo não frequenta a sala de aula regular, sua turma tem 18 crianças, onde também estuda outra criança com deficiência”. Isso nos mostra “os perigos” possíveis de um laudo!

Ainscow (2001) nos alerta para o fato de que a inclusão não deve ser considerada uma tarefa distanciada na escola ou conduzida somente por grupos específicos. Deve haver compromisso de toda a comunidade escolar com os processos inclusivos, o qual deve ser transformado em ação prática na medida em que deve ocupar um local central nos planejamentos e avaliações de práticas pedagógicas de modo primordial em detrimento da busca incessante de respaldos médicos ou especializados.

Em face dessa citada deslegitimação, poderíamos mencionar uma possível fragilidade nos saberes de núcleo profissional, expressa, e ao mesmo tempo escondida, em uma exaltação de saberes de outro núcleo profissional, assim atribuído a medicina e/ou a psicologia?

A pesquisadora abaixo referida nos ajuda nessa reflexão:

Deparamos-nos com frequência com esse argumento como justificativa ao impedimento de se realizar a inclusão de alguns alunos, o que nos faz considerar que a ênfase dada pelos professores à necessidade de atendimento clínico especializado é de certa forma, coerente com a concepção patológica que, em alguns momentos, demonstram ter sobre os alunos com deficiência e/ou dificuldades mais significativas. Em certa medida, os relatos a esse respeito denotam certa deslegitimação do fazer pedagógico para os profissionais dos serviços médicos e especialistas, como se esses atendimentos fossem indispensáveis às exigências do desempenho escolar desses alunos, ou ainda, como se os saberes pedagógicos fossem secundários ou de menor importância. Essa postura dos profissionais da educação produz uma inversão de perspectiva no sentido de transformar a escola para receber todos os educandos com suas diferenças e características individuais, minimizando a concretização desta possibilidade pela transformação da escola e da melhoria da capacitação docente. (LUSTOSA, 2018, p. 3).

Nos relatórios analisados encontramos mais situações necessárias de socialização. O AMPIA solicitou à escola um relatório abrangendo o desempenho geral de uma criança e as práticas a ela destinada, para fins de uma melhor compreensão desta em seu contexto de atendimento escolar para serem exploradas simultaneamente no atendimento terapêutico. A professora do AEE evidenciou apenas as necessidades do aluno e suas atitudes no cotidiano escolar, porém, não ressalta a solicitação que eram “as estratégias por ela propostas nessas ocasiões específicas”. Vejamos o relatório de retorno da professora que não se difere dos anteriores.

O aluno necessita aprimorar sua coordenação motora fina e ampla, quando lhe é solicitado que escreva ou desenhe algo. Realiza movimentos que caracterizam descarga motora. Joga alguns objetos no chão e dificilmente os apanha quando é solicitado. É um aluno carinhoso, não demonstrou agressividade com a professora ou colegas. Quando está na quadra da escola demonstra muita felicidade. Às vezes, o aluno gosta de brincar com o *tablet*, mas logo se desinteressa. Quando assiste um DVD não tem muita concentração, prefere mudar os cliques que estão passando. (Relatório elaborado pela professora do AEE em 17.6.2015).

Essa mesma professora relatou, em outras ocasiões,

[...] que já foram pensadas e realizadas diversas tentativas de inclusão do aluno, que tem diagnóstico de TDAH, mas o mesmo necessita de atenção constante e, por isso, o portão da escola deve permanecer sempre fechado para que ela não fuja.

Acrescentou que na “escola ainda não há um cuidador ou profissional de apoio para ajudar na inclusão do menino”. O caso a seguir trata da mesma problemática de ausência do cumprimento pela Secretaria de Educação da oferta do profissional de apoio e, ao mesmo tempo, de sua importância para a escola e os professores quanto ao desenvolvimento do trabalho pedagógico com esse sujeito.

A mãe do aluno pediu ajuda à secretaria municipal de educação e a mesma conseguiu um bolsista para acompanhá-lo nas suas atividades internas escolares. Ele iniciou acompanhamento da criança no dia 15 de maio de 2017, no turno da tarde. Não pode estar na escola todos os dias, pois é universitário e dois dias na semana ele vai pra a universidade. Nos dias que o profissional de apoio está na escola o aluno participa de todas as atividades proposta mas de vez em quando ainda sai sem minha permissão, e sozinho e dificilmente mexe com os colegas. Progrediu nos conteúdos trabalhados, alcançando notas satisfatórias. Quando não está, ou nem o pai ou a mãe, o aluno não permanece em sala. Vai embora ou fica na direção, pois seu comportamento fica incontrolável. (Relatório elaborado em 20 de junho de 2017 pela diretora da escola onde o aluno estuda).

Depreendem-se dessa análise duas situações: uma é a importância desse profissional para a aprendizagem da criança; outra, é que os educadores parecem depositar a expectativa em um profissional de apoio.

Essa mesma professora comunica seguidamente que, não consegue atender o aluno sem a presença dos pais, pois o mesmo chora e grita bastante. Enfatiza que o atendimento rende mais quando a mãe está presente, pois o aluno se aproxima da professora e brinca com alguns jogos, quando nessa situação.

Precisamos pensar em modos de aproximação e estreitamento dessa relação. Também precisamos pensar sobre possíveis espaços de escuta junto aos pais, com atenção para não reduzir esses momentos a meras descargas dos pontos negativos acerca do aluno. Nesse caso nos pegamos a refletir: qual a qualidade da relação entre essa criança e seus pais? A escola proporcionou algum acolhimento efetivo para que fosse conversado com esses pais sobre o contexto familiar? O que se esconde nos bastidores do lar dessa criança? Como conseguir desligar a necessidade dos pais para se conseguir lidar com essa criança no contexto escolar, o que nos parece ser uma necessidade?

Nosso posicionamento nesse sentido é o de que seria interessante e importante, a construção compartilhada dos planos com a família, que precisa entender a importância do estímulo à autonomia e independência dessa criança. Inicialmente, seria importante o engajamento real da mãe nas intervenções, para que se lançasse mão dos benefícios dessa relação, e, gradualmente, a professora poderia ir passando, gradualmente, a atender sozinha. Também importante, independente da natureza da relação entre a mãe o filho, um processo gradual, de reflexão em uma relação dialógica com a mãe para que fossem compreendidas, sob seu olhar, as suas próprias questões e da criança e também as questões pedagógicas. Outro ponto relevante é que sejam valorizados momentos para socialização dos objetivos do AEE com a mãe e a criança.

Embora não se trate do objeto de estudo da pesquisa em tela “a situação e relação família”, pedimos licença para ressaltar que é impossível negar a relevância do engajamento

da família como um ator essencial nos processos inclusivos. Em muitos contextos, a família também necessita de um olhar de atenção e de integração no processo. E não podemos negligenciar isso sob a justificativa de que “não temos para onde encaminhar a criança”, discurso muito comum nas escolas. É preciso refletir que há situações em que acompanhamentos especializados nem sempre são a demanda prioritária. Entretanto, uma escuta atenta e uma postura de acolhimento são passíveis de viabilizar a compreensão de muitas questões relacionadas ao aluno.

De fato, a interação efetiva entre família e escola contribui de maneira positiva para o processo de real inclusão de crianças público alvo da educação especial em salas de aula regulares. Entretanto, o envolvimento da família no processo de inclusão escolar fica sujeito a diversos fatores, como: percepções dos pais sobre o papel da escola no desenvolvimento da criança, tipo de apoio e suporte ofertados pela escola, concepções da escola sobre a criança com deficiência, políticas educacionais nacionais, estaduais e municipais, entre outros, variando significativamente em relação à idade e etapa educacional da criança. (MATURANA; CIA, 2015, p. 351).

“O relacionamento família-escola vem sendo apontado pela literatura nas áreas da educação especial e psicologia como um dos principais fatores facilitadores no processo de inclusão escolar” (MATURANA; CIA, 2015, p. 349). Assim, a família tende a ser representada como uma instituição parceira na educação das crianças (DIEB, 2008, p. 166). Por outro lado, as ideias médico-pedagógicas da deficiência parecem valorizar o aluno como única vertente de toda essa questão (JANUZZI, 2004). Trata-se de representações que favorecem saberes e práticas fragmentadas a partir do entendimento de que a deficiência é um atributo do próprio sujeito, haja vista que o foco das mudanças e adaptações é voltado ao aluno, em detrimento da escolarização ou do engajamento da família (OMOTE, 2006).

Corriqueiramente a família tem sido apontada como negligente diante dos comportamentos dos filhos na escola. No entanto, precisamos nos interessar mais sobre esta para fins de melhor compreensão e fortalecimento das parcerias. Portanto, é urgente que haja interesse pela dinâmica familiar.

Urge que consideremos a oferta primordial de espaços de escuta, expressão das famílias, além de construções compartilhadas dos planos ou projetos junto ao aluno, seja na escola, seja nos contextos terapêuticos. Os saberes da família também são valiosos e é possível que as dinâmicas familiares exerçam influencia no comportamento dos filhos.

Há casos em que as crianças manifestam sintomas como um reflexo de uma dinâmica familiar conflituosa ou adoecida. Também não se nega a possibilidade da existência de contextos de adoecimento. Sob o pertinente discernimento profissional a família deve ser

envolvida nos processos decisórios sobre as intervenções a serem implementadas junto à criança, de modo que essa parceira seja ainda mais estimulada e fortalecida.

Encerramos aqui essa discussão sobre família e retornamos às análises da pesquisa documental a partir do levantamento junto as 30 (trinta) escolas da rede municipal de Fortaleza.

A pesquisa que realizamos expressou que dentre as deficiências mais recorrentes (GTEI, 2017), no universo de seiscentos alunos, expressivamente predominou a deficiência intelectual (544 alunos) seguida do autismo (197 alunos).

Historicamente, a educação de pessoas com deficiência foi acontecendo de maneira segregada e excludente, fruto da preocupação de religiosos e de alguns filantropos na Europa (BRASIL, 2007). Ao longo dos tempos, esses alunos com deficiência intelectual passaram a ser acompanhados em escolas especiais ou de caráter clínico, as quais têm sido extintas na contemporaneidade, em prol da inclusão dessas pessoas em salas de aula regular. Nessa perspectiva, os avanços no campo educacional são inegáveis, especialmente sob a consideração das práticas mais remotas e primitivas da sociedade, as quais foram rompidas e transpostas.

A Educação Inclusiva consiste em um paradigma educacional, que se apoia na concepção de direitos humanos, ao considerar a igualdade de oportunidades e, as diferenças individuais fundamentadas nos valores que não se separam, inseridos no contexto de uma sociedade democrática e contemporânea. Esse pressuposto compreende o modelo de educação em que todas as crianças devem aprender e frequentar a mesma escola com igualdade de oportunidades, em consonância com as necessidades educacionais específicas de cada aluno. Assim, compreendemos a inclusão de crianças e adolescentes com deficiências como uma questão filosófica, política e cultural. (SOARES, 2017, p. 69).

Tem-se um processo que demanda uma reconfiguração concreta da sociedade, em um conceito bastante ampliado, para que as políticas instauradas sejam, verdadeiramente, operacionalizadas em prol do favorecimento da inclusão das crianças/adolescentes com deficiência e/ou transtornos mentais/emocionais.

Temos outro ponto a ser discutido. A Política de Educação Especial preconiza um público-alvo específico. Crianças e adolescentes com diagnósticos clínicos de transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) ou com transtorno opositor desafiador (TOD), por exemplo, teoricamente ficam à desse perfil. Contudo, encontram-se inseridas não somente nos centros terapêuticos, mas, especialmente, nas escolas. Portanto, estratégias plurais precisam ser pensadas, na medida em que estão envolvidos nos atendimentos clínicos no nível ambulatorial em tela.

Ressalta-se que a inclusão se configura como um construto social e revolucionário que supera o unicamente o acesso de pessoas estigmatizadas e diversos coletivos ao sistema regular de ensino. Implica a factível implementação de estratégias impulsionadoras de contextos equânimes, com a garantia do acesso a qualquer segmento social (RIBEIRO et al., 2015). Esses citados alunos têm sido incluídos em escolas regulares, o que deve ocorrer sem distinção e por meio de práticas pedagógicas significativas, sob a égide de um olhar ampliado e integral. Os sistemas de ensino precisam aceitar o desafio de se tornarem verdadeiramente inclusivos, alicerçados em paradigmas contemporâneos. Contudo, há desafios e obstáculos declarados, dentre os quais se incluem o discurso de docentes sobre as lacunas formativas, estrutura insuficiente, medicalização da saúde, etc.

O relatório construído pela professora do AEE de uma escola municipal de Fortaleza em junho/2015 sobre o aluno foi o único que ressaltou logo no início características escolares do aluno, além de alguns aspectos positivos cerca do mesmo. Ele tem diagnóstico de TDAH e TOD.

O aluno de 7 anos, cursa o 1º ano, apresenta bom desempenho na aprendizagem, lê fluentemente e interpreta textos. Gosta de dramatizar histórias e mostra-se curioso em relação à descoberta de novos conhecimentos. Expressa-se muito bem. No que diz respeito à convivência e socialização com outras crianças, age de forma agressiva quando contrariado. Mostra-se **impaciente, a todo instante muda de humor e tem dificuldade de pedir e aceitar desculpas**, perdurando com uma possível mágoa por vários dias. **Na sala de aula, já apresentou reações diversas, como gritar, jogar a bolsa e o material escolar no chão, chutar carteiras e mesas, proferir palavrões e xingamentos, além de bater nos colegas**. Em outras ocasiões, demonstra ser uma criança carinhosa e meiga. (Relatório elaborado por uma professora de sala de aula regular e pela diretora de uma escola do município de Morada Nova-CE, em 08.12.2015).

Percebemos que relatório anterior de destacou dentre os demais por ter sido o único que já inicia explicitando aspectos positivos (talentos, potencialidades, habilidades) acerca do aluno. Segue delineando os aspectos dissonantes e conclui com elogios sobre o mesmo. Percebemos uma forte tendência aos aspectos negativos serem majoritariamente privilegiados pelos professores.

Durante as sessões individuais, o paciente demonstra dificuldade de permanecer sentado, explora o ambiente, irrita-se com facilidade, não aceita ser contrariado e tem dificuldades para aceitar ordens. Dinâmica familiar é conturbada e a criança fica dividida entre a casa dos pais e a casa da madrinha. Mãe usa força física quando recebe reclamação em relação ao comportamento do garoto na escola. Vem demonstrando interesse por assuntos relacionados a anjos e demônios. Apresenta atitudes e conversas não coerentes com a idade. Demonstra tédio quando a atividade não lhe desafia. A genitora faz acompanhamento no CAPS. (Relatório psicológico elaborado em 22 de março de 2016)

No mês de abril de 2017, identificamos no prontuário<sup>16</sup> que a escola emitiu a transferência do aluno supracitado devido à gravidade dos atos do aluno, após inúmeras tentativas de diálogo com a família e sob a plena consonância do grupo gestor.

Silva (2016) afirma que é bastante comum que esses alunos com TDAH sejam excluídos do grupo e os professores perderem a paciência com eles. Exorta que o professor e escola não esperem para resolver essas questões sem apoio, o que nos mostra que não é tão simples para o professor, inclusive diante das fragilidades da formação. É necessária a parceria com os pais, com colegas mais experientes e até mesmo profissionais especializados.

78% Das escolas referiram que a ausência de laudo tem influência negativa no ensino inclusivo; 13% afirmaram que essa ausência se configura como positiva e 9% relatou indiferença nessa relação. Dentre as 30 (trinta) escolas, três mencionaram que a ausência de laudo se configura como influência positiva na qualidade do ensino inclusivo; duas afirmaram que se trata de contextos indiferentes, sem uma relação de obrigatoriedade (GTEI, 2017).

Esse dado expressivo sobre a influência negativa da ausência de laudo corrobora com os achados anteriormente delineados sob a soberania do diagnóstico médico em comparação com as estratégias pedagógicas a serem implementadas. Inferimos que priorização do laudo médico, com o claro estabelecimento de um diagnóstico clínico, parece ser uma estratégia primordial e determinante para a implementação de processos inclusivos na sala de aula regular. As escolas referiram que conhecer os quadros clínicos dos alunos é de suma importância, o que reforça essa ideia.

Sobre o acesso das escolas municipais à Rede de Atenção à Saúde de Fortaleza, os professores relataram dificuldade constante no tocante à obtenção do laudo médico. Os serviços são insuficientes no contexto de uma rede precária. As listas de espera esse para atendimento são enormes. Enquanto isso, parece-nos que não há investimentos junto às crianças e adolescentes.

[...] É a estrutura social que desabilita e cria a deficiência devido à falta de serviços e oportunidades adequadas para assegurar a plena e incondicional inclusão social de todos. Partindo desse esteio teórico, é a sociedade que deve se adaptar e acomodar para locupletar as necessidades de seus membros e não o contrário. A deficiência não é uma consequência natural do corpo lesionado, e sim uma imposição social relacionada a não adaptação da diferença [...] (PICCOLO, 2015, p.89).

<sup>16</sup> Acrescentamos que dois meses depois, o AMPIA solicitou um relatório do acompanhamento psicológico com a finalidade de acompanhamento da evolução da criança e ampliação dos conhecimentos sobre a criança. Foi ressaltada intervenção profissional junto à família: “De acordo com o acompanhamento realizado com a criança em questão, pode-se perceber além do distúrbio de comportamento, grandes conflitos relacionados à dinâmica familiar, sendo a família orientada sobre essa questão. O mesmo apresentou também falsas crenças de que algumas crianças de sua escola são seus inimigos” (Relatório da equipe multidisciplinar do AMPIA).

Apenas duas escolas, das trinta investigadas, relataram seguir o procedimento padrão, ou seja, o fluxo preconizado e estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SME), que prevê o encaminhamento inicial do aluno para o distrito de educação. As escolas que referiram dificuldade de acesso à rede de atenção à saúde encaminharam com a finalidade de obtenção do laudo médico.

Sobre os procedimentos adotados pelas escolas para estabelecimento do diagnóstico clínico do aluno com deficiência, por meio de encaminhamentos para serviços ou instituições na rede de atenção, preponderou a referência para as Unidades de Atenção Primária (UAPS) (postos de saúde) acompanhada do relatório elaborado pela escola. Apenas duas escolas encaminharam os relatórios para os respectivos distritos de educação. As demais escolas não referiram as razões para não seguir o fluxo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Uma parceria entre a escola e as equipes de saúde da família (ESF) e dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF) seria importante.

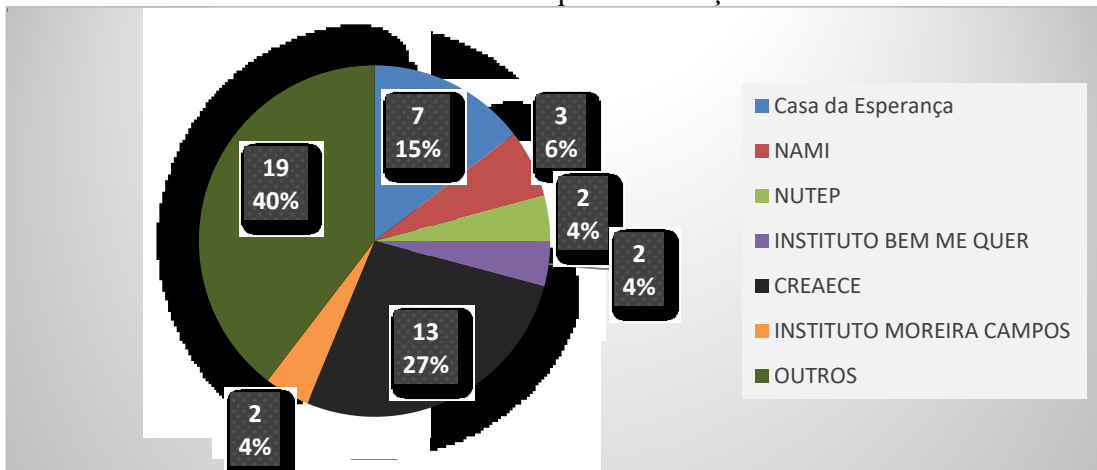
Essas equipes atuam no território habitado pelas famílias e implementam práticas profissionais alicerçadas na prevenção de agravos e promoção de saúde, numa perspectiva ampliada, a qual ultrapassa o conceito de saúde como ausência de doenças. Como discutido em momentos anteriores, são desenvolvidos projetos junto às escolas. O caso de L. poderia ser uma notável razão para encontros interdisciplinares e intersetoriais, entre a Saúde, a Educação e Assistência Social, por exemplo.

Percebe-se a lacuna evidente no tocante às ações da Atenção Primária (postos de saúde) na interface com as escolas. É necessário que se discuta, com propriedade, se esses alunos encaminhados teriam real demanda para um serviço de saúde e passarem a ocupar filas de espera infinitas.

Dentre as 30 escolas, 25 encaminham alunos com deficiência para instituições de apoio educacional. Do mesmo universo, 21 escolas referiram a existência de convênios da escola com centros de atendimento especializado e 5 desconhecem os convênios.



Gráfico 1 – Encaminhamentos das escolas para instituições de saúde de Fortaleza



Fonte: GTEI (2017).

A instituição que mais recebe encaminhamentos é o Centro de Referência em Educação e Atendimento Especializado do Ceará (CREAECE), que se trata de uma instituição vinculada à Secretaria de Educação do Estado do Ceará. Este fato, talvez, respalde o maior número de encaminhamentos das escolas, na medida em que se constitui uma instituição de referência para isso. Em seguida, a Casa da Esperança surge em segundo lugar no *ranking* de encaminhamentos das escolas pesquisadas. Trata-se de uma instituição privada, situada no II Distrito de Educação no município de Fortaleza. Duas instituições vinculadas a universidades somaram 10%. O Núcleo de Atendimento Médico Integrado (NAMI) é vinculado à Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e o Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce (NUTEP) tem vínculo com a Universidade Federal do Ceará (UFC). Por último, o Instituto Bem-me-quer e o Instituto Moreira Campos dividem 8% dos encaminhamentos. Cabe ressaltar que para todos esses equipamentos há enormes listas de esperas.

O AMPIA não consta nessa rede de atenção que acolhe os encaminhamentos das escolas para obtenção de laudo médico. Reiteramos que o acesso ao citado ambulatório ocorre por meio dos demais ambulatórios do Hospital Universitário Walter Cantídio-HUFC. Ainda é um serviço de pequeno porte, que conta com uma equipe profissional reduzida, o que impede de ser aberto à rede.

Ressaltamos que a Prefeitura de Fortaleza possui Convênios com oito centros de atendimento especializados para junto a crianças com deficiência: i. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE); ii. Associação Pestalozzi do Ceará; iii. Recanto Psicopedagógico da Aldeota (AVAPE); iv. Centro de Integração Psicossocial do Ceará (Instituto Bem-me-quer); v. Instituto Fillippo Smaldone; vi. Centro de Convivência Mão Amiga (Jóquei/Messejana); vii. Instituto Moreira de Souza; viii. Associação de Assistência à

Criança Excepcional (AACE). Percebemos que dentre essa gama de dispositivos, somente duas instituições conveniadas ao município de Fortaleza recebem encaminhamento de alunos das escolas pesquisadas: o Instituto Bem-me-quer e o Instituto Moreira de Souza, as quais somam 8% do total de encaminhamentos realizados pelas escolas.

Consideramos que para atendimento nas citadas instituições as crianças/adolescentes e suas famílias enfrentam esperas, em geral, prolongadas para usufruírem de uma avaliação inicial. O que se observa no cotidiano dos nossos serviços, é que nem todos os alunos encaminhados têm demandas reais para engajamento em atendimentos sistematizados. Após esse período, acontece das equipes multiprofissionais identificarem que aquele sujeito não tem perfil para atendimento na instituição. Muitas vezes se trata de expressões, até então, ditas sintomáticas, justificadas por conflitos familiares, por exemplo. Por outro lado, a espera pelo atendimento inicial é tão demorada que comportamentos que poderiam ser passageiros, podem se configurar quadros mais severos pela ausência de olhares e intervenções multiprofissionais de modo qualificado e precoce.

Todas as escolas envolvidas na pesquisa realizam os encaminhamentos para instituições de saúde. Indagamo-nos em que medida há um olhar discernido para os aspectos, de fato, pedagógicos, ou a denúncia de possíveis resistências aos processos inclusivos.

[...] a ênfase dada pelos professores à necessidade desse atendimento é, de certa forma, coerente com a concepção clínica/patológica que se tem desses sujeitos. Em certa medida, os relatos a esse respeito denotam uma deslegitimação do fazer pedagógico para os profissionais dos serviços médicos e especialistas, como se esses atendimentos fossem indispensáveis às exigências do desempenho escolar desses alunos, ou ainda, como se os saberes pedagógicos fossem secundários ou de menor importância. Essa postura dos profissionais da educação produz uma inversão de perspectiva no sentido de transformar a escola para receber todos os educandos com suas diferenças e características individuais, minimizando a concretização desta possibilidade pela transformação da escola e da melhoria da capacitação docente. Nesse sentido, posicionamo-nos, chamando tais argumentos de ênfase em discursos-álibi. (LUSTOSA, 2015, p. 19).

Mesmo em face do desconhecimento dos contextos do aluno, não se concebe que o professor supervalorize os saberes médicos e subestime seus próprios saberes nucleares. Percebemos que os discursos-álibis ainda se mantêm tão contemporâneos como eram há décadas, como nos escritos advindos da escola para a equipe especializada.

Apontamos alguns pontos marcantes das análises e discussões até aqui delineadas. O que mais sobressaiu foi a questão do laudo médico como ação prioritária (e até determinante) para processos inclusivos. Essa solicitação da escola antecede a proposição de qualquer ação educativa. Não há o foco na identificação e investigação das dificuldades escolares por parte dos professores. Todavia, não é de se admirar que o grande eco que se

sobressai na nossa pesquisa é o laudo, enquanto constituintes de narrativas que evocam as expectativas da escola.

Ao serem solicitados, os relatórios qualitativos originados da escola evidenciam primeiramente os aspectos negativos do aluno em detrimento dos positivos. Parece que estes últimos permanecem obsoletos durante as observações cotidianas dos professores e tem sido sinalizados por meio de comportamentos de agressividade, inquietação, dificuldade de socialização. E quando apontados, um número reduzido dos relatórios socializou a repercussão desses aspectos no desempenho escolar ou na aprendizagem dos alunos. Em acréscimo, nenhum relatório explicitou estratégias pedagógicas implementadas na sala de aula.

Ressaltamos a demanda de capacitação dos profissionais da educação em relação à intersectorialidade, assim como ao contexto da saúde mental de crianças e adolescentes. Ademais, percebemos a necessidade de apropriação dos paradigmas da Saúde na escola.

Temos algumas “pedras” no caminho as quais envolvem as lacunas na interface entre a saúde e a educação. Seguem algumas considerações relevantes.

1. Reconhecemos que o AMPIA não representa um panorama hegemônico ou uma realidade generalizável à rede de atenção à saúde no município de Fortaleza. A qualidade dos atendimentos realizados não pode ser tomado como realidade da rede;
2. É incontestável a insuficiência dos equipamentos de saúde diante da enorme demanda de crianças e adolescentes. Portanto, a rede de atenção à saúde não consegue suprir as necessidades.
3. Há outros equipamentos da saúde que se assemelham pelo olhar ampliado e pelas equipes interdisciplinares, embora atuem sob a perspectiva dos atendimentos sistematizados e acompanhamentos mais longitudinais e prolongados. Como exemplos, temos o Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) e o Núcleo de Tratamento de Estimulação Precoce (NUTEP). Esses citados são poucos, mas atuam com seriedade e competência técnica.
4. O município de Fortaleza dispõe de apenas dois Centros de Atenção Psicossocial na modalidade infantil, sendo cada um responsável por três secretarias regionais e cujo público-alvo é composto por crianças e adolescentes com transtornos mentais graves.

#### **4.2 Demandas de saberes da equipe clínico-especializada (campo da saúde) para a escola (campo da educação)**

Na contemporaneidade, o campo da Saúde Mental está pautado nos referenciais da atenção psicossocial, o qual prevê um olhar qualificado e ampliado sobre a pessoa e seus contextos, sob a égide uma perspectiva interdisciplinar e intersetorial. Por conseguinte, a “doença” deve ficar em segundo plano na medida em que não constitui o cerne da existência.

As equipes devem primar pela construção coletiva dos planos terapêuticos, haja vista que as questões são singulares e complexas, por dotarem de natureza multidimensional. Passou-se a se valorizar também o território ou a comunidade na qual a pessoa vive.

Contudo, nem sempre foi assim. O advento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) proporcionou toda essa reconfiguração e ressignificação de paradigmas concernentes ao atendimento das pessoas em sofrimentos psíquicos ou transtornos mentais. Estas eram feridas em sua dignidade humana, na medida em que eram submetidas a terapêuticas equivocadas, inclusive, a práticas de tortura, hospitalocêntricas em sua essência.

A soberania do saber médico era incontestável e não se concebia a atuação de uma equipe interdisciplinar. Tampouco as crianças eram foco das intervenções e a Saúde Mental Infantil estava posta à margem, resumindo-se a práticas alienantes e segregacionistas. Superou-se o universo unicamente psiquiátrico e controverso para se alcançar o campo da Saúde Mental, o qual abrange muito mais que entidades nosológicas codificadas. A primazia da integralidade é uma máxima em todos os níveis de atenção em saúde (mental)<sup>17</sup>.

Na análise de documentos do AMPIA, como por exemplo, a solicitação de relatório escolar por parte da equipe multiprofissional, é nítido o interesse pelo conhecimento

---

<sup>17</sup> Sendo parte integrante do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), o AMPIA está diretamente vinculado à Universidade federal do Ceará (UFC), que atuou como pioneira na implantação de serviços substitutivos propostos pela RPB. Exemplifica-se a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da Secretaria Regional III do município de Fortaleza. O engajamento e o esforço de profissionais de Saúde Mental do HUWC foi essencial para o surgimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Atualmente, o citado território conta com leitos psiquiátricos em hospital geral e ambulatorios gerais e especializados (HUWC/UFC), um Caps Geral, um Caps Infantil, um Caps Álcool e outras drogas, uma unidade de atenção primária, com a qual se estabelece parcerias. Além disso, a atenção psicossocial ultrapassa os limites físicos dessas instituições e alcança escolas, igrejas, organizações não governamentais e espaços de lazer. As diretrizes do AMPIA se alinham com os princípios da atenção psicossocial na medida em que priorizam a integralidade das ações junto à criança/adolescente e suas famílias. Essas concepções são mais bem viabilizadas por se tratar de um contexto que prima pela interdisciplinaridade e por construções compartilhadas de planos terapêuticos, a partir de uma relação dialógica.

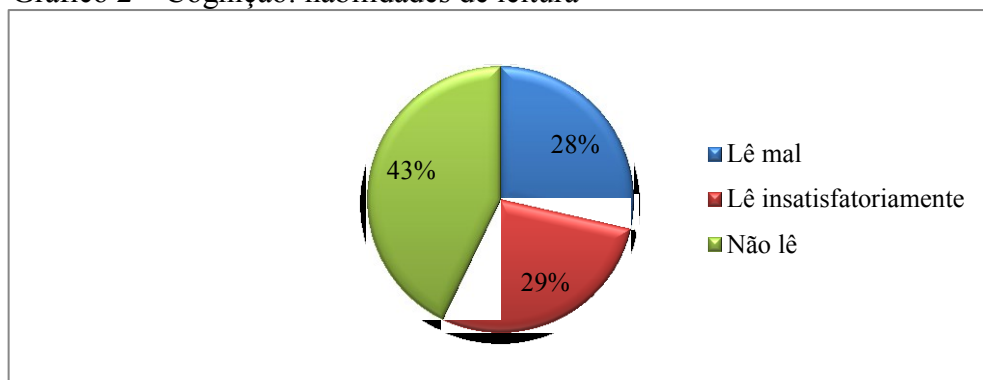
das questões pedagógicas para melhor compreensão da criança/adolescente<sup>18</sup>. Em contrapartida, os relatórios elaborados pelos educadores não expressam essas questões.

No ingresso da criança, a equipe do AMPIA solicita da escola um outro tipo relatório que tem formulário e roteiro pronto com diversos aspectos relacionados à dinâmica e desempenho escolares, os quais se julga serem necessários a uma compreensão mais discernida da criança/adolescente. Esse relatório a coleta dos saberes e conhecimentos do campo da Educação Inclusiva, sobre a criança, via escola. Os próximos escritos retratam os pontos centrais desse citado formulário, com base nos itens contemplados nos relatórios das 7 (sete) crianças, os quais constavam em prontuário.

O **compromisso escolar** envolve a assiduidade, pontualidade, cumprimento de tarefas e cuidado com os materiais. Os professores referem que, em geral, os alunos faltam moderadamente às aulas (43%). Os que faltam pouco ou nunca faltam têm percentil aproximado (28 e 29%, respectivamente). A pontualidade é uma característica de metade deles. Sobre o cumprimento de tarefas, ressaltam que a maioria sempre faz as tarefas de casa e de sala (86%), enquanto que uma parcela mínima raramente o faz (14%). Os materiais escolares estão sempre bem cuidados.

Sobre a **cognição**, os professores julgam que 57% dos alunos têm as **habilidades de matemática e raciocínio lógico** abaixo da média e 43%, na média. Em se tratando de **habilidades de leitura** temos a representação a seguir, a qual nos mostra que quase metade das crianças não lê (43%) e as outras lêem mal (28%) ou insatisfatoriamente (29%).

Gráfico 2 – Cognição: habilidades de leitura

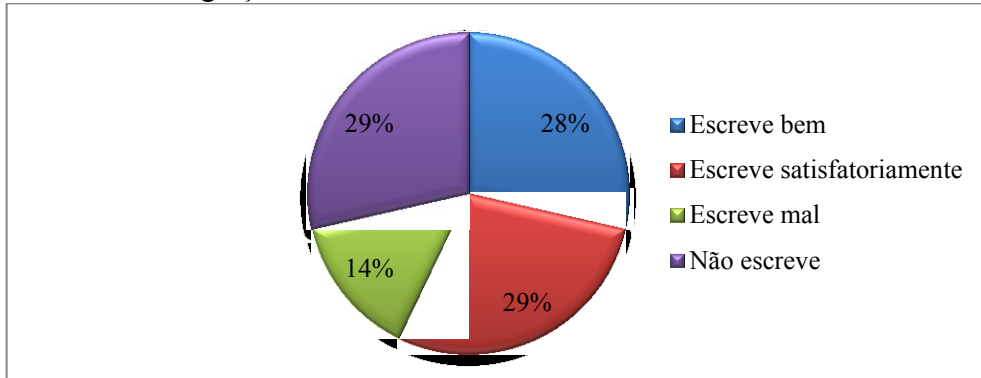


Fonte: Elaborado pela autora.

<sup>18</sup> Percebemos na solicitação a seguir esse interesse relatado: “Prezado professor, solicitamos a gentileza de nos enviar um relatório avaliando a evolução do paciente H. P. A. S. quanto à sua aprendizagem e seu comportamento em sala de aula”. (Documento solicitado pela médica psiquiatra do AMPIA, em 11.5.2017).

Sobre as **habilidades de escrita**, o gráfico abaixo no mostra que as crianças que não escrevem e as que escrevem satisfatoriamente se aproximam (29%) das que escrevem bem (28%). Os professores afirmaram que 14% escreve mal.

Gráfico 3 – Cognição: habilidades de escrita



Fonte: Elaborado pela autora.

Em geral, o **rendimento escolar** dos alunos se encontra abaixo da média (62%), 25%, insatisfatório e 13%, em situação de defasagem severa. Verificamos que há algo mais ser investigado, pois existe uma dissonância a partir da constatação de que metade das crianças não lê e não escreve ou escreve mal.

Destacamos que o roteiro em questão expressa interesse nas **brincadeiras preferidas** das crianças e que somente em dois havia essas respostas. Ou os professores não se interessam em responder ou não tem essa informação por não terem investigado previamente. Achariam desprezível essa informação? Interessante refletir sobre a ausência desse dado, sobre o qual diz muito sobre os centros de interesse<sup>19</sup> da criança.

A identificação aspectos envolve o conhecimento e a compreensão acerca do contexto social e cultural, que envolve o repertório de significados pessoais. Temos uma estratégia basilar e primordial para a elaboração de intervenções ou construção de planos terapêuticos, de modo que as práticas profissionais propostas sejam imbuídas de sentido para

<sup>19</sup> A atenção aos centros de interesse dos alunos é outra dimensão importante para a prática pedagógica, pelas implicações que tem para as aprendizagens dos educados: importa considerar a cultura do aluno e seu meio, os interesses e s iniciativas dos alunos como fator motivacional da aprendizagem, na promoção do ensino. Esse aspecto é importante, ainda, pela possibilidade de mobilização do professor planejar situações didáticas voltadas para as necessidade dos alunos e, quando necessário, modificações nas atividades. Segundo Haidt (1995), o trabalho com os centros de interesse dos alunos é considerado na área da Didática como ligado aos “procedimentos de ensino-aprendizagem individualizantes [...] pois valoriza o atendimento às diferenças individuais e faz adequação do conteúdo ao nível, ao ritmo das aprendizagem de cada aluno individualmente [...] Para Haidt (1995, p. 173) os “centros de interesse constituem um método globalizador e interdisciplinar [...] que partem do interesse do educando, que é o principal elemento afetivo para a aquisição do conhecimento” (LUSTOSA, 2009, p. 194).

esse sujeito. Inclusive o vínculo com os profissionais e a adesão às terapias propostas tendem a ser mais bem viabilizadas.

Sobre o **comportamento dos alunos** em sala de aula e na escola, os relatos dos professores dizem sobre conversas paralelas e excessivas em sala de aula, inquietação, agitação, impulsividade, falar muito alto, reação com agressividade diante de frustração, poucos amigos, levanta-se muito, isolado. E quanto aos **interesses das crianças na escola**, temos que quase metade (43%) tem pouco interesse. Há as que gostam de estudar, mas não aprendem (28%) e outra parcela com interesse satisfatório.

O relatório solicitado pelo AMPIA envolve a descrição de pontos fortes (aspectos positivos, potencialidades) e pontos fracos dos alunos. Dentre as 7 (sete) crianças, 5 (cinco) professores sinalizaram pontos fortes. Percebemos que estes últimos aspectos não foram explicitados nos relatórios qualitativos elaborados pelos professores. Segue uma tabela com citados pontos, sendo cada linha (ponto positivos e negativos) referente a um aluno.

Quadro 1 – Lista dos pontos fortes e pontos fracos dos alunos

Pontos fortes	Pontos fracos
É uma aluna muito meiga e carinhosa; gosta de conversar sobre assuntos pessoais com a professora.	Em alguns momentos se sente incapaz de resolver conflitos e pede a ajuda da professora; às vezes chega a chorar.
Amável, amigo, falta pouco, gosta de participar das festas escolares.	Impaciente, fala alto.
Lê, escreve e codifica os símbolos, tem noções espaciais e não apresenta timidez.	Não consta.
O aluno é participativo, opina sobre todos os assuntos; reflete sobre suas ações e as consequências destas.	O mesmo não interage socialmente e apresenta dificuldades em concentração, em interpretação de leitura e raciocínio lógico.
É assíduo; participativo; organizado, possui bons hábitos de higiene; tem interesse em aprender; fica chateado quando não consegue.	Baixa autoestima (refere-se sempre a si mesmo de forma negativa); sociabilidade: tenta impor suas vontades perante os colegas; é inquieto demais.
É uma aluna muito meiga e carinhosa; gosta de conversar sobre assuntos pessoais com a professora.	É disperso; tem dificuldade em fazer e conservar amizades; fala palavrões; com frequência; perde momentos de aprendizagem.
Amável, amigo, falta pouco, gosta de participar das festas escolares.	Não consta.
Lê, escreve e codifica os símbolos, tem noções espaciais e não apresenta timidez.	Não consta.

Fonte: Elaborado pela autora.

Os relatórios elaborados pelas escolas, sob a solicitação do AMPIA, são focados nas limitações gerais e nos comportamentos dissonantes do aluno. A demanda aparente da escola é centralizada na emissão de um laudo que enquadre ou rotule a criança e, finalmente, justifique quaisquer expressões inadequadas no cotidiano escolar. Parece não se priorizar o olhar e as ações para as práticas pedagógicas em si.

Em contrapartida, o AMPIA se interessa pelo desempenho e comportamento escolar do aluno, na medida em que esse olhar viabiliza inclusive, a constatação de alcances terapêuticos.

Elencamos os **aspectos dos alunos que precisam melhorar** segundo a percepção dos professores.

- “Concentrar-se mais e falar para a professora se não tiver entendido algo sobre as disciplinas”;
- “Concentração e sua autoestima”;
- “Precisa melhorar a atenção e a concentração”;
- “Planejamento de atividade e espaço escolar com acompanhamento de um profissional específicos para desenvolvermos um trabalho adequado para as necessidades apresentadas”;
- “Necessita melhorar a concentração, aceitar as regras de convivência; melhorar o acompanhamento familiar nas atividades domiciliares”;
- “Necessita obter concentração nas explicações e ao fazer atividades propostas”.

Percebemos que os pontos para melhoria citados pelos professores expressam muitas questões pedagógicas provavelmente passíveis que intervenção na escola, seja na sala de aula regular, seja no AEE. Isso se contrapõe às queixas ou pontos negativos apontados pelos profissionais em relação aos alunos, e anteriormente discutidos nesse estudo, as quais estavam voltadas a questões comportamentais dos alunos. Qual a razão para esse notório descompasso? Mas quais as estratégias a serem implementadas para o alcance desse *status* levantado pelos professores acerca dos alunos? De que modo essas necessidades são socializadas com as famílias, para o estabelecimento de parcerias em prol do desenvolvimento esperado?

Logicamente, caberia um olhar interdisciplinar de equipes clínico-especializadas (saúde), sob a premissa de que os saberes e as práticas se complementam no campo da Educação Inclusiva. Afirmamos que o formulário para elaboração do relatório solicitado pelo AMPIA foi construído com base em aspectos julgados como pertinentes pelos profissionais de saúde desse ambulatório.

Seria interessante a valorização de espaços para construções compartilhadas e ações reflexivas entre ambos os campos como, por exemplo, no contexto de comunidades de prática. Essa talvez e constituísse como uma potente ferramenta para o desenvolvimento e o fortalecimento das práticas interepistêmicas. A diversidade de olhares e vertentes teórico-



práticas tende a estimular o fortalecimento dos saberes e conhecimentos específicos de núcleo profissional e da interface entre os campos da Saúde Mental e da Educação Inclusiva.

Atendimentos sistematizados por períodos longos não se configuram como uma premissa de operacionalização do AMPIA, como ocorre em instituições convencionais de saúde que atendem essa população. Percebemos que durante tempos reduzidos muitas queixas iniciais trazidas pela família e/ou observadas junto à criança, tendem a ser minimizadas e/ou superadas, em alguns casos, a ponto de ter “alta” do serviço prestado, sob a possibilidade de retorno, em caso de necessidade ou retrocesso no quadro.

Em outros casos, quando necessário, são realizados encaminhamentos para dispositivos ou equipamentos da Rede de Atenção à Saúde, Rede de Atenção Psicossocial (Caps, por exemplo). Todavia, é possível que o AMPIA continue na retaguarda.

Mesmo sendo um serviço em uma unidade hospitalar, contextualizado na saúde, o AMPIA não se limita a ações do nível de atenção terciária. É evidente o olhar para as questões sociais, educacionais, ou quaisquer demandas emergentes, no contexto de redes de apoio e intersetoriais. Compreende-se que as questões da criança/adolescente e de suas famílias não podem contar com a área da Saúde como uma perspectiva salvacionista. Na medida em que se trata de contextos multidimensionais, as quais requerem olhares, no mínimo interdisciplinares e intersetoriais, são ações ampliadas que podem e articuladas que podem ter mais poder de repercussão.

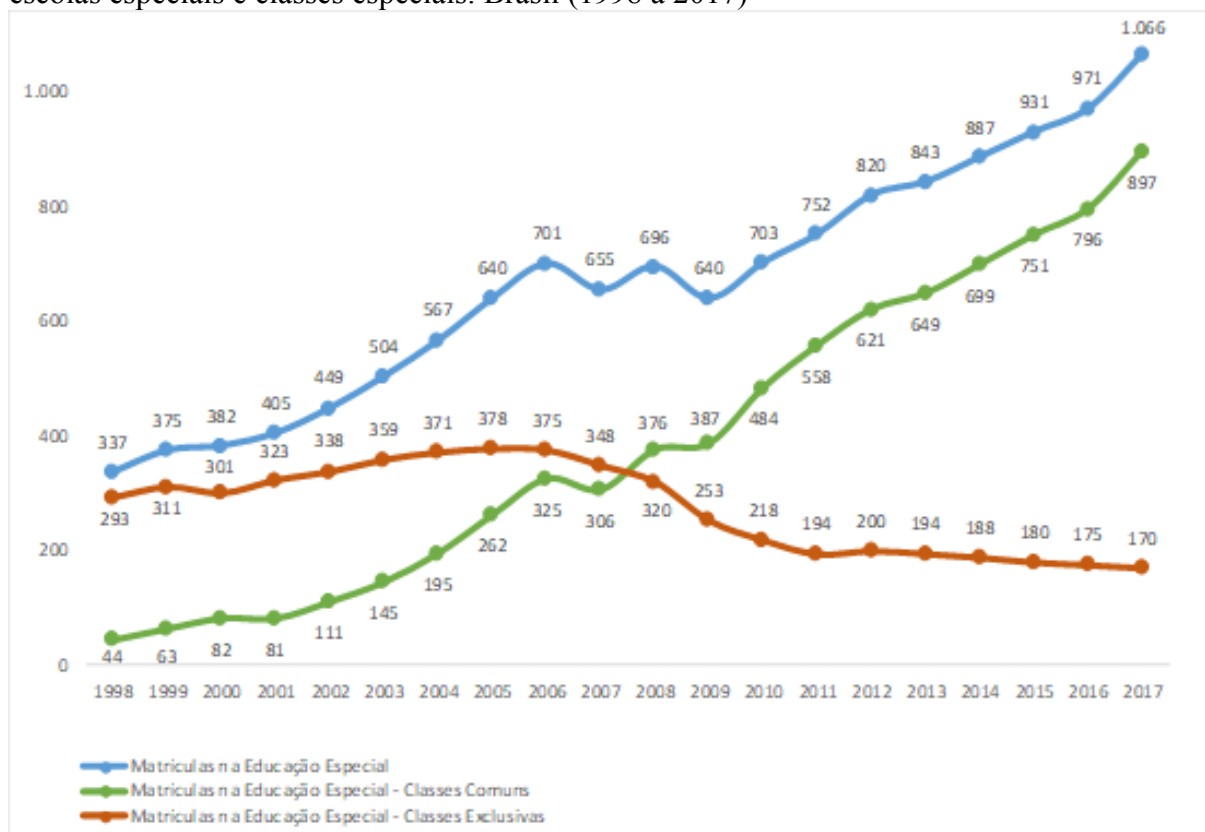
A dificuldade de articulação entre a escola e a equipe clínico-especializada (AMPIA) ainda se constitui como uma fragilidade. Trata-se de uma parceria que merece ser fortalecida em prol dos projetos inclusivos. Em poucos casos é possível se estabelecer uma parceria efetiva na interface saúde-escola, o que se verificaria a riqueza do compartilhamento de saberes e planejamentos coletivos.

Ainda há a necessidade de apropriação dos paradigmas da educação por parte das equipes clínico-especializadas, com vistas às demandas de capacitação dos profissionais em relação à intersetorialidade, com especificidades da área pedagógica.

## 5 INTERFACES ENTRE OS SABERES E PRÁTICAS DA POLÍTICA DE EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA INCLUSIVA E DA A LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: CONVERGÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS

Nesta seção optamos por construir análises a partir de documentos relevantes no campo da Educação Especial e que se configuram como pertinentes para a esta pesquisa. Iniciamos com um panorama geral e breve acerca da Educação Especial no cenário brasileiro elaborado pelo Ministério da Educação.

Gráfico 4 – Total de matrículas da Educação Especial nas escolas regulares/classes comuns e escolas especiais e classes especiais. Brasil (1998 a 2017)



Fonte: Brasil (2018).

Em termos quantitativos, verificamos que houve um aumento progressivo e significativo das matrículas de alunos em classes comuns no ensino regular. Apesar do número de matrículas, e acordo com o Censo Escolar da Educação Básica – Inep/MEC (BRASIL, 2018), observa-se que: “Apenas 5% dos docentes atuam na Educação Básica possuem curso de formação continuada em Educação Especial; Apenas 43% dos docentes

atuando em turmas de AEE possuem curso de formação específica em Educação Especial”. São dados preocupantes com implicação direta na qualidade dos processos inclusivos.

Tabela 2 – Percentual de matrículas da Educação Especial: em classes comuns e no AEE. Brasil (2009 a 2017)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
% Classe Comum	60,5%	68,9%	74,2%	75,7%	76,9%	78,8%	80,7%	80,2%	84,1%
% de matrículas no AEE	20,3%	25,2%	30,8%	30,6%	34,5%	34,6%	35,0%	36,8%	37,6%

Fonte: Brasil (2018).

Verificamos que no universo da pesquisa documental que envolveu 20 (vinte) prontuários, dos quais 17 (dezessete) eram crianças, apenas 3 (duas) delas estavam engajadas no AEE de suas respectivas escolas. Ainda tivemos relatos de que as atividades especializadas aconteciam em substituição ao ensino regular e com concomitância de horários.

### 5.1 Política de Educação Especial na perspectiva inclusiva

Focamo-nos em algumas garantias centrais do objetivo da política supracitada<sup>20</sup>, a partir das quais delineamos discussões sobre a i. Transversalidade da educação especial desde a educação infantil até a educação superior; ii. Formação de professores para o atendimento educacional especializado<sup>21</sup> e demais profissionais da educação para a inclusão escolar; iii. Articulação intersetorial na implementação das políticas públicas.

Nossos achados corroboram com pesquisas recentes, as quais apontaram para o cumprimento parcial dos termos destacados nas estratégias do Plano Municipal de Educação no decênio de 2015-2025 (ARAÚJO, 2018).

<sup>20</sup> A Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva tem como objetivo o acesso, a participação e a aprendizagem dos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação nas escolas regulares, orientando os sistemas de ensino para promover respostas às necessidades educacionais, garantindo: i. Transversalidade da educação especial desde a educação infantil até a educação superior; ii. Atendimento educacional especializado; iii. Continuidade da escolarização nos níveis mais elevados do ensino; iv. Formação de professores para o atendimento educacional especializado e demais profissionais da educação para a inclusão escolar; v. Participação da família e da comunidade; vi. Acessibilidade urbanística, arquitetônica, nos mobiliários e equipamentos, nos transportes, na comunicação e informação; e vii. Articulação intersetorial na implementação das políticas públicas (BRASIL, 2008).

<sup>21</sup> Dentre as trinta escolas, 23% (07 escolas) ofertam o atendimento educacional especializado (AEE) sem a presença de laudo médico como condição *sine qua non* para engajamento do aluno neste serviço, enquanto 77% (23 escolas) somente oferta o AEE a partir da emissão desse citado documento, o que aparentemente se contrapõe à postura do corpo docente das salas de aula regular, as quais tendem a considerar a emissão dos laudos médicos como ação antecedente dos projetos inclusivos junto ao aluno. Silva (2016) nos lembra que há ilegalidade na exigência de um laudo para a efetivação da matrícula nas escolas de ensino regular. Em contrapartida, é necessário de estratégias sejam pensadas para viabilizar os processos de aprendizagens dos alunos com quaisquer deficiência.

Exemplificamos com a meta 1, a qual diz respeito à universalização do acesso à educação básica e ao atendimento educacional especializado, na rede regular de ensino, com a garantia de sistema educacional inclusivo, de salas de recursos multifuncionais ou serviços especializados, públicos ou conveniados para os estudantes com deficiência, transtornos do espectro autista 53 e altas habilidades/superdotação (SME, 2015). Verificamos que, especialmente, há a necessidade de aumentar e fortalecer os convênios e parcerias com as instituições públicas para atendimento clínico-especializado das famílias e dos alunos da Educação Especial. Aqui já chamamos atenção para a urgência das ações profissionais em rede.

Seguimos com um trecho de um relatório escolar qualitativo que denuncia concepções arcaicas que se constituem como descabidas na contemporaneidade da Inclusão.

A mãe do aluno disse que os médicos sugeriram inclusão onde houvesse uma equipe de especialista, tais como fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, nossa escola não dispõe de tais profissionais, só conta com o serviço de Atendimento Educacional Especializado.

Como podemos ver, tais ideias se alinham com as primeiras tentativas nesse campo e se configuram como uma tentativa de ilusória resolutividade das questões pedagógicas pela via essencialmente do campo da Saúde. Na contemporaneidade não se concebe a transformação de escolas em clínicas. Os saberes devem se complementar em favorecimento dos projetos inclusivo. Destarte, é essencial que outras estratégias sejam pensadas e propostas. Ademais, o “simples” fato de os alunos conviverem com outros diferentes de si, em situações diversas do cotidiano, já é terapêutico por si só.

A ênfase dada ao discurso-álibi de que a *escola precisa estar equipada e com profissionais da área médica e psicológica* vem assemelhar a instituição de educação mais a um espaço clínico do que escolar. Embora entendamos que esse tipo de apoio médico se apresente às vezes como importante, principalmente nos casos em que se encontram associados distúrbios da fala, comprometimento motor e/ou sensorial, etc., eles devem ser ofertados nos serviços de *educação especializada*, paralela e complementar à escola regular. Muitos professores parecem não se dar conta de que a escola regular é um espaço eminentemente pedagógico e é sobre essa dimensão que devem atuar. (LUSTOSA, 2018, p. 2).

Inferimos que ainda existem profissionais de saúde que parecem desconhecer o paradigma da Inclusão e todas as premissas fundantes desse campo. Não concebemos a proposição de ações retrógradas e já superadas. O desejo dos profissionais, tanto da escola como da medicina, em consonância com os trechos acima, parecem assemelhar-se à Lei do

eterno retorno<sup>22</sup>, descrita por Nietzsche, como uma repetição de ciclos à medida que são concluídos ou retomada a antigos padrões. No caso desse retrocesso na política de educação especial seria, de fato, o retorno ao “caos primitivo” (VIEIRA, 2014).

No contexto da inclusão escolar, cumpre-nos enfatizar que ainda são necessários avanços na formação de professores para o atendimento educacional especializado e dos demais profissionais da educação. Contudo, é justo e lícito que valorizemos o AEE enquanto mola propulsora da inclusão nas escolas, na medida em que esse professor responsável se configura como articulador principal nesse contexto. A identificação e a superação de barreiras que dificultam a aprendizagem dos alunos, além da realização do atendimento especializado e personalizado são suas atribuições centrais, em parceria com outros atores.

Sobre a articulação intersetorial na implementação das políticas públicas, verificamos a insuficiência de diálogos para troca de saberes no contexto da comunidade escolar. Pareceu-nos o ponto mais nevrálgico na contextualização da Política em nosso estudo. A relação construída entre o campo da Educação e da Saúde tem sido evidenciada por meio da emissão de laudos médicos. Não houve, portanto, referência sobre planejamentos ou práticas intersetoriais consistentes em prol de processos inclusivos.

Não verificamos iniciativas que unissem esses dois campos. Ademais, não houve menção sobre articulações ou pactuações com outros setores como a Assistência Social, embora se saiba da existência de benefícios sociais (como o benefício de prestação continuada, por exemplo) e previdenciários pertinentes a esses sujeitos.

A inaceitável discrepância entre política de estado e política de governo se constitui como mais um tipo a mais de barreira, além de todas as outras existentes (atitudinais, comunicacionais, etc.), presentes na sociedade em geral.

---

<sup>22</sup> Na antiguidade arcaica o Eterno Retorno é algo recorrente no pensamento humano e visto como uma necessidade do homem em redimir-se do tempo por meio de ritos e mitos que os faz retornar ao “tempo primordial” da criação ou fundação do mundo por um deus ou herói lendário [...] Modernamente o conhecemos através de Nietzsche, porém essa concepção acompanha a humanidade desde milênios (VIEIRA, 2014). O artigo “O eterno retorno do mesmo: a concepção básica de Zaratustra” explica que é na ideia do eterno retorno do mesmo que Nietzsche insiste. Ela aparece com clareza na seção intitulada “O convalescente”. Nela, os animais de Zaratustra põem na sua boca as palavras que seguem: “E se agora quisesse morrer, Zaratustra, nós sabemos também o que dirias a ti mesmo [...]. Retornarei com este sol, com esta terra, com esta águia, com esta serpente - não para uma vida nova, uma vida melhor ou semelhante. Retornarei eternamente para esta mesma e idêntica vida, nas coisas maiores e também nas menores, para ensinar outra vez o eterno retorno de todas as coisas [...] que o que se repete é o que ocorre de fato - e não o que eventualmente poderia ocorrer. São os acontecimentos reais que retornam - e não os eventos logicamente possíveis. Mais ainda: o que se repete é a série inteira de acontecimentos - e não um ou outro evento isolado. É “o grande ano do vir-a-ser” que retorna - e não um período histórico determinado. Não se trata, pois, da reincidência de padrões ou modelos nem da volta de acontecimentos similares ou simulacros das coisas. Contudo, o pensamento nietzschiano afirma o eterno retorno do mesmo; assevera que este momento que estamos vivendo já se deu e voltará a dar-se um número infinito de vezes exatamente da mesma maneira como se dá agora (MARTON, 2016, p. 41).

## 5.2 Lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência

As análises delineadas nesta seção foram alinhadas aos Capítulos II e III<sup>23</sup>, os quais tratam do Direito à habilitação e à reabilitação e Direito à saúde, respectivamente.

Tendo como base a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Lei Brasileira de Inclusão entrou em vigor em 31 de agosto de 2008. Segundo seu artigo 2º, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015). Sobre a avaliação da pessoa com deficiência, a afirma no inciso primeiro que:

§ 1º [...] quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará: I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo; II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; III - a limitação no desempenho de atividades; e IV - a restrição de participação. (BRASIL, 2015).

Reconhecemos como essencial esse olhar ampliado sobre o aluno com (possível) deficiência. Todavia, nos contextos práticos isso não foi evidenciado, haja vista que as demandas de saberes da escola para o campo da Saúde parece se restringir à obtenção de um laudo médico que porta um código que justifique todas as questões escolares e clínicas do aluno. Em geral, o médico passa a ser o profissional de referência para a Educação. É notória a lacuna de equipes interdisciplinares no contexto de uma rede, também, inexistente. Há controversas no tocante à pluralidade dos processos inclusivos. Ao rememorar o Dia “D” para a concessão do laudo, percebemos a soberania do saber médico sobre essa avaliação da pessoa com deficiência. Compreendemos que esse momento recortado e único do profissional junto criança ou adolescente tende a comprometer o olhar ampliado, o qual deveria ser viabilizado

---

<sup>23</sup> CAPÍTULO II - DO DIREITO À HABILITAÇÃO E À REABILITAÇÃO: Art. 16 - III - Atuação permanente, integrada e articulada de políticas públicas que possibilitem a plena participação social da pessoa com deficiência; IV - Oferta de rede de serviços articulados, com atuação intersetorial, nos diferentes níveis de complexidade, para atender às necessidades específicas da pessoa com deficiência; V - Prestação de serviços próximo ao domicílio da pessoa com deficiência, inclusive na zona rural, respeitadas a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos territórios locais e as normas do Sistema Único de Saúde (SUS). Art. 17. Os serviços do SUS e do SUAS deverão promover ações articuladas para garantir à pessoa com deficiência e sua família a aquisição de informações, orientações e formas de acesso às políticas públicas disponíveis, com a finalidade de propiciar sua plena participação social. CAPÍTULO III - DO DIREITO À SAÚDE: Art. 18. É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário [...] § 4º As ações e os serviços de saúde pública, destinados à pessoa com deficiência devem assegurar: I - diagnóstico e intervenção precoces, realizados por equipe multidisciplinar.

por uma equipe interdisciplinar. Exaltamos intervenções recentes e proibitivas do MP/CE em relação a esse desserviço de “distribuição excessiva de rótulos”.

Ainda constatamos barreiras aos processos inclusivos no cotidiano da escola, tratadas pelo Artigo 3º da lei supracitada como:

Qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros. (BRASIL, 2015).

Dentre as barreiras delineadas, as barreiras atitudinais têm sido sobremaneira marcantes por denunciarem o conteúdo de sua própria definição: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

Cabe-nos enfatizar que a urgência reside na construção e atuação em redes de atenção integradas sob a luz da interprofissionalidade. Há cerca de um ano, fora celebrada uma parceria por meio do Termo de cooperação entre a Secretaria Municipal de Educação e a Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO I), mediada pelo Ministério Público do Estado do Ceará. Os fundamentos estão nas leis n. 13.146, de 6 de julho de 2015 (Lei Brasileira de Inclusão) e 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente). Tem como objeto a implementação de ações conjuntas entre a secretaria supracitadas, incluindo realização de consultas e encaminhamento dos alunos da rede Municipal de Fortaleza com possível deficiência, em benefício da cidadania e da inclusão social.

O paradoxo inclusão/exclusão parece estar tão contemporâneo quanto à época da concepção da própria Política de Educação Especial na perspectiva inclusiva em 2008. Teoricamente os processos inclusivos têm sido implementados por força legal. Em contrapartida, não é o que observamos pelos relatos de professores e pelo cotidiano escolar. Questionamo-nos se, de fato, houve a mínima evolução que superou a epistemológica dos conceitos de inserção, integração até alcançar a inclusão.

O desenvolvimento de políticas intersetoriais tem fortalecido o conceito ampliado de saúde, considerando os eventos sociais como características representativas na concepção do processo saúde-doença (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL, 2012). Ainda verificamos a dificuldade e insuficiência de articulação das políticas públicas em prol do adequado engajamento e participação social da pessoa com deficiência sob a égide da integralidade.

Percebemos como incipiente a oferta real de serviços em redes de atenção alicerçadas na intersetorialidade, na medida em que via de regra setores sociais parecem atuar

isoladamente em um contexto amplo e complexo que é a Inclusão. Há lacunas severas no tocante a estratégias governamentais que intencionem as práticas interprofissionais nesse sentido, especialmente entre o Sistema Único de Saúde (SUA) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

É relevante relatar iniciativas de integração entre a Saúde e a Educação, sob a consideração de um distanciamento histórico de suas práticas. Como exemplo temos o Programa Saúde na Escola (PSE)<sup>24</sup>, o qual se configurou como materialização de uma política intersetorial entre a Saúde e a Educação. Em sua primeira década de implantação, traz o desafio histórico de trabalhos intersetoriais. “Ainda há a necessidade de conhecimento das conquistas” (DIAS et al., 2016, p. 251), com finalidade de socialização das práticas exitosas e de superação de desafios. Em seus estudos, os mesmo autores ressaltam que essa união ou parceria não tem ocorrido de modo desejado. As ações acabam sendo desenvolvidas por um dos campos e representam um real desafio aos gestores. Todavia, os dados analisados nesse estudo não evidenciaram nenhuma menção a esse programa.

Dados da pesquisa do MP/CE, anteriormente analisados, evidenciaram a dificuldade de acesso da escola à rede de atenção à saúde, tanto para emissão de laudos como para os atendimentos especializados e sistemáticos. Em acréscimo, percebemos que o rol de serviços conveniados com a prefeitura ainda é escasso, no qual verificamos filas de espera intermináveis para esse acesso. Temos o reforço de obstáculos à prestação de serviços no território em que a pessoa com deficiência reside. Tampouco próximo ao domicílio podemos verificar tal realidade.

---

<sup>24</sup> Criado por meio do Decreto presidencial nº 6.286 (05 de dezembro de 2007) tinha como essência a ampliação das ações de saúde no contexto da rede pública de ensino e o fortalecimento de ações vinculativas entre esses campos com o olhar para as vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e adolescentes e jovens brasileiros (BRASIL, 2007). Um estudo realizado com coordenadores municipais do PSE no Ceará expressou que a sua implantação ainda enfrenta impasses no estado, porém se figura como uma importante estratégia para promoção de saúde para escolares. Há compromisso e desejo dos coordenadores em potencializar o programa, mas se faz necessário maior apoio dos gestores municipais na disponibilização dos profissionais e nos investimentos para qualificação e desenvolvimento. Seguem dois relatos de coordenadores: “A função que a escola acredita ser de sua competência é simplesmente abrir as portas da escola para o profissional da saúde fazer as avaliações e as ações de educação em saúde” (Coordenador 3); “Percebemos que tanto a saúde como a educação ficam jogando as responsabilidades do programa, ficam se esquivando de suas competências, afirmando serem de outro setor. Criando, assim, um impasse para o desenvolvimento das atividades” (Coordenador 4) [...] Há, portanto, uma dificuldade na ação colaborativa entre os setores da saúde e da educação no PSE, caracterizada pela dificuldade em realizar os planejamentos primados pelo Programa [...] Na percepção dos coordenadores, o motivo para a fragilidade na integração saúde e educação, no programa, está relacionada ao pouco tempo de existência deste. [...] Contudo, as falas sinalizam que o real fator das fragilidades nas relações saúde e escola no PSE não estão associadas ao tempo de existência do Programa, mas, sim, nas demais ocupações que ambos os setores possuem, de modo que o PSE é visto como mais uma demanda, dentre inúmeras às quais os setores (saúde e educação) são expostos (DIAS et al, 2016, p. 254, 256).



Cabe aqui ressaltar que as demandas da pessoa com deficiência nem sempre requer uma atuação da Saúde não necessariamente seria pela via terapêutica ou curativista. Ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, as quais geralmente ficam a cargo da Atenção Primária à Saúde, parece ter tido valor subestimado. Como já referido anteriormente, as equipes de NASF com ferramentas teórico-práticas potentes, em muito poderiam contribuir com esse olhar inicial. Também a política que concebeu essas equipes se encontra em fragilidade e desmonte declarado, o que dificulta ações e olhares preventivos em saúde.

Nesse sentido, não há garantia do direito à atenção integral da pessoa com deficiência, previsto no art. 18 da Lei Brasileira de Inclusão, no qual consta o asseguração dessa ação ampliada em todos os níveis de complexidade e nas diversas modalidades. Desse modo, é adequado reforçar que o princípio da integralidade deveria ser soberano não somente em textos constitucionais ou legais (BRASIL, 1988; BRASIL, 2015).

Corroboramos com a ideia de que não é possível pensar em integralidade e qualidade sem a universalidade do acesso (CECÍLIO, 2001) e, por conseguinte, sem a garantia da construção de processos inclusivos. É essencial anular o paradoxo inclusão/exclusão, sobre o qual tratamos anteriormente, e levarmos a sério as políticas em favorecimento das pessoas com deficiência. “Na verdade esse é o grande desafio, tornar a integralidade das ações uma prática cotidiana nos serviços de saúde” (ANDRADE; COSTA, 2011), ao que acrescentamos, e na interface com a educação, de modo que alcance todas as pessoas em todos os níveis e contextos sociais, sem distinção e independente de raça, cor, sexo, classe social, situação econômica, orientação sexual, convicções políticas e religiosas (BRASIL, 1988) ou deficiência.

Ressaltemos a recente iniciativa do governo federal por meio de uma atualização da Política Nacional de Educação Especial na perspectiva inclusiva. É lícito e oportuno enfatizarmos que se constitui como uma estratégia completamente descabida e infundada, com propostas que concebem drásticos e caóticos retrocesso em nível de direitos humanos. Compromete, inclusive a dignidade da pessoa com deficiência, ao passo que nega estratégias e modalidades exitosas de ensino e atendimento, sobretudo em uma conjuntura social vulnerável. Preconiza o retorno das salas especiais, por exemplo, além da negação dos alcances pedagógicos do AEE, com discursos que intencionam e denunciam medidas para sua fragilização.

Por todas as razões é fundamental a valorização e o investimento nessa modalidade de ensino, haja vista que o AEE ainda é a garantia de estratégias palpáveis que dispõem a escola e o campo da Educação. Sob essa concepção, não se constata qualquer

legitimidade em ações de governamentais ou de suas instâncias representativas, em prol de interesses meramente políticos e descabidos. Ademais, nenhuma tentativa de mudança, dotada de descompassos absurdos e desrespeitos, deve ter espaço para contrariar a defesa da Educação Especial na perspectiva inclusiva.

A tentativa de mudança, atualmente em curso nessa Política, representa um retrocesso para a educação brasileira. O foco das ações governamentais deve ser o fortalecimento, a ampliação e a garantia das premissas preconizadas na Política, no tocante às contemporâneas redes de ensino e demais instituições educativas. Propõe o retorno de práticas já superadas como a existência das “antigas” escolas especiais e o retorno da utilização de terminologias que expressam franco e desnecessário retrocesso no campo da Educação Especial na perspectiva inclusiva.

Nesse caso, fatidicamente tem-se a possibilidade de um retorno à práticas educativas segregacionistas, até então em processo de atenuação ou superação com o advento da política vigente na educação especial na perspectiva da educação inclusão. Evidencia-se novamente a discrepância entre as políticas de estado e políticas de governo.

O alerta que se impõe é o de que assegurar as condições de ingresso e o acesso é etapa do processo de inclusão, porém sua legitimação se concretiza quando ocorrem a devida garantia e efetivação de permanência, participação e *protagonismo* dos sujeitos de direito. Tornar-se *inclusiva*, independentemente do nível ou modalidade de ensino de uma instituição, impõe às políticas educacionais grandes desafios e exige discussões e ações que garantam uma trajetória educacional significativa a essa demanda. (FONTELES FILHO; LUSTOSA, 2018, p. 18).

Uma educação na perspectiva inclusiva é, antes de tudo, uma questão de direitos humanos, que se insere na perspectiva de assegurar o direito à educação a todos os sujeitos, independentemente de suas características, singularidades e/ou dificuldades (FONTELES FILHO; LUSTOSA, 2018, p. 17). É inconcebível que novos avanços sejam barrados em face de interesses políticos completamente descabidos e infundados.

Não há qualquer argumento que se contraponha ao potencial da citada política, a qual se constitui como um dispositivo de vanguarda para o nosso país, à medida que assegura o direito à educação inclusiva para todos os (as) brasileiros (as) em idade escolar. É inegável que a PNEEPEI assegura a educação especial para o alunado que dela precisa, por meio da oferta do Atendimento Educacional Especializado (AEE), de natureza complementar ou suplementar, instituído pelo Decreto n. 6.571, de 17 de setembro de 2008, e previsto desde a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

Destacamos que as reconfigurações arrigadas no processo de inclusão escolar não são utópicas haja vista que há meios para uma real efetivação (MANTOAN, 2003). Urge a efetivação das políticas públicas da educação especial na perspectiva inclusiva, mesmo em face da contemporânea e inaceitável tentativa de desmonte por parte do governo federal, por meio do Ministério da Educação, o qual se configura como instituição máxima nesse campo. Paripasso aos inegáveis avanços é evidente que há hiatos a serem resolvidos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.” (ANDRADE, 2012).

O bastidor central do estudo em tela foi o favorecimento da inclusão escolar de crianças e adolescentes, a partir da necessária interface entre a área da Saúde e da Educação. O cerne deste estudo residiu na análise das principais demandas de saberes (conhecimentos, informações) e práticas que escola e equipe clínico-especializada apresentavam em relação aos sujeitos atendidos, numa relação de reciprocidade em seus contextos de atuação.

As demandas da escola para a equipe-clínico-especializada têm sido figuradas por meio do interesse na emissão de laudos médicos. Diante de situações que clamam por processos inclusivos, a escola pede socorro ao saber médico, colocando-o num lugar de prioridade e soberania. Ao mesmo tempo em que secundarizam seus saberes, os professores parecem denunciar as lacunas formativas por meio de uma resistência à implementação de estratégias pedagógicas sob o respaldo de um código internacional de doenças. Nesse sentido, há uma gritante exaltação de saberes de outro núcleo profissional. Têm um viés muito explicitamente voltado a problemas e dificuldades da criança/adolescente em detrimento das potencialidades ou qualificação da aprendizagem e desempenho escolar.

Evidenciamos, também, uma lacuna no tocante a ações reflexivas de suas práticas, as quais fariam brotar a identificação real de saberes e práticas necessárias para o cotidiano da escola. Os saberes curriculares parecem, de fato, configurarem lacunas evidentes e os saberes vivenciais nos pareceram ser mais salientes e responsáveis pelo respaldo para os processos inclusivos. Em acréscimo, há a necessidade de empoderamento das possibilidades de articulação intersetorial. Percebemos um nível de convergência entre as noções de núcleo (categorias profissionais) e campo (práticas inclusivas), sendo esta a zona de interseção necessária entre as áreas.

A equipe-clínico-especializada em questão nesse estudo tem demandas cotidianas relacionadas à escola e expressam o desejo de uma interlocução constante. Baseiam-se no entendimento de que nesse contexto os comportamentos e o desempenho escolar se configuram como uma valiosa expressão dos alcances terapêuticos. Por outro lado, as redes de atenção à saúde são bastante precárias e não conseguem atender à enorme demanda de atendimento. A Saúde tem atuado praticamente na perspectiva terapêutica, com filas de espera intermináveis nos insuficientes equipamentos disponíveis na rede. Por sua vez, não se

localizam estrategicamente em todo o território de Fortaleza. Há uma lacuna importante no que diz respeito a ações de prevenção de agravos e promoção de saúde voltadas ao campo da inclusão e saúde mental infantil.

Fazemos a defesa de que os núcleos profissionais devem, sim, ser constantemente fortalecidos para que possam transitar no campo da Educação Inclusiva de modo tranquilo e com a garantia da preservação de suas identidades. Assim, núcleos e campo precisam se abrir às ressignificações necessária na medida em que se evolui. Ademais, cabe-nos despojar ao conhecimento dos núcleos profissionais que circulam entre si para uma melhor viabilização de projetos e práticas inclusivas interprofissionais e interdisciplinares. Os núcleos se complementam e já não podemos incorrer no erro de exaltar um ou outro em detrimento dos demais sob a consideração da pluralidade dos sujeitos, da sua família e dos seus contextos de vida.

Além disso, sobressai o potencial de diálogo que necessita ser fortalecido, configurando-se como meta-maior para as duas áreas, que sejam as “práticas inclusivas” alicerçadas na atenção integral, sob a égide de um olhar qualificado e ampliado sobre os sujeitos e seus contextos de vida.

Em se tratando de redes de atenção integradas, especialmente entre o campo da Saúde e da Educação, é notória a presença de lacunas formativas, atitudinais, organizacionais e sistêmicas relacionadas à Inclusão, as quais se constituem desafios a serem mais bem compreendidos e adequadamente superados. Parece não haver adequada interlocução entre esses setores, a qual tem se constituído basicamente por meio do interesse na solicitação e elaboração de laudos médicos.

Aspectos políticos exercem considerável influência em todo esse contexto, na medida em que constatamos a frágil efetivação de muitas diretrizes da Política Nacional de Educação Especial na perspectiva inclusiva. Verificamos hiatos inegáveis no tocante ao princípio da integralidade, às ações intersetoriais, à participação da família e da comunidade nos processos inclusivos, cuja fragilidade é marcante.

Após a conclusão desse estudo, pensamos em algumas recomendações urgentes para o campo da Educação e da Saúde para que contextos inclusivos sejam mais viabilizados. Acreditamos que seja essencial a ressignificação constante do olhar sobre a pessoa com deficiência, de modo que as suas potencialidades, habilidades, talentos e possibilidades sejam mais valorizados. Evidenciamos a relevância de reflexões pertinentes à potencialização dessa rede integrada com olhares, saberes e práticas profissionais, sob a égide da integralidade e

intersetorialidade, os quais se constituem como elementos basilares na construção compartilhada de reais e potentes processos inclusivos, seja na escola, seja na comunidade.

Nesse sentido, cada vez mais tem sido necessária a materialização e o fortalecimento de práticas interprofissionais entre a Saúde e a Educação, e demais setores, em favorecimento de um trabalho colaborativo que alcancem *status* intersetorial. Isso deve ocorrer em favorecimento da inclusão escolar e não em função de um diagnóstico. É notório que os saberes e as práticas demandadas pelas duas áreas são alicerçadas em questões educativas devem superar o caráter quantitativo dos protocolos de avaliação, relatórios escolares e intervenção.

Para tanto, o fortalecimento de núcleos profissionais para o trabalho interdisciplinar na transversalidade do campo da Educação e da Saúde é um desafio posto, alicerçado na construção compartilhada dos conhecimentos, em uma relação de reciprocidade entre núcleos e campo em prol do favorecimento da educação inclusiva. A avaliação pedagógica deve ser valorizada e fortalecida com primazia, especialmente pelo próprios docentes. Também a perspectiva de diagnóstico clínico precisa ter perspectiva ampliada sobre os sujeitos e seus contextos. É essencial que haja um conjunto articulado e harmonizado de ações ampliadas que prezem pelo respeito à multidimensionalidade intrínseca aos processos inclusivos.

Há a necessidade de reforçar o conhecimento de toda a sociedade, em máxima amplitude, acerca da política de educação especial na perspectiva inclusiva. A meta maior é (re)configuração social, de modo que as pessoas com deficiência sejam acolhidas em suas demandas individuais e contextuais. É essencial que todo cidadão valorize as políticas de inclusão, haja vista que situações temporárias ou permanentes de exclusão tendem a acontecer todos os dias e todos os sujeitos estão vulneráveis, por uma infinidade de motivos.

Nesse sentido, torna-se essencial a transformação de nossas práticas profissionais por meio de cotidianos reflexivos e críticos, por meio de uma tessitura real de saberes e práticas com o foco na inclusão de crianças e adolescentes. Ademais, é essencial primar pela valorização das capacidades, dos talentos, das habilidades e das possibilidades dessas pessoas, com o foco central no cuidado integral e na promoção humana das crianças e adolescentes.

É possível que despertemos para os caminhos a serem construídos nos tão necessários diálogos entre equipes clínico-especializadas, escola e comunidade, incluindo-se, aqui, as famílias. O contexto das redes potencializa toda e qualquer ação, haja vista que os diálogos construídos e valorizados atuam como verdadeiros catalisadores dos processos inclusivos. A tessitura de saberes é construída no cotidiano, a partir a abertura de cada núcleo

profissional, de cada setor pertinente, num campo cuja multidimensionalidade é inegável e que clama por uma atenção integral sobre seus sujeitos.

Atuar profissionalmente no campo da Educação Inclusiva ou conviver com pessoas nesse contexto requer habilidades pessoais diferenciadas. Sair de si, despojar-se e exercitar a ética da alteridade são necessidades constantes, as quais solicitam muita sensibilidade e desejo de fazer algo mais. Por meio do conhecimento e da valorização dos princípios que alicerçam a inclusão como um grande cenário, é possível que nos tornemos profissionais de excelência em qualquer contexto, de modo direto ou indireto. Desse modo, o compromisso profissional com a sociedade passa a ser potencializado.

Em que medida podemos esperar de braços cruzados a verdadeira e necessária operacionalização das políticas públicas? Todavia, quais os limites e alcances das nossas ações pessoais e profissionais para fazer valer os direitos das pessoas com deficiência? Apesar de todas as dificuldades já discutidas, discursos tão conhecidos (e às vezes enfadonho), é preciso caminhar. Parece que tudo isso somente se atualiza com o passar dos tempos e continuam os mesmos. O ensino escola comum e o despreparo dos professores, por sua vez, não podem continuar sendo justificativa dos que querem escapar da inclusão escolar pelos mais diferentes motivos.

Os avanços são reais, embora os julguemos insuficientes. Por meio do controle social e do compromisso com cada criança/adolescente é possível que façamos a Política de Educação Especial na perspectiva inclusiva. É preciso acreditar que a transformação é possível e que deve iniciar em cada um de nós. Então, vamos plantar nossos jardins e decorar nossa alma, ao invés de esperar que alguém nos traga flores, como diria Shakespeare!

Urge as nossas expectativas e esperanças nos mobilizem cotidianamente para que as perspectivas se concretizem em possibilidades de construção cotidiana de cenários favoráveis aos processos inclusivos nossos de cada dia, sob a luz da integralidade. “Nossos” para que lembremos sempre que cada um de nós somos atores essenciais para a tessitura de saberes e práticas no contexto dos processos inclusivos.

Cumpramos enfatizar que não foi tarefa fácil analisar um contexto clínico do qual se era parte integrante de uma equipe profissional. Houve o distanciamento necessário, em termos abstratos e concretos. Contudo, é possível relatar que essa pesquisa despertou ainda mais o nosso compromisso profissional no campo da educação inclusiva, na medida em que foi capaz de refinar a corresponsabilidade com a construção de uma atenção integral junto às crianças e adolescentes, e com própria política de educação especial na perspectiva inclusiva, concretamente expressa no cotidiano dos serviços de saúde e na comunidade escolar. Os

olhares certamente foram submetidos a um processo especial de ressignificação, a partir das ações reflexivas constantes e marcantes ao longo dos caminhos percorridos.

Sobre aprendizados pessoais, a realização do presente estudo nos incitou a uma maior abertura e interesse em conhecer mais e melhor os núcleos profissionais do campo da educação. Além disso, fortaleceu em nós a concepção de que as construções compartilhadas ou coletivas são muito mais valiosas. É essencial que priorizemos os momentos reflexivos no cotidiano dos nossos serviços. Desse modo, ambos os campos conferem maior significado à educação inclusiva nas redes de atenção integrada.

Não tivemos a pretensão de esgotar a discussão das temáticas até aqui delineadas. Reconhecemos que as escolas investigadas, assim como o Ambulatório de psiquiatria da infância e adolescência, constituem um universo amostral pequeno diante da rede de apoio e serviços proposta na Educação e na Saúde. Por outro lado, tal constatação não reduz as contribuições da presente pesquisa, a qual nos instigou a novas proposições investigativas. Sugerimos a realização de estudos mais aprofundados e com outra diversidade de metodologias que suscitem o encontro mais outros saberes para a inovação e fortalecimento de práticas (inter)profissionais.

Uma cultura inclusiva deveria ser uma meta social máxima. E não haveria momento histórico e político mais propício que o contemporâneo para esse apelo. Que de uma vez por todas, olhares e relações marcadamente preconceituosas e discriminatórias, em suas diversas expressões, deem passagem à uma sociedade em que o respeito e a ética sejam valores primorosos. Esperançamos (do verbo “esperançar”) o dia em que não mais será preciso sensibilizar para questões sobre a inclusão das pessoas. Quando assim for, já desfrutaremos de uma sociedade para todos e para todas as pessoas. Mas enquanto esse tempo não chega, necessitamos de reflexões e transformações constantes e ampliadas, haja vista que a inclusão é um campo em construção cotidiana e (com)partilhada.



## REFERÊNCIAS

AINSCOW, Mel. **Desarollo de escuelas inclusivas**. Madrid: Narcea Editorial, 2001.

\_\_\_\_\_; PORTER, Gordon; WANG, Margaret. **Caminhos para as escolas inclusivas**. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, Ministério da Educação, 1997.

ANDRADE, Fernando Teixeira de. O medo: o maior gigante da alma. **Poesias Proferidas**, [s.l.], 30 nov. 2012. Disponível em: <<https://poesiaspreferidas.wordpress.com/2012/11/30/o-medo-o-maior-gigante-da-alma-fernando-teixeira-de-andrade/>>. Acesso em: 14 set. 2018.

ANDRADE, Sandra dos Santos. Mídia impressa e educação de corpos femininos. In: LOURO, Guacira Lopes; NECKEL, Jane Felipe; GOELLNER, Silvana Vilodre (Orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na Educação**. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 108-123.

ANDRADE, Zannis Benevides; COSTA, Heloniza Oliveira Gonçalves. O currículo de enfermagem da UFBA e o SUS. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 1, p. 13-22, 2011.

ARAÚJO, Luana Adriano. **Os desafios para a efetivação do direito à Educação Inclusiva: igualdade, diferença e deficiência nas escolas públicas municipais de Fortaleza (CE)**. 2018. 392 f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2018.

AZEVEDO, Elaine; PELICIONI, Maria Cecília Foceri; WESTPHAL, Márcia Faria. Práticas intersetoriais nas políticas de promoção da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2012.

BARBOSA, Genário Alves et al. Depressão infantil: um estudo de prevalência com o CDI. **Infante: Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, São Paulo, v. 4, n. 3, p. 36-40, 1996.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luiz Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTA, Cristina Abranches Mota. Atendimento educacional especializado para pessoas com deficiência mental. In: MANTOAN, Maria Teresa Eglér (Org.). **O desafio das diferenças nas escolas**. Rio de Janeiro: Petrópolis: Vozes, 2008. p. 121-129.

BOCK, Geisa Leticia Kempfer; GESSER, Marivete; NUERNBERG, Adriano Henrique. Desenho universal para a aprendizagem: a produção científica no período de 2011 a 2016. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 24, n. 1, p. 143-160, 2018.

BONITATIBUS, Suely Grant. **Educação comparada: conceito, evolução, métodos**. São Paulo: EPU, 1989.

BOOTH, Tony; AINSCOW, Mel. **Index para a inclusão: desenvolvendo a aprendizagem e a participação nas escolas**. 3. ed. Tradução: LaPEADE. Bristol: CSIE, 2012.

BORRI-ANADÒN, Corina. Un dispositivo teórico-metodológico para comprender las prácticas profesionales. **Perspectiva Educacional**, Viña del Mar, v. 54, n. 1, p. 3-16. 2015.

BOURDIEU, Pierre. **Escritos da Educação**. Org. Maria Alice Nogueira e Afrânio Catani. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

\_\_\_\_\_. **Lições de aula**. 2. ed. Tradução de Egon de Oliveira Rangel. São Paulo: Editora Ática, 1994.

\_\_\_\_\_. **Réponses**: pour une anthropologie réflexive. Paris: Seuil, 1992.

\_\_\_\_\_. **Sociologia**. Org. Renato Ortiz. São Paulo: Ática, 1983.

\_\_\_\_\_. **Travail et travailleurs en Algérie**. Paris: Mouton, 1963.

BRAGHINI, Sandra. **Medicalização da infância**: uma análise bibliográfica. 2016. 103 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2016.

BRANCO, Maria Eugênia Castelo. **João dos Santos**: Saúde Mental e Educação. 2. ed. Lisboa: Coisas de Ler, 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 dez. 2007.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 6.571, de 17 de setembro de 2008. Dispõe sobre o atendimento educacional especializado, regulamenta o parágrafo único do art. 60 da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e acrescenta dispositivo ao Decreto n. 6.253, de 13 de novembro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 set. 2008.

\_\_\_\_\_. Lei n. 12.010, de 3 de agosto de 2009. Dispõe sobre adoção; altera as Leis n. 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, 8.560, de 29 de dezembro de 1992; revoga dispositivos da Lei n. 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil, e da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT, aprovada pelo Decreto-Lei n. 5.452, de 1º de maio de 1943; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 ago. 2009.

\_\_\_\_\_. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Diretoria de Políticas de Educação Especial. **Atualização da Política Nacional de Educação Especial**. Brasília: MEC, abr. 2018. Disponível em: <<http://paulo.pimenta.com.br/wp-content/uploads/2018/05/Texto-de-an%C3%A1lise-dos-slides-sobre-a-reforma-da-PNEEPEI-FINAL-1.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, nov. 2005.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. 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. Brasília: MEC/SEESP, 2008.

\_\_\_\_\_. **Projeto de Lei n. 8.035, de 2010**. Estabelece o Plano Nacional de Educação - PNE para o decênio 2011-2020, e dá outras providências. Disponível em: <[http://ndi.ufsc.br/files/2012/02/Plano-Nacional-de-Educa%C3%A7%C3%A3o-PL-8035\\_2010\\_.pdf](http://ndi.ufsc.br/files/2012/02/Plano-Nacional-de-Educa%C3%A7%C3%A3o-PL-8035_2010_.pdf)> Acesso em: 01 out. 2018.

BRUNELLO, Maria Inês Brito. Transtorno emocional infantil. In: CAVALCANTI, Alessandra; GALVÃO, Cláudia (Orgs.). **Terapia ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 115-121.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

\_\_\_\_\_; CHAKOUR, Maurício; SANTOS, Rogério de Carvalho. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, 1997.

CARMO, Michelly Eustáquia do; GUIZARDI, Francini Lube. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00101417, 2018.

CARVALHO, Rosita Edler. **Escola inclusiva: a reorganização do trabalho pedagógico**. Porto Alegre: Mediação, 2008.

CAVALCANTE, Maria Juraci Maia; HOLANDA, Patrícia Helena Carvalho; QUEIROZ, Zuleide Fernandes (Orgs.). **Histórias de mulheres: amor, violência e educação**. Fortaleza: Edições UFC, 2015.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014.

CECÍLIO, Luís Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/Abrasco, 2001. p. 113-126.

CHACRA, Fernando Cesar. Práticas despatologizantes entre saúde e educação. In: COLLARES, Cecília et al. (Orgs.). **Referenciais teóricos e práticos para a construção de propostas despatologizantes na saúde e na educação**. Campinas: Despatologiza, 2016. p. 8-11.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

COLLARES, Cecília et al. Apresentação. In: COLLARES, Cecília et al. (Orgs.). **Referenciais teóricos e práticos para a construção de propostas despatologizantes na saúde e na educação**. Campinas: Despatologiza, 2016. p. 4-6.

COSTA, Valdelúcia Alves da. As demandas da formação e da prática docente inclusiva sob a égide dos direitos humanos. In: SILVA, Aída Maria Monteiro; COSTA, Valdelúcia Alves da (Orgs.). **Educação inclusiva e direitos humanos: perspectivas contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2015. p. 149-170.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane Satos; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 384-389, 2008.

D'ANTINO, Maria Eloisa Famá. Interdisciplinaridade e transtornos globais do desenvolvimento: uma perspectiva de análise. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 55-69, 2008.

DALL'ASTRA, Patrícia Velho. A importância da língua de sinais para o desenvolvimento da pessoa surda: a noção de inclusão associada ao sentimento de pertencimento no espaço escolar. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 117-130, 2015.

DIAS, Maria Socorro de Araújo et al. Fatores que influenciam na implementação do Programa Saúde na Escola. In: DIAS, Maria Socorro de Araújo (Org.). **Saúde, direito e educação: encontro de saberes**. Sobral: Edições UVA, 2016. p. 249-263.

DIEB, Messias. A atividade de cuidar e educar crianças: uma rede de significados (re)construída pelo professor. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Relações e saberes na escola: os sentidos do aprender e do ensinar**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. p. 157-170.

DOWBOR, Fátima Freire. **Quem educa marca o corpo do outro**. Orgs. Sônia Carvalho e Deise Luppi. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

FERNANDES, Anna Costa. **A inclusão escolar na educação infantil: um olhar sobre a prática docente**. 2013. 198 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

FERREIRA, Antônio Gomes. **Educação**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 124-138, 2008.

FONTELES FILHO, José Mendes; LUSTOSA, Francisca Geny. Inovação pedagógica, inclusão e interculturalidade na formação de professores em pedagogia e magistério indígena na Universidade Federal do Ceará. **RIAEE – Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 13, n. esp. 2, p. 1281-1300, 2018.

FREITAS, Cláudia Rodrigues. **Corpos que não param: criança, “TDAH” e escola**. 2011. 195 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

GARDOU, Charles. **Fragments sur le handicap et la vulnérabilité: pour une révolution de la pensée et de l’action**. Ramonville: Erès, 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUIMARÃES, Rosamélia Ferreira; ALMEIDA, Silvana Cavichioli Gomes. Reflexões sobre o trabalho social com famílias. In: VITALE, Maria Amália Faller; ACOSTA, Ana Rojas (Orgs.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: IEE/PUC-SP, CEPAM, Fundação Konrad Adenauer, CENPEC, UNICSUL, 2003. p. 21-35.

HOLANDA, Patrícia Helena Carvalho. Laços familiares, infância e educação no olhar de João dos Santos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HISTÓRIA DA EDUCAÇÃO, VIII., 2015, Maringá. **Anais...** Maringá: SBHE, Universidade Estadual de Maringá, 2015.

\_\_\_\_\_. Psicologia da educação pelos meandros da cognição e da subjetividade: um estudo comparativo. In: CAVALCANTE, Maria Juraci Maia et al. (Orgs.). **História da educação comparada: discursos, ritos e símbolos da educação popular, cívica e religiosa**. Fortaleza: Edições UFC, 2011. p. 15-499.

JANUZZI, Gilberta de Martino. **A educação do deficiente no Brasil: Dos primórdios ao início do século XXI**. Campinas: Autores Associados, 2004.

KATZ, Jennifer. The three block model of Universal Design for Learning (UDL): engaging students in inclusive education. **Canadian Journal of Education**, [s.l.], v. 36, n. 1, p. 153-194, 2013.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Pronunciamento de Roberto Tykanori Kinoshita sobre o 18 de maio Dia Nacional da Luta Antimanicomial. **Fórum de Saúde Mental**, [s.l.], 2 jun. 2012. Disponível em: <<http://forumsaudemental.blogspot.com/2012/06/pronunciamento-de-robertykanori.html>>. Acesso em: 22 out. 2018.

KUHN, Thomas. A função do dogma na investigação científica. In: DEUS, José Dias (Org.). **A crítica da ciência**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1979. p. 53-80.

LANEVE, Cosimo. **Per una teoria della didattica**. Brescia: Ed. La Scuola, 1993.

LAVE, Jean; WENGER, Etienne. **Situated learning**: legitimate peripheral participation. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.

LIBÂNEO, José Carlos. Problemas mais recorrentes do campo científico da Didática e os temas emergentes no campo conceitual e investigativo da Didática. In: ENCONTRO NACIONAL DE DIDÁTICA E PRÁTICA DE ENSINO, IX., 1998, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 1998.

LOCKMANN, Kamila. Medicina e inclusão escolar: estratégias biopolíticas de gerenciamento do risco. In: FABRIS, Elí Henn; KLEIN, Rejane Ramos (Orgs.). **Inclusão e Biopolítica**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013. p. 129-146.

LOURENÇO FILHO, Manoel Bergström. **Educação comparada**. 3. ed. Brasília: MEC/Inep, 2004.

LOYOLA, Maria Andrea. **Pierre Bordieu entrevistado por Maria Andréa Loyola**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2002.

LUSTOSA, Francisca Geny. **Algumas ideias (mal) feitas sobre a Educação Inclusiva (2018)**. Fortaleza: UFC, 2018. Nota de aula.

\_\_\_\_\_. **Inclusão, o olhar que ensina**: o movimento da mudança e a transformação das práticas pedagógicas no contexto de uma pesquisa-ação colaborativa. 2009. 293 f. Doutorado (Tese em Educação) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

\_\_\_\_\_. Mães da inclusão: trajetórias de amor e luta na defesa dos direitos de seus filhos. In: CAVALCANTE, Maria Juraci Maia; HOLANDA, Patrícia Helena Carvalho; QUEIROZ, Zuleide Fernandes de (Orgs.). **Histórias de mulheres**: amor, violência e educação. Fortaleza: Edições UFC, 2015. p. 177-195.

MACEDO, Roberto Sidnei. **Currículo**: campo, conceito e pesquisa. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2017.

MANTOAN, Maria Teresa Eglér. **Inclusão escolar**: O que é? Por quê? Como fazer? São Paulo: Moderna, 2003.

MARQUES, Suely. Falemos de uma sociedade inclusiva. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 215-220, 2013.

MARTON, Scarlett. O eterno retorno do mesmo, “a concepção básica de Zaratustra”. **Cad. Nietzsche**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 11-46, 2016.

MASSUKADO-NAKATANI, Márcia Shizue. **Métodos e técnicas de pesquisa em turismo**: amostragem. 2009. Disponível em: <<http://www.turismo.ufpr.br/drupal5/files/Aula%2022%20-%20Amostragem.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

MATTOS, Paulo et al. Apresentação de uma versão em português para uso no Brasil do instrumento MTA-SNAP-IV de avaliação de sintomas de transtorno do déficit de atenção/hiperatividade e sintomas de transtorno desafiador e de oposição. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 290-297, 2006.

- MATURANA, Ana Paula Pacheco; CIA, Fabiana. Educação Especial e a relação família-escola: análise da produção científica de teses e dissertações. **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 349-358, 2015.
- MINAYO, Maria Cecília Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MINAYO, Maria Cecília Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
- MITTLER, Peter. **Educação Inclusiva**: contextos sociais: Tradução de Windy Brazão Ferreira. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- MOREIRA, Antônio Flavio; CANDAU, Vera Maria. Educação escolar e cultura(s): construindo caminhos. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. , n. 23, p. 156-168, 2003.
- MOROSINI, Marília Costa et al. A qualidade da educação superior e o complexo exercício de propor indicadores. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 64, p. 13-37, 2016.
- NÓBREGA, Terezinha Petrucia da. Qual o lugar do corpo na educação? notas sobre conhecimento, processos cognitivos e currículo. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 26, n. 91, p. 599-615, 2005.
- NÓVOA, Antônio. Modelos de análise de educação comparada: o campo e o mapa. In: MARTINEZ, Silvia Alicia; SOUZA, Donald Bello (Orgs.). **Educação comparada**: rotas de além-mar. São Paulo: Xamã, 2009. p. 23-62.
- OLIVEIRA, Denize Cristina de. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.
- OLIVEIRA, Kenny Delmonte; ALMEIDA, Keylla Lopes; BARBOSA, Thiago Leite. **Amostragens probabilísticas e não probabilísticas**: Técnicas e aplicações na determinação de amostras. Universidade Federal do Espírito Santo - Centro de Ciências Agrárias. Programa de Pós-Graduação em Ciências Florestais. Jerônimo Monteiro-Espírito Santo, 2012.
- OMOTE, Sadão. Inclusão e a questão das diferenças na educação. **Perspectiva**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 251-272, 2006.
- OTERO, Paula. Linguagem e a constituição dos sujeitos – a Fonoaudiologia e as práticas despatologizantes. In: COLLARES, Cecília et al. (Orgs.). **Referenciais teóricos e práticos para a construção de propostas despatologizantes na saúde e na educação**. Campinas: Despatologiza, 2016. p. 11-13.
- PICOLLO, Gustavo Martins. **Por um pensar sociológico sobre a deficiência**. Curitiba: APPRIS, 2015.
- PIMENTA, Selma Garrido. Epistemologia da prática ressignificando a Didática. In: FRANCO, Maria Amélia Santoro; PIMENTA, Selma Garrido (Orgs.). **Didática**: embates contemporâneos. São Paulo: Loyola, 2010. p. 15-41.

PIMENTA, Selma Garrido. **Pedagogia, ciência da educação?** São Paulo: Cortez, 1996.

PIRES, José. **Cruzamento de olhares**: uma leitura plural de textos em educação. João Pessoa: Ideia, 2009.

RIBEIRO, Disneylândia Maria. **Barreiras atitudinais**: obstáculos e desafios à inclusão de estudantes com deficiência no Ensino Superior. 2016. 114 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2016.

RIBEIRO, Paulo Rennes Marçal. História da saúde mental infantil: A criança brasileira da colônia à república velha. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, 2006.

SAINT-EXUPÉRY, Antoine. **O pequeno príncipe**. Tradução de Ferreira Gullar. Rio de Janeiro: Agir, 2005.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Entrevista com Prof. Boaventura de Souza Santos**. (On line). Disponível em: <<http://www.dhi.uem.br/jurandir/jurandir-boaven1.htm>,1995>. Data do acesso: 01 set. 2018.

SANTOS, João. **Ensaio sobre Educação II**: o falar das letras. Lisboa: Livros Horizontes, 1983.

SARTI, Cynthia Andersen. Famílias enredadas. In: VITALE, Maria Amália Faller; ACOSTA, Ana Rojas (Orgs.). **Família**: redes, laços e políticas públicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005. p. 21-36.

SILVA, Kelly Cristina Brandão da. **Educação Inclusiva**: para todos ou para cada um? Alguns paradoxos (in)convenientes. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2016.

SKLIAR, Carlos (Org.). **Educação e exclusão**: abordagens socioantropológicas em educação especial. Porto Alegre: Mediação, 1997.

SOARES, Ana Cristina Silva. **A inclusão de alunos com deficiência visual na Universidade Federal do Ceará**: ingresso e permanência na ótica dos alunos, docentes e administradores. 2011. 240 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2011.

SOLOMON, Andrew. **Longe da árvore**: pais, filhos e a busca da identidade. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

TARDIF, Maurice. **Saberes docentes e formação profissional**. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

TARDIF, Maurice; LESSARD, Claude. **Le travail enseignant au quotidien**: contribution à l'étude du travail dans les métiers et les professions d'interactions humaines. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 1999.



TELLES, Heloisa Prado Rodrigues da Silva. **Infância e saúde mental**: teoria, clínica e recomendações para políticas públicas. 2006. 175 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

TOMASINI, Maria Elisabete Archer. **Educação Especial e deficiência intelectual**: da extração do saber ao exercício do poder. 1994. 107 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves. Infância e adolescência: uma clínica necessariamente ampliada. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 10-17, 2006.

VIEIRA, Otávio Santana. O eterno retorno em Nietzsche: tempo, história e eternidade. **Diversidade Religiosa**, João Pessoa, v. 1, n. 2, p. 1-18, 2014.

WENGER, Etienne. Communities of practice and social learning systems: the career of a concept. In: BLACKMORE, C. (Ed.). **Social learning systems and communities of practice**. London: Springer, 2010. p. 179-198.

## **APÊNDICE A – ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS EM PRONTUÁRIOS**

1. Nome
2. D.N.
3. Procedência
4. Motivo e origem do encaminhamento ao AMPIA
5. Características da criança/adolescente
6. Demandas da equipe clínico-especializado
7. Relatório escolar
8. Demandas da escola
9. Evoluções
10. O que dizem os pais sobre a criança
11. Evidências de potencialidades do aluno
12. Evidências de dificuldades do aluno
13. Condutas multiprofissionais
14. Aluno é atendido pelo AEE de sua escola
15. Sobre a dinâmica familiar
16. Recebe benefícios sociais?
17. Diagnóstico clínico

**APÊNDICE B – RECORTE DO FORMULÁRIO APLICADO NAS ESCOLAS  
(GTEI/MPCE)**

1. Quais as deficiências mais recorrentes?
2. Há escolas com alunos não diagnosticados?
3. Quantos alunos sem laudo?
4. Das escolas que apontaram dificuldade de acesso à saúde como motivo da ausência de laudo, quantos disseram que o laudo é uma influência (positiva ou negativa) na qualidade do ensino inclusivo?
5. Das escolas que seguem o procedimento padrão para providenciar o diagnóstico do aluno com deficiência, quantas relataram dificuldade de acesso à saúde como motivo da ausência de laudo?
6. As escolas que relatam a dificuldade de acesso à saúde encaminham os alunos com deficiência para quais instituições de saúde, com o objetivo de obtenção de laudo?
7. Das escolas que relataram a resistência ou a falta de apoio familiar como motivo da ausência do laudo, quantas responderam SIM para a existência de convênios com instituições públicas de apoio psicológico?
8. Quais os procedimentos das escolas para providenciar o diagnóstico do aluno com deficiência?
9. Quais as instituições de saúde que mais recebem encaminhamentos de alunos da rede pública para a obtenção de laudo?
10. Das escolas que encaminham para o SOPAI, quantas relataram a dificuldade de acesso à saúde como motivo de ausência de laudo?
11. Quantas escolas fornecem o AEE apenas na presença do laudo?
12. Quantas escolas encaminham os alunos com deficiência para alguma instituição de apoio educacional?
13. Para quais instituições de apoio educacional as escolas encaminham os alunos com deficiência?
14. Das instituições para as quais os alunos com deficiência são encaminhados, quantas são conveniadas com a Prefeitura de Fortaleza?
15. Quantas escolas relataram que a SME ou o distrito garantem a formação continuada em inclusão e acessibilidade dos profissionais de educação?
16. Quantas escolas relataram convênios com centros de atendimento especializado para atendimento dos estudantes da Educação Especial?
17. Quantas escolas relataram a existência de convênios com instituições públicas de fornecimento de atendimento psicológico?
18. Quantas escolas relataram garantia dos profissionais da área de psicologia e assistência social?

## ANEXO A – PORTARIAS DE CRIAÇÃO E RENOVAÇÃO DO GTEI



MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ  
NÚCLEO DE DEFESA DA EDUCAÇÃO  
16ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA CÍVEL



PORTARIA-PA Nº07/2016, 27 DE JULHO DE 2016.

O Ministério Público do Estado do Ceará, *através da 16ª Promotoria de Justiça Cível da Capital*, no uso das atribuições constitucionais conferidas pelos artigos 127 e 129, III da Constituição da República, 130, III da Constituição do Estado do Ceará, artigo 26, inciso I, da Lei nº 8.625/93 na Resolução nº 007/2010, do Colégio de Procuradores de Justiça do Estado do Ceará, no Manual de Taxonomia do Conselho Nacional do Ministério Público, e

**CONSIDERANDO** o Princípio da Dignidade da Pessoa Humana, como fundamento do atual estado Democrático de Direito, na forma do artigo 1º da Constituição da República Federativa do Brasil;

**CONSIDERANDO** as disposições constantes do art. 6º da Constituição Federal, que prevê, entre os direitos sociais, o direito à educação;

**CONSIDERANDO** que a efetiva garantia do direito à educação pressupõe que seja assegurada **igualdade de condições de acesso e permanência do educando na escola**, consoante o disposto no artigo 206, I da CRFB/88, o que exige que os estabelecimentos da rede pública de ensino ofereçam à comunidade escolar infraestrutura segura e adequada às necessidades educacionais de crianças e adolescentes;

**CONSIDERANDO** todo o sistema de proteção e promoção de direitos das pessoas com deficiência, consubstanciado, mais recentemente, na Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, que, no Art. 27 reforça o direito da pessoa com deficiência à educação, sendo assegurado um sistema educacional inclusivo em todos os níveis de ensino;

PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE DEFESA DA EDUCAÇÃO  
Rua Assunção, 1242 - José Bonifácio, Fortaleza/CE .  
CEP: 60.050-011 - Fone/Fsx (85) 3452 1541



**MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ  
NÚCLEO DE DEFESA DA EDUCAÇÃO  
16ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA CÍVEL**

---

**PORTARIA-PA Nº07/2016, 27 DE JULHO DE 2016.**

**CONSIDERANDO** a necessidade de acompanhar o **direito à educação da pessoa com deficiência na rede municipal de ensino público de Fortaleza;**

**CONSIDERANDO** a vasta documentação que constitui verdadeiro panorama da educação inclusiva do município de Fortaleza e orienta a instauração deste procedimento, enviada em atendimento à requisição desta 16ª Promotoria de Justiça de Defesa da Educação;

**CONSIDERANDO** o disposto na Resolução nº036/2016 – OECPJ, a qual disciplina e regulamenta a instauração e tramitação dos feitos extrajudiciais cíveis nas questões de interesses ou direitos difusos, coletivos, individuais homogêneos e individuais indisponíveis no âmbito do Ministério Público do Ceará;

**CONSIDERANDO** o que versa o Capítulo IV da sobredita Resolução, especificamente no que concerne à instauração do procedimento administrativo;

**CONSIDERANDO, por fim, a reunião ocorrida na manhã do dia 25 de julho do ano em curso, na sede desta Promotoria de Justiça, conforme lista de presença anexa e esta Portaria, para tratar sobre o desenvolvimento da educação inclusiva na rede municipal de ensino público de Fortaleza;**

**RESOLVE:**

Art.1º. Instaurar o Procedimento Administrativo – sem caráter investigativo – para o imprescindível acompanhamento por este Órgão da situação em que se

---

PROMOTORIA DE JUSTIÇA DE DEFESA DA EDUCAÇÃO  
Rua Assunção, 1242 - José Bonifácio, Fortaleza/CE .  
CEP: 60.050-011 - Fone/Fsx (85) 3452 1541



**MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE DEFESA DA EDUCAÇÃO**  
**16ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA CÍVEL**



**PORTARIA-PA Nº07/2016, 27 DE JULHO DE 2016.**

encontram as instituições da rede municipal de ensino de Fortaleza, no sentido de melhor prestação de serviços educacionais às crianças e aos adolescentes com deficiência.

Art.2º. Determinar a criação de Grupo de Trabalho voltado ao acompanhamento conjunto do presente Procedimento Administrativo, realizando reuniões trimestrais para a avaliação dos resultados das ações a serem empreendidas, composto, em princípio, por esta promotoria, pelo grupo de extensão “Árvore-Ser” da Universidade Federal do Ceará e a Secretaria de Municipal de Educação:

Art.3º. Registrar, autuar e fazer a numeração das folhas de todos os documentos relativos a este procedimento;

Art.4º. Publicar o extrato da presente Portaria no quadro de avisos desta Promotoria de Justiça, em meio eletrônico, conforme artigo 4º, inciso VI e artigo 7º, § 2º, inciso II, da Resolução nº 23, de 17 setembro de 2007, do Conselho Nacional do Ministério Público;

Art.5º. Determinar a remessa de cópia desta Portaria ao CSMP, ao CAOPIJ e à Corregedoria Geral, para conhecimento.

Fortaleza, 27 de julho de 2016.

**Elizabeth Maria Almeida de Oliveira**  
 Promotora de Justiça de  
 Defesa da Educação





**VÍDEOGAME** S( ) N( ) nºhoras( ) Games preferidos \_\_\_\_\_

**INTERNET** S( ) N( ) nºhoras( ) Sites preferidos \_\_\_\_\_

**CELULAR** S( ) N( ) nºhoras( ) \_\_\_\_\_

Regras da Família: \_\_\_\_\_

Dinâmica familiar:

Pai:

Mãe:

Irmãos:

Relacionamentos com outros familiares:

Lazer da família:

Namoros:

*Sexuality*:

Substâncias:

Escola Atual:

Ano:

Turno:

Idade em que entrou:

Escolas anteriores:

Aprendizagem/Interesse:

Socialização:

Comportamento Disciplinar:

Pontos fortes:

Pontos fracos:

Esportes:

Atividades Extras:

Reforço Escolar:

Vocação:

EXAME GERAL: Vacinação: \_\_\_\_\_ Preventivos \_\_\_\_\_

PA: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ Compleição física: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_ CA: \_\_\_\_\_

EXAME MENTAL:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: \_\_\_\_\_

CONDUTA: \_\_\_\_\_

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO: \_\_\_\_\_

RETORNO: \_\_\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_



## ANEXO C – FORMULÁRIO DA PRIMEIRA CONSULTA DO ADOLESCENTE (AMPIA)

**ADOLESCENTE PRIMEIRA CONSULTA - DATA:**

Nome: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ cidade \_\_\_\_\_  
 Tel fixo: \_\_\_\_\_ Cel adolesc.: \_\_\_\_\_ Cel mãe: \_\_\_\_\_ Cel pai: \_\_\_\_\_  
 Emails: Adolesc \_\_\_\_\_ mãe \_\_\_\_\_ pai \_\_\_\_\_  
 Mãe: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Grau instrução: \_\_\_\_\_ Trabalho: \_\_\_\_\_  
 Pai: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Grau instrução: \_\_\_\_\_ Trabalho: \_\_\_\_\_  
 Situação conjugal dos pais: \_\_\_\_\_  
 Fonte do encaminhamento: \_\_\_\_\_  
 Acompanhantes-Consulta: \_\_\_\_\_  
 Psicoterapeuta \_\_\_\_\_ cel/tel \_\_\_\_\_ início \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Contexto: \_\_\_\_\_

-----  
 QUEIXA PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

HDA: \_\_\_\_\_

-----  
**GESTAÇÃO:**

Planejada: **S**( ) **N**( ) Doenças na gestação: \_\_\_\_\_ Uso de medicações: \_\_\_\_\_  
 Emocional materno: \_\_\_\_\_

**PARTO:**

Tipo: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_ Pré-termo( ) Termo( ) Pós-Termo( ) Peso: \_\_\_\_\_  
 Complicações maternas: \_\_\_\_\_  
 Complicações RN: \_\_\_\_\_

-----  
**PUERPÉRIO:**

Amamentação: **S**( ) **N**( ) Duração \_\_\_\_\_ emocional materno: \_\_\_\_\_  
 Babás/creches/cuidadores (0-2anos): \_\_\_\_\_

-----  
**DESENVOLVIMENTO NPM:**

Dormir sozinho: \_\_\_\_\_  
 Alimentação: \_\_\_\_\_  
 Babás/cuidadores/creches (0-3anos): \_\_\_\_\_  
 Doenças Atuais e da Infância: \_\_\_\_\_  
 História de Traumas Psi na infância (luto, acidentes, separações): \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_  
 Internações: \_\_\_\_\_  
 Cirurgias: \_\_\_\_\_  
 Tratamento Anterior Psiq/Psicológico, FONO, TO, Psicopedagogia: \_\_\_\_\_

-----  
 Brincadeiras preferidas: \_\_\_\_\_  
 Eletrônicos no quarto: **TV** **S**( ) **N**( ) nºhoras( ) Programas preferidos \_\_\_\_\_

## ANEXO D – FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO ESCOLAR (AMPIA)

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO-UFC  
AMBULATORIO DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (AMPIA)  
SERVIÇO DE PSIQUIATRIA

### SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO ESCOLAR

Aluno: \_\_\_\_\_ idade \_\_\_\_\_ série \_\_\_\_\_ turno \_\_\_\_\_

Escola \_\_\_\_\_

Prof. \_\_\_\_\_ disciplina \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Prezado professor, com o objetivo de prestar atendimento médico adequado ao aluno acima citado, solicito que marque o questionário abaixo relacionado que melhor descreve o aluno, em sua percepção.

#### 1) COMPROMISSO COM A ESCOLA: 1.1) DA ASSIDUIDADE/

PONTUALIDADE/CUMPRIMENTO DE TAREFAS: ( ) FALTA MUITO ( ) FALTA MODERADO ( ) FALTA POUCO ( ) NÃO FALTA ( ) CHEGA ATRASADO FREQUENTEMENTE ( ) RARAMENTE CHEGA ATRASADO ( ) SEMPRE FAZ TAREFAS DE CASA ( ) RARAMENTE FAZ TAREFAS DE CASA ( ) NUNCA FAZ TAREFAS DE CASA ( ) SEMPRE FAZ TAREFAS DE SALA ( ) RARAMENTE FAZ TAREFAS DE SALA ( ) NUNCA FAZ TAREFAS DE SALA ( ) SEMPRE TRAZ MATERIAL ESCOLAR COMPLETO ( ) RARAMENTE TRAZ MATERIAL ESCOLAR COMPLETO ( ) NUNCA TRAZ MATERIAL ESCOLAR COMPLETO ( ) O MATERIAL ESCOLAR É BEM CUIDADO ( ) O MATERIAL ESCOLAR NÃO É BEM CUIDADO ( ) MATERIAL SUJO OU RASGADO

#### 2) COGNIÇÃO:

HABILIDADES DE MATEMÁTICA E RACIOCÍNIO LÓGICO ( ) ACIMA DA MÉDIA ( ) NÁ MÉDIA ( ) ABAIXO DA MÉDIA ( ) DEFAZAGEM SEVERA 2.1)

#### 2.2) HABILIDADES DE LEITURA, ESCRITA:

( ) LÊ BEM ( ) LÊ MAL ( ) LÊ SATISFATORIO ( ) NÃO LÊ  
( ) ESCREVE BEM ( ) ESCREVE MAL ( ) ESCREVE SATISFATORIO ( ) NÃO ESCREVE

#### 3) COMPORTAMENTO

##### 3.1) COMPORTAMENTO NA SALA DE AULA E ESCOLA:

( ) COMPORTAMENTO SATISFATORIO ADEQUADO  
( ) COMPORTAMENTO INSATISFATORIO: ( ) CONVERSA MUITO ( ) LEVANTA-SE MUITO ( ) INQUIETO ( ) AGITADO ( ) FALA ALTO ( ) NÃO TEM CONCENTRAÇÃO ( ) NÃO OBEDECE AO PROF. ( ) INICIA BRIGAS BRIGA MUITO ( ) BRIGA. SÓMENTE SE IMPORTUNADO ( ) REAGE COM AGRESSIVIDADE QUANDO FRUSTRADO  
( ) NUNCA BRIGA ( ) NÃO SABE SE DEFENDER PASSIVIDADE EXCESSIVA ( ) TEM MUITOS AMIGOS ( ) TEM POUCOS AMIGOS ( ) ISOLADO ( ) É LÍDER ( ) SOFRE BULLYING ( ) IMPULSIVO NÃO SABE ESPERAR A VEZ RESPONDE ANTES DE OUVIR A PERGUNTA ( ) DESRESPEITA O PROF. E OUTROS ADULTOS ( ) FALA PALAVRÃO ( ) AGRESSAO VERBAL FREQUENTE



AGRESSÃO FÍSICA FREQUENTE  DANOS AO PATRIMÔNIO  QUEBRA VOLUNTARIAMENTE MATERIAL ESCOLAR PRÓPRIO OU DE OUTROS

---

---

---

**4) RENDIMENTO ESCOLAR:**

SATISFATÓRIO  ABAIXO DA MÉDIA  ACIMA DA MÉDIA   
 DEFAZAGEM SEVERA  VAI REPROVAR

**5) INTERESSE :**

MUITO INTERESSADO  POUCO INTERESSADO  INTERESSE SATISFATÓRIO

NÃO GOSTA DE ESTUDAR/NÃO ESTUDA, POR ISSO NÃO APRENDE

GOSTA DE ESTUDAR, MAS NÃO APRENDE

**6) FAMÍLIA:**

INTERESSADA E PARTICIPATIVA  NÃO SE INTERESSA, NÃO PARTICIPA

FREQUENTA REUNIÕES ESCOLARES/ATENDE SOLICITAÇÃO DE IR À ESCOLA

AUSENTE

---

---

---

**7) PONTOS FORTES DO ALUNO:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**8) PONTOS FRACOS DO ALUNO:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**9) NA SUA OPINIÃO, QUE ASPECTOS DO ALUNO PRECISAM MELHORAR PARA UM DESENVOLVIMENTO ESCOLAR SATISFATÓRIO) \_\_\_\_\_**

---

---

---

PROFESSOR, OBRIGADA PELO PREENCHIMENTO.

## ANEXO E – SNAP-IV

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ NO ESCOLAR: \_\_\_\_\_

Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve o (a) aluno (a) (MARQUE UM X):

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres da escola, tarefas ou obrigações.				
5. Tem dificuldades para organizar tarefas e atividades.				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7. Perde coisas necessárias para as atividades (ex.: brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros).				
8. Distrai-se com estímulos externos.				
9. É esquecido em atividades do dia a dia.				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.				
11. Sai do lugar da sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.				
12. Corre de um lado para o outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado.				
13. Tem dificuldade em brincar ou envolver-se em atividades de forma calma				
14. Não para ou frequentemente está a “mil por hora”.				
15. Fala em excesso.				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas.				
17. Tem dificuldade de esperar a sua vez.				
18. Interrompe os outros ou se intromete (ex.: mete-se em conversas/jogos).				
19. Descontrola-se.				
20. Discute com adultos.				
21. Desafia ativamente ou se recusa a atender pedidos ou regras de adultos.				
22. Faz coisas de propósito que incomodam outras pessoas.				
23. Culpa os outros pelos seus erro ou mau comportamento.				
24. É irritável ou facilmente incomodado pelos outros.				
25. É zangado e ressentido.				
26. É maldoso e vingativo.				

**ANEXO F – SCREEN FOR CHILD AND ANXIETY RELATED EMOTIONAL  
DISORDERS (SCARED)**

- 01 – quando tem medo, não pode respirar bem
- 02 – quando está na escola, queixa-se de dores de cabeça
- 03 – não gosta de estar com pessoas que não conhece bem
- 04 – dá-lhe medo dormir em outras casas
- 05 – preocupa-se com o que pensam dele
- 06 – quando tem medo, sente que vai desmaiar
- 07 – é uma criança nervosa
- 08 – acompanha-me a toda parte aonde vou (“é como minha sombra”)
- 09 – as pessoas dizem que meu filho é nervoso
- 10 – fica nervoso com as pessoas que não conhece bem
- 11 – quando está na escola, sente dores de estômago (barriga)
- 12 – quando tem medo, sente-se como se fosse enlouquecer
- 13 – preocupa-se se tem que dormir sozinho
- 14 – preocupa-se em ser tão bom como os demais colegas
- 15 – quando tem muito medo, sente como se as coisas não fossem reais
- 16 – sonha que algo de ruim vai acontecer com seus pais
- 17 – preocupa-se quando tem que ir à escola
- 18 – quando tem medo, seu coração bate mais rápido
- 19 – treme de medo
- 20 – sonha que algo de ruim vai lhe acontecer
- 21 – preocupa-lhe como vão sair as coisas que faz
- 22 – quando tem medo transpira muito
- 23 – preocupa-se demais
- 24 – sente medo sem nenhum motivo
- 25 – dá-lhe medo estar sozinho em casa
- 26 – custa-lhe falar com pessoas que não conhece
- 27 – quando tem medo, sente que não pode engolir
- 28 – as pessoas dizem que meu filho se preocupa em demasia
- 29 – não gosta de estar separado de sua família
- 30 – dá-lhe medo ficar com pânico
- 31 – preocupa-lhe que algo de ruim possa acontecer com seus pais
- 32 – fica envergonhado quando está com pessoas que não conhece
- 33 – preocupa-se com o futuro
- 34 – quando tem medo, sente vontade de vomitar
- 35 – preocupa-lhe saber se faz bem as coisas
- 36 – tem medo de ir a escola
- 37 – preocupa-se com o passado
- 38 – quando tem medo, sente-se enjoado, mareado

**ANEXO G – QUESTIONÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL**

Ponto de corte 17, e pontuação de 0 a 2 para cada item.

1.  Eu fico triste de vez em quando  
 Eu fico triste muitas vezes  
 Eu estou sempre triste
2.  Para mim tudo se resolverá bem  
 Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim  
 Nada vai dar certo para mim
3.  Eu faço bem a maioria das coisas  
 Eu faço errado a maioria das coisas  
 Eu faço tudo errado
4.  Eu me divirto com muitas coisas  
 Eu me divirto com algumas coisas  
 Nada é divertido para mim
5.  Eu sou mau de vez em quando  
 Eu sou mau com frequência  
 Eu sou sempre mau
6.  De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer  
 Eu tenho medo que coisas ruins me aconteçam  
 Eu tenho certeza de que coisas terríveis me acontecerão
7.  Eu gosto de mim mesmo  
 Eu não gosto de mim mesmo  
 Eu me odeio
8.  Normalmente eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem  
 Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa  
 Tudo de mau que acontece é por minha culpa
9.  Eu não penso em me matar  
 Eu penso em me matar, mas não o faria  
 Eu quero me matar
10.  Eu sinto vontade de chorar esporadicamente  
 Eu sinto vontade de chorar frequentemente  
 Eu sinto vontade de chorar diariamente
11.  Eu me sinto entediado esporadicamente  
 Eu me sinto entediado frequentemente  
 Eu me sinto sempre entediado

12.  Eu gosto de estar com as pessoas  
 Frequentemente eu não gosto de estar com as pessoas  
 Eu não gosto de estar com as pessoas
13.  Eu tomo decisões facilmente  
 É difícil para mim tomar decisões  
 Eu não consigo tomar decisões
14.  Eu tenho boa aparência  
 Minha aparência tem alguns aspectos negativos  
 Eu sou feio
15.  Fazer os deveres de casa não é um grande problema para mim  
 Com frequência eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa  
 Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa
16.  Eu durmo bem à noite  
 Eu tenho dificuldades para dormir à noite frequentemente  
 Eu sempre tenho dificuldades para dormir à noite
17.  Eu me canso de vez em quando  
 Eu me canso frequentemente  
 Eu estou sempre cansado
18.  Alguns dias eu não tenho vontade de comer  
 Quase sempre eu não tenho vontade de comer
19.  Eu não temo sentir dor  
 Eu temo sentir dor com frequência  
 Eu estou sempre temeroso de sentir dor
20.  Eu não me sinto sozinho  
 Eu me sinto sozinho com frequência  
 Eu sempre me sinto sozinho
21.  Eu me divirto na escola frequentemente  
 Eu me divirto na escola de vez em quando  
 Eu nunca me divirto na escola
22.  Eu tenho muitos amigos  
 Eu tenho muitos amigos mas gostaria de ter mais  
 Eu não tenho muitos amigos
23.  Meus trabalhos na escola são bons  
 Meus trabalhos na escola não são tão bons quanto eram antes  
 Eu tenho me saído mal nas matérias em que eu costumava ser bom
24.  Meu nível é tão bom quanto o das outras crianças  
 Meu nível pode ser tão bom quanto o das outras crianças, se eu quiser  
 Meu nível nunca é tão bom quanto o das outras crianças

25.  Eu tenho certeza que sou amado por alguém  
 Eu não tenho certeza se sou amado por alguém  
 Ninguém gosta de mim realmente
26.  Eu sempre faço o que me mandam  
 Eu faço o que me mandam com frequência  
 Eu nunca faço o que me mandam
27.  Eu não me comunico bem com as pessoas  
 Eu me envolvo em brigas com frequência  
 Eu estou sempre me envolvendo em brigas.

Fonte: Barbosa et al. (1996)



## ANEXO H – TERMO DE ANUÊNCIA PARA USO DOS DADOS (MP/CE)



**MPCE**  
Ministério Público  
do Estado do Ceará

**NÚCLEO DE DEFESA DA EDUCAÇÃO**  
**16ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA CÍVEL**

### TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, **Elizabeth Maria Almeida de Oliveira**, presidente do **Procedimento Administrativo nº 2016/364556**, em face do qual está formalizado o Grupo de Trabalho de Educação Inclusiva, autorizo a mestrandia **Luana Barreto de Araújo**, vinculada ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação (Universidade Federal do Ceará-UFC) ao uso das informações da pesquisa acerca da qualidade do ensino educacional inclusivo, realizada por esta instituição no ano de 2017 junto a trinta escolas da rede municipal de ensino do município de Fortaleza-CE, cuja relevância é reconhecida para a realização da pesquisa intitulada “A atenção integral como tessitura de saberes e práticas entre escola e equipe clínico-especializada para o favorecimento da educação inclusiva”.

A pesquisa foi reconhecida e instituída como parte do Grupo de Trabalho em Educação Inclusiva – GTEI, nos termos da **Portaria-PA Nº 07/2016, de 27 de julho de 2016**, alterada pela **Portaria nº11/2017-16ªPmJ-CIV**, constituído pelo **Grupo de Estudos Aplicados em Direito das Pessoas com Deficiência – Árvore-Ser(CH.2016.PJ.0113)**, coordenado pela Profa. Beatriz Rego Xavier e pela Sra. Luana Adriano Araújo, pelo **Projeto Acessibilidade em Escolas de Ensino Fundamental e Médio das Redes Públicas Estadual e Municipal(TG.2012.PJ.0279)**, coordenado pela Profa. Zilsa Maria Pinto Santiago, pelo **Grupo Pró-inclusão: Pesquisas e Estudos sobre Educação Especial e Inclusiva, Práticas Pedagógicas e Formação de Professores**, coordenado pela Profa. Francisca Geny Lustosa e pela Profa. Claudiana Maria Nogueira de Melo, e pela **16ª Promotoria de Justiça Cível, do Ministério Público do Estado do Ceará**, tendo por desiderato averiguar a qualidade e a eficácia dos serviços educacionais prestados às crianças e aos adolescentes com deficiência no município de Fortaleza. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como

---

**NÚCLEO DE DEFESA DA EDUCAÇÃO**  
**16ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA CÍVEL**  
Rua Lourenço Feitosa, 90 – José Bonifácio. CEP.: 60.055-500. Fortaleza-CE. Tel.: 3452-1541  
E-mail institucional: 16pmjcv@mpce.mp.br



**MPCE**  
Ministério Público  
do Estado do Ceará

**NÚCLEO DE DEFESA DA EDUCAÇÃO**  
**16ª PROMOTORIA DE JUSTIÇA CÍVEL**

instituição coparticipante da pesquisa e assumiu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados. Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS.

Fortaleza/CE, 20 de abril de 2018.

**Elizabeth Maria Almeida de Oliveira**  
**Promotora de Justiça de Defesa da Educação**

## ANEXO I – TERMO DE COOPERAÇÃO ENTRE A SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TERMO DE COOPERAÇÃO Nº 15/2017  
PROCESSO Nº: P815870/2017



8/7

**TERMO DE COOPERAÇÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM  
A SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO – SME, E  
A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE MEDIANTE  
AS CLÁUSULAS E CONDIÇÕES QUE SEGUEM.**

Por este instrumento a **SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO - SME**, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ nº 04.919.081/0001-89, representada neste ato por sua Secretária **Antonia Dalila Saldanha de Freitas**, brasileira, inscrito no CPF nº 510.472.503-06 e no RG nº 205903390 SPSP/CE, residente e domiciliado nesta capital, doravante denominada **SME**, e do outro lado a **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**, inscrita no CNPJ sob o n.º 04.885.197/0001-44, com sede na Rua do Rosário, nº 283, Centro, CEP. 60055-090, Fortaleza/CE, neste ato representado por sua Secretária **Joana Angélica Paiva Maciel**, portadora de RG n.º 330.220-82 SSP/CE, inscrito no CPF sob o nº 309.911.703-00, residente e domiciliada nesta Capital e o **MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ**, por sua 16ª PROMOTORA DE JUSTIÇA CÍVEL, com endereço à Rua Assunção, nº 1242, José Bonifácio, CEP. 60050-011, Fortaleza/CE, neste ato representado pela sua Promotora de Justiça titular Dra. **Elizabeth Maria Almeida de Oliveira**, inscrita no CPF nº 121.150.963-04 e no RG. nº 187PGJ/CE.

CONSIDERANDO que a Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão de Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), destinada a assegurar e a promover, em condição de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e a cidadania;

CONSIDERANDO que a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, especificamente no seu art. 11, § 1º, estabelece que é assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado;

RESOLVEM firmar o presente Termo de Cooperação Técnica, com a finalidade de promover a cooperação recíproca entre a Secretaria Municipal da Educação e a Secretaria Municipal da Saúde com a finalidade de unir esforços para implementação de ações conjuntas, mediante as cláusulas e condições que seguem:

### CLÁUSULA PRIMEIRA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

1.1. O presente Termo de Cooperação tem por fundamento o disposto na Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015; no §1º do art. 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente e art. 116 da Lei Federal nº 8.666/93.

### CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

2.1. O presente Termo de Cooperação tem por objeto a implementação de ações conjuntas



Avenida Dezenbargador Moreira, 2875 • Dionísio Torres • CEP 60.170-002 Fortaleza, Ceará - 85 3459-6700



TERMO DE COOPERAÇÃO Nº 15/2017  
PROCESSO Nº: P815870/2017



entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Educação que assegurem a realização de consultas e encaminhamentos dos alunos com possível deficiência da Rede Municipal de Fortaleza em benefício da cidadania e inclusão social.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DOS PARTÍCIPES**

3.1. Compete à SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO – SME:

3.1.1. Realizar o levantamento dos alunos que necessitam ser avaliados e encaminhados para atendimentos. Orientar aos Técnicos da Educação Especial dos Distritos da Educação em parceria com os Técnicos do Programa Saúde nas escolas que realizem reuniões conjuntas para o acompanhamento dos alunos atendidos.

3.2. Compete à SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE:

3.2.1. Organizar o fluxo de atendimento das crianças e adolescentes da Rede Municipal, orientar aos técnicos do Programa Saúde nas escolas e aos Gestores das Unidades de Atenção Primária a Saúde e instituições conveniadas ao Sistema de Saúde Municipal quanto ao atendimento e utilização do instrumento de avaliação. Participação nas reuniões promovidas pelos Distritos da Educação para esclarecimentos do fluxo de atendimento.

3.3. Compete ao MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO CEARÁ:

3.3.1. Apoio no acompanhamento e monitoramento das ações que serão desenvolvidas.

#### **CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS**

4.1. Não haverá transferência voluntária de recursos entre os celebrantes para a execução do presente Termo. As despesas necessárias à plena consecução do objeto acordado, tais como: pessoal, custeio de deslocamentos, comunicação entre os órgãos e outras que se fizerem necessárias, correrão por conta das dotações orçamentárias específicas constantes nos orçamentos dos celebrantes e de acordo com as respectivas disponibilidades financeiras.

#### **CLÁUSULA QUINTA – DA VIGÊNCIA**

5.1. O presente Termo de Cooperação Técnica vigorará pelo prazo de 02 (dois) anos, contados da data da sua assinatura, podendo ser prorrogado por igual período, mediante a celebração de termo aditivo.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DA RESCISÃO**

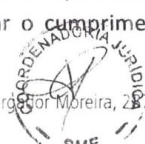
6.1. O presente Termo de Cooperação poderá ser rescindido, a qualquer tempo:

6.1.1. Por mútuo consentimento ou desinteresse de qualquer delas, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

6.1.2. Não cumprimento ou cumprimento irregular por qualquer das partes de qualquer obrigação resultante deste Termo, no caso de tal situação perdurar por 15 (quinze) dias contados da Notificação da outra parte ou independentemente de notificação, se a mora no cumprimento da obrigação tornar o cumprimento do Termo impossível ou inútil;



Avenida Desembargador Moreira, 2875 • Dionísio Torres • CEP 60.170-002 Fortaleza, Ceará  
85 3459-6700



TERMO DE COOPERAÇÃO Nº 15/2017  
PROCESSO Nº: P815870/2017



**CLÁUSULA SÉTIMA – DA PUBLICAÇÃO**

7.1. O Extrato do presente Termo de Cooperação, bem como de seus Termos Aditivos, deverá ser publicado no Diário Oficial do Município de Fortaleza, como condição indispensável para sua eficácia.

**CLÁUSULA OITAVA – DA ALTERAÇÃO**

8.1. Este Termo poderá ser modificado, salvo quanto ao objeto, por meio do respectivo Termo Aditivo, de comum acordo entre os celebrantes, mediante manifestação escrita, até 30 (trinta) dias antes do término da vigência do presente instrumento.

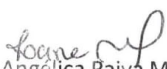
**CLÁUSULA NONA – DO FORO**

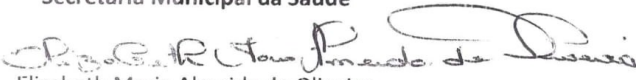
9.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes da execução do presente Termo, renunciando as partes, desde já, a qualquer outro foro por mais privilegiado que seja.

E por estarem de pleno acordo, assinam o presente termo, em 03 (três) vias, de igual teor e forma, as quais serão distribuídas entre as partes, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Fortaleza (CE),                    de                    de 2017.

  
Antonia Dafila Saldanha de Freitas  
Secretaria Municipal da Educação

  
Joana Angélica Paiva Maciel  
Secretaria Municipal da Saúde

  
Elizabeth Maria Almeida de Oliveira  
Ministério Público do Estado do Ceará



**TESTEMUNHAS:**

NOME:  
CPF:  
RG:

NOME:  
CPF:  
RG:



## PLANO DE TRABALHO

Cooperação técnica nº 15/2017  
Processo nº P815870/2017

**ANEXO 1 - Cronograma de acompanhamento sistemático dos alunos com possível deficiência ainda não diagnosticados**

Nº	AÇÕES	DETALHAMENTO DA AÇÃO	PERÍODO	FREQÜÊNCIA	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	QUEM FINANCIA
01	Realizar reuniões com os Técnicos da Educação Especial dos Distritos da Educação.	-Apresentação do documento oficial acerca do Fluxo da Educação e Saúde.	AGO 2017	MENSAL	Melhoria nos encaminhamentos do Fluxo Educação e Saúde.	Orientar 100% dos Técnicos da Educação Especial dos Distritos de Educação.	SME/SMS/ Distrito de Educação.
02	Orientar aos Técnicos da Educação Especial dos Distritos da Educação em parceria com os Técnicos da Saúde que realizem reuniões com os gestores escolares.	-Explicação aos gestores escolares sobre o fluxo da Educação e Saúde e a relação de postos vinculados.	AGO 2017	TRIMESTRAL	Melhoria no acompanhamento e assistência aos alunos.	Garantir a participação de 100% dos gestores escolares.	SME/SMS/ Distrito de Educação.
03	Solicitar aos Técnicos da Educação Especial dos Distritos da Educação o levantamento dos	-Mapeamento e consolidação da planilha dos alunos que serão encaminhados aos postos de saúde para um melhor acompanhamento do Núcleo de Inclusão e	AGO 2017	TRIMESTRAL	Monitoramento do quantitativo de alunos atendidos nos postos de saúde e encaminhados	Acompanhar o atendimento de 100% dos alunos encaminhados da Educação	SME/SMS/ Distrito de Educação.

SECRETARIA MUNICIPAL DA EDUCAÇÃO  
306

	alunos que necessitam de consultas e encaminhamentos.	Diversidade.				para outras instituições.	Inclusiva
04	Realizar reuniões com Secretaria da Educação e a Secretaria da Saúde para o acompanhamento das ações do Pacto acordado.	Avaliação das informações fornecidas pelos Distritos da Educação e pelos Técnicos da Saúde.	AGO 2017	DEZ 2019	TRIMESTRAL	Acompanhamento sistemático no decorrer do ano letivo.	Fortalecer a parceria entre as Secretarias da Educação e Saúde em benefício da cidadania e inclusão social dos alunos da Rede Municipal.

**Meta 2: Garantir a formação dos profissionais da Saúde e elevar a qualidade das ações inclusivas realizadas nas Unidades de Atenção Primária a Saúde- UAPS e instituições conveniadas ao Sistema de Saúde Municipal.**

	AÇÕES	DETALHAMENTO DA AÇÃO	PERÍODO	FREQUÊNCIA	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	QUEM FINANCIA	
01	Orientar os Técnicos do PSE sobre o fluxo de atendimento de crianças e adolescentes para as UAPS.	- Encontros sistemáticos com os Técnicos.	AGO 2017	DEZ 2019	MENSAL	Os Técnicos quanto à introdução do fluxo de atendimento.	Impactar 100% dos Técnicos do PSE	SMS


*P*





02	Construir instrumentos para avaliação das crianças e adolescentes.	-Estudos sistemáticos com os profissionais envolvidos; -Parceria com médicos da Estratégia de Saúde da Família.	AGO 2017	DEZ. 2019	SEMESTRAL	Otimização dos atendimentos nas UAPS.	Garantir o atendimento aos alunos encaminhados.	SMS
03	Sensibilizar os gestores das UAPS quanto ao atendimento e utilização do instrumento.	-Socialização com os gestores sobre os atendimentos e instrumentos de avaliação.	AGO 2017	DEZ. 2019	MENSAL	Incorporação do título nas UAPS	Garantir o atendimento em 100% das UAPS.	SMS

Fortaleza (CE), 22 de agosto de 2017

  
Antonia Dalila Saldanha de Freitas  
Secretaria Municipal da Educação - SME

  
Joana Angélica Paiva Maciel  
Secretaria Municipal da Saúde - SMS

Dra. Joana Angélica Paiva Maciel  
Secretaria Municipal da Saúde



Fortaleza, 22 de Agosto de 2017  
808



**PLANO DE TRABALHO**

Cooperação técnica n° 151/2017  
Processo n° P815870/2017

**Meta 1 - Garantir o acompanhamento sistemático dos alunos com possível deficiência ainda não diagnosticados**

N°	Ações	DETALHAMENTO DA AÇÃO	PERÍODO	FREQÜÊNCIA	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	QUEM FINANCIA
01	Realizar reuniões com os Técnicos da Educação Especial dos Distritos da Educação.	-Apresentação do documento oficial acerca do Fluxo da Educação e Saúde.	AGO 2017 DEZ 2017	MENSAL	Melhoria nos encaminhamentos do Fluxo Educação e Saúde.	Orientar 100% Técnicos da Educação Especial dos Distritos de Educação.	SME/SMS/ Distrito de Educação.
02	Orientar aos Técnicos da Educação Especial dos Distritos da Educação em parceria com os Técnicos da Saúde que realizem reuniões com os gestores escolares.	-Explicação aos gestores escolares sobre o fluxo da Educação e Saúde e a relação de postos vinculados.	AGO 2017 SET 2019	TRIMESTRAL	Melhoria no acompanhamento e assistência aos alunos.	Garantir a participação de 100% dos gestores escolares.	SME/SMS/ Distrito de Educação.
03	Solicitar aos Técnicos da Educação Especial dos Distritos da Educação o levantamento dos	-Mapeamento e consolidação da planilha dos alunos que serão encaminhados aos postos de saúde para um melhor acompanhamento do Núcleo de Inclusão e	AGO 2017 DEZ 2019	TRIMESTRAL	Monitoramento do quantitativo de alunos atendidos nos postos de saúde encaminhados	Acompanhar o atendimento de 100% dos alunos encaminhados da Educação	SME/SMS/ Distrito de Educação.

809

R

	alunos que necessitam de consultas e encaminhamentos.	Diversidade.				para outras instituições.	Inclusiva	
04	Realizar reuniões com Secretaria da Educação e a Secretaria da Saúde para o acompanhamento das ações do Pacto acordado.	Avaliação das informações fornecidas pelos Distritos da Educação e pelos Técnicos da Saúde.	AGO 2017	DEZ 2019	TRIMESTRAL	Acompanhamento sistemático no decorrer do ano letivo.	Fortalecer a parceria entre as Secretarias da Educação e Saúde em benefício da cidadania e inclusão social dos alunos da Rede Municipal.	SME/SMS/ Distrito de Educação.

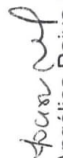
<b>Meta 2: Garantir a formação dos profissionais da Saúde e elevar a qualidade das ações inclusivas realizadas nas Unidades de Atenção Primária a Saúde- UAPS e instituições conveniadas ao Sistema de Saúde Municipal.</b>						
AÇÕES	DETALHAMENTO DA AÇÃO	PERÍODO	FREQUÊNCIA	RESULTADO ESPERADO	INDICADOR	QUEM FINANCIAR
01	Orientar os Técnicos do PSE sobre o fluxo de atendimento de crianças e adolescentes para as UAPS. - Encontros sistemáticos com os Técnicos.	AGO 2017 DEZ 2019	MENSAL	Os Técnicos quanto à introdução do fluxo de atendimento.	Impactar 100% dos Técnicos do PSE	SMS

3/10

02	Construir instrumentos para avaliação das criações e adolescentes.	- Estudos sistemáticos com os profissionais envolvidos; - Parceria com médicos da Estratégia de Saúde da Família.	AGO 2017	DEZ 2019	SEMESTRAL	Otimização dos atendimentos nas UAPS.	Garantir o atendimento aos alunos encaminhados.	SMS
03	Sensibilizar os gestores das UAPS quanto ao atendimento e utilização do instrumento.	- Socialização com os gestores sobre os instrumentos e instrumentos de avaliação.	AGO 2017	DEZ 2019	MENSAL	Incorporação do fluxo nas UAPS	Garantir o atendimento em 100% das UAPS.	SMS

Fortaleza (CE), 22 de agosto de 2017

  
Antonia Dalila Saldanha de Freitas  
Secretaria Municipal da Educação - SME

  
Joana Angélica Paiva Maciel  
Secretaria Municipal da Saúde - SMS

