**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA
CENTRO DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – CEAD**

CARLA REGIANE VARGAS

**OS ASPECTOS EDUCACIONAIS RELACIONADOS AO PROCESSO
DE INCLUSÃO DE ALUNOS COM PARALISIA CEREBRAL NA
EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR**

FLORIANÓPOLIS

2011

CARLA REGIANE VARGAS

**OS ASPECTOS EDUCACIONAIS RELACIONADOS AO PROCESSO
DE INCLUSÃO DE ALUNOS COM PARALISIA CEREBRAL NA
EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR**

Trabalho de Conclusão de curso
Monografia apresentado ao Curso de
Pós-graduação *Latu sensu* em
Fundamentos Curriculares da
Educação Inclusiva como requisito
para obtenção do título de Especialista.

Orientador: Dr. Rudney da Silva

FLORIANÓPOLIS

2011

Vargas, Carla Regiane.

Os aspectos educacionais relacionados ao processo de inclusão de alunos com Paralisia Cerebral na Educação Física escolar/ Carla Regiane Vargas; orientador: Rudney da Silva. – Florianópolis, 2011.
81 f.

Inclui referencias.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Educação a Distância, Florianópolis, 2011.

1. Aspectos Educacionais. 2. Inclusão. 3. Paralisia Cerebral. 4. Educação Física escolar. I. Silva, Rudney da, II Título.

CARLA REGIANE VARGAS

**OS ASPECTOS EDUCACIONAIS RELACIONADOS AO PROCESSO
DE INCLUSÃO DE ALUNOS COM PARALISIA CEREBRAL NA
EDUCAÇÃO FÍSICA ESCOLAR**

Trabalho de Conclusão de curso Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Latu sensu* em Fundamentos Curriculares da Educação Inclusiva como requisito para obtenção do título de Especialista.

Banca Examinadora

Orientador:

Professor Doutor Rudney da Silva
CEFID/UDESC

Membro 1:

Professor Mestre Paulo Gutiérrez Filho
CEFID/UDESC

Membro 2:

Professor Especialista Pablo Mõnani Amorim
APAE PALHOÇA/SC

Florianópolis, 14/03/2011.

A todas as pessoas que marcaram a minha vida para sempre, umas ajudando na construção, outras apresentando projetos de sonhos e outras ainda porque me desafiaram a construí-los (Autor desconhecido). Aos meus pais, aos meus irmãos, ao meu querido noivo e meus maravilhosos professores.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus, pelo dom da vida, e também por possibilitar que os sonhos possam ser concretizados, como este que se torna realidade, e à minha mãe Maria por sempre estar presente e me ajudar como intercessora junto a Deus Pai.

Para que este trabalho pudesse se concretizar, contou com ajuda de muitas pessoas as quais dedico os meus agradecimentos especiais:

À minha família contribuiu com apoio, incentivo.

Ao meu noivo contribuiu com incentivo e compreensão pelos inúmeros momentos dedicados a este trabalho.

Ao meu orientador Rudney da Silva, pelos conhecimentos compartilhados e pela compreensão.

Aos meus amigos e colegas da pós em especial a Ivanilda, Giselda, Sibeles e Ricardo pelos momentos de companheirismo e de crescimento profissional, pelo apoio e colaboração ao longo deste trabalho.

Aos funcionários e professoras da Pós Graduação pela ajuda.

À Secretaria Estadual de Educação pela ajuda financeira para realização deste trabalho.

“Deficiente é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino”.

Mario Quintana

RESUMO

VARGAS, Carla Regiane. **Os aspectos educacionais relacionados ao processo de inclusão de alunos com Paralisia Cerebral na Educação Física escolar.** 2011. 84 f. Monografia (Pós-Graduação *Latu sensu* em Fundamentos Curriculares da Educação Inclusiva) – Universidade do Estado de Santa Catarina. Curso de Pós-Graduação, Florianópolis, 2011.

A Educação Física inclusiva tem recebido grande atenção nos últimos anos e influência do modelo educativo de educação inclusiva vigente, que se fundamenta em incluir nas aulas de Educação Física regular o aluno com deficiência, inclusive o aluno com Paralisia Cerebral. A participação e o engajamento destes alunos têm aumentado devido às propostas de inclusão, as quais requerem mudanças no âmbito escolar com relação às concepções curriculares, administrativas e pedagógicas. No entanto, as questões de Educação Física inclusiva têm sido insuficientemente tratadas em nosso país. Deste modo, buscou-se analisar, segundo a literatura especializada, as principais discussões sobre os aspectos educacionais relacionados ao processo de inclusão de alunos com Paralisia Cerebral na Educação Física escolar. A pesquisa caracterizou-se do tipo bibliográfica, qualitativa. Foram analisados artigos científicos, monografias de graduação e pós-graduação, dissertações e teses, disponíveis na rede mundial de computadores – Internet e livros. Quanto aos aspectos relacionados ao processo de inclusão pode-se perceber que são oriundos de uma sociedade em desenvolvimento, deste modo, apresentam-se desconectados e dizem respeito às questões culturais, filosóficas, legais e pedagógicas. A realidade inclusiva brasileira, ainda é recente, no entanto, não tem sido homogênea ou simples de registrar dada a imensidão de nosso país, com grandes desníveis econômicos e sociais. Com relação ao ensino de alunos com Paralisia Cerebral na Educação Física pode-se perceber que é considerado complexo, pois exige dos professores conhecimentos dos aspectos clínicos e pedagógicos do seu aluno.

Palavras-chave: Aspectos Educacionais. Inclusão. Paralisia Cerebral. Educação Física escolar.

ABSTRACT

VARGAS, Carla Regiane. **The educational aspects of the process of inclusion of students with cerebral palsy in physical education.** 2011. 84 f. Monograph (Postgraduate *Latu sensu* in Specialization in Curricular Fundamentals of Inclusive Education.) – Santa Catarina State University. Course postgraduate, Florianópolis, 2011.

Inclusive Physical Education has received great attention in recent years and the influence of the educational model of inclusive education in force, which is based on including in the regular physical education classes students with disabilities, including students with cerebral palsy. The participation and engagement of these students have increased due to the proposed inclusion, which require changes in the school curriculum in relation to concepts, administrative and educational. However, the issues of inclusive physical education have been insufficiently treated in our country. Thus, we have analyzed, according to the literature, the main discussions on the educational aspects of the process of inclusion of students with cerebral palsy in physical education. The survey characterized the type literature, qualitative. Will be reviewed scientific articles, graduate and postgraduate theses and dissertations available on the World Wide Web - Internet and books. As for the aspects of the process of inclusion can be seen that come from a developing society, thus, have disconnected themselves and relate to cultural issues, philosophical, legal and educational. The reality inclusive Brazilian is still young, however, has not been smooth or easy to register given the vastness of our country with great economic and social gaps. With respect to the teaching of students with cerebral palsy in physical education can be seen that is considered complex because it requires teachers' knowledge and clinical teaching of students.

Key-words: Educational Aspects. Inclusion. Cerebral Palsy. School Physical Education.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1: Sítios eletrônicos de pesquisa levantados	08
Ilustração 2: Bases teórico-metodológicas da Educação Física	36
Ilustração 3: Princípios básicos de currículo inclusivo	41
Ilustração 4: Tipos de adaptações e suas especificidades	43
Ilustração 5: Diferenças no desenvolvimento de criança normal e de criança com Paralisia Cerebral	48
Ilustração 6: Fatores etiológicos da Paralisia Cerebral	50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
1.1 PROBLEMA	08
1.2 OBJETIVO GERAL	10
1.2.1 Questões de Pesquisa	10
1.3 JUSTIFICATIVA	11
2 ASPECTOS METODOLÓGICOS	13
2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	13
2.2 ORIENTAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	14
2.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	14
2.4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA	15
2.4.1 Definições preliminares da pesquisa.....	15
2.4.2 Identificação e seleção da bibliografia	16
2.4.3 Análise dos materiais	16
2.4.4 Construção textual e elaboração do relatório	17
3 EDUCAÇÃO INCLUSIVA	18
3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E SOCIAIS DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA.....	18
3.2 ASPECTOS CONCEITUAIS DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA	25
3.3 LEGISLAÇÃO EM EDUCAÇÃO INCLUSIVA	28
4 EDUCAÇÃO FÍSICA	34
4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E SOCIAIS DA EDUCAÇÃO FÍSICA INCLUSIVA.....	34
4.2 EDUCAÇÃO FÍSICA INCLUSIVA.....	37
4.3 ADEQUAÇÕES ARQUITETÔNICAS, CURRICULARES E DOCENTES	40
5 PARALISIA CEREBRAL	45
5.1 CONCEITOS BÁSICOS	45
5.2 INCIDÊNCIA.....	45
5.3 DIAGNÓSTICO	47
5.4 ETIOLOGIA	49
5.5 CLASSIFICAÇÃO.....	51
5.5.1 Classificação por tónus	51

5.5.2 Classificação por Topografia	55
5.5.3 Gravidade do acometimento funcional	57
5.6 DEFICIÊNCIAS ASSOCIADAS	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS.....	62
LISTA DE APÊNDICES	77

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo são abordados aspectos relativos à problemática em tela e sua questão principal, o objetivo geral e suas questões de pesquisa, os pressupostos e a justificativa do estudo.

1.1 PROBLEMA

A Educação Física inclusiva tem recebido grande atenção nos últimos anos e influência do modelo educativo de educação inclusiva vigente, que se fundamenta em incluir nas aulas de Educação Física regular o aluno com deficiência (BLOCK e OBRUSNIKOVA, 2007). Nesta perspectiva, ensinar a todos os alunos requer mudanças no âmbito escolar com relação às concepções curriculares, administrativas e pedagógicas. Relativo às práticas pedagógicas, estas devem atender toda a diversidade sendo que os professores devem estar preparados para adequarem suas aulas aos alunos com deficiência.

As concepções de educação inclusiva iniciaram desde as conferências de Cardiff, Jomtien, e no ano de 1994 com a Declaração de Salamanca (AINSCOW, 1995). Esta última é considerada na atualidade um dos documentos internacionais mais significativos, no âmbito das propostas de educação inclusiva. A partir disso, as escolas regulares tiveram acesso à orientação inclusiva para a construção de uma educação adequada a todas as crianças e melhora na eficiência do sistema educativo. Com a Declaração pode-se ter um aporte pedagógico com princípios para a implementação de escolas inclusivas e um aumento na qualidade do sistema de ensino (UNESCO, 1994; AINSCOW e MILES, 2008; LÓPEZ-TORRIJO, 2009).

Após a década de 90, as orientações inclusivas estabelecidas nos documentos internacionais, foram incorporadas pelo Brasil, as quais, norteiam o

sistema educativo com relação a orientações inclusivas (MITTLER, 2003). Como exemplos têm a Constituição Brasileira, o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), Política Nacional de Educação Especial (1994), LDB (1996), Decreto nº 3.298 (Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência), Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica (BRASIL, 2001), mais recentemente as Diretrizes da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da educação inclusiva (BRASIL, 2007), entre outros.

As políticas de educação inclusiva no Brasil podem ser consideradas avançadas para os padrões internacionais no que diz respeito às garantias sociais e educacionais à pessoa com deficiência, no entanto enfrenta dificuldades em sua efetividade (FERREIRA, 2003). Neste sentido, para se ter uma educação inclusiva faz-se necessário cumprir com as exigências metodológicas relativas à habilitação e reabilitação de profissionais, com currículos e de diplomação própria para a pessoa com deficiência (BRASIL, 1988; BRASIL, 1993).

Os professores da educação inclusiva devem ser preparados para construir estratégias de ensino, adaptar atividades e conteúdos não só para os alunos considerados deficientes, mas para todos os integrantes de sua classe. Para tanto, os docentes devem se adequar às novas exigências com adaptações de estratégias para o ensino do aluno com deficiência. Tem-se a crença de que determinadas áreas/disciplinas curriculares do conhecimento escolar encontram maiores facilidades em desenvolver práticas que favoreçam o processo de inclusão escolar, como no caso, a disciplina Educação Física.

A Educação Física é uma disciplina considerada privilegiada e adjuvante no contexto da inclusão escolar, pois, permite uma ampla participação de todos os alunos, mesmo daqueles que evidenciam maiores dificuldades. Outro fator determinante é o fato dos professores desta disciplina curricular desenvolvem atitudes mais positivas face aos alunos dos que os demais professores. Atitude esta, reflexo de uma flexibilidade e diferenciação curricular inerente à disciplina em questão (RODRIGUES, 2003).

A flexibilidade e a diferenciação curricular presente na Educação Física, possibilitam que haja um aumento na participação e no engajamento dos alunos com deficiências nas aulas, inclusive os que possuem Paralisia Cerebral. Em se tratando desta deficiência, Bobath (1979), define como sendo uma deficiência que interfere na maturação neuromotora, promovendo desordens de tônus, movimento,

postura e de integração sensorial, pode estar associada comprometimento cognitivo ou não.

Nas duas últimas décadas, devido à melhoria dos cuidados médicos, houve um aumento na incidência de casos moderados a severos de Paralisia Cerebral, variando entre 1,5 e 2,5 em cada 1000 nascimentos (MANCINI et al., 2002). A paralisia tem consequências sobre a evolução da motricidade infantil, quanto à maturação estrutural e funcional do sistema nervoso central. O aluno com Paralisia Cerebral pode desenvolver padrões anormais de postura e movimento podendo até ter contraturas e deformidades com uma abordagem inadequada, a qual influenciará em sua qualidade de vida (BARTLETT e PALISANO, 2002).

Considerando a inclusão de alunos com Paralisia Cerebral, nas aulas de Educação Física, o comprometimento motor e físico dos mesmos, e despreparo dos profissionais, familiares e até do próprio indivíduo, pode constituir fator de entrave para a inclusão. Atento ao contexto da inclusão dos alunos com deficiência no âmbito da Educação Física surgiu o problema deste estudo que se apresenta a partir da seguinte questão: *Quais as discussões, segundo a literatura especializada, sobre os aspectos educacionais relacionados ao processo de inclusão de alunos com Paralisia Cerebral na Educação Física Escolar?*

1.2 OBJETIVO GERAL

Analisar, segundo a literatura especializada, as principais discussões sobre os aspectos educacionais relacionados ao processo de inclusão de alunos com Paralisia Cerebral na Educação Física Escolar.

1.2.1 Questões de Pesquisa

- Quais aspectos sócio-históricos que caracterizam o processo de educação inclusiva no Brasil e no Mundo?
- Quais os principais conceitos e legislações relacionadas ao processo de educação inclusiva?

- Quais aspectos sócio históricos que caracterizam o processo de Educação Física inclusiva?
- Quais as principais adaptações envolvidas nas aulas de Educação Física inclusiva?
- Quais os aspectos clínicos e pedagógicos que caracterizam os alunos PC?

1.3 JUSTIFICATIVA

No Brasil, apesar de muito se falar em educação inclusiva, ainda encontramos nas escolas uma Educação Física repressora, competitiva, seletiva e excludente que vai contra as novas concepções de educação e desenvolvimento humano (HORT e FISCHER, 2010). As mudanças na prática inclusiva não são tão simples, pois abrangem horizontes amplos, exigindo ações conjuntas de familiares, docentes, discentes etc., mudanças de paradigmas, reflexões e profundas transformações e reestruturações nos sistemas educacionais.

As questões de Educação Física inclusiva têm sido insuficientemente tratadas em nosso país, devido ao fato de que a Educação Física não é percebida como essencial para o processo de inclusão social ou escolar (RODRIGUES, 2003; GIMENEZ, 2006). Quando abordado, este assunto não corresponde aos verdadeiros problemas enfrentados, percebe-se que há uma falta de compreensão mais efetiva das características e possibilidades dos indivíduos com deficiência.

Esta pesquisa se justifica por carecerem estudos que relacionam a Educação Física e a Paralisia Cerebral no Brasil. Em relação à formação de professores e inclusão, Santos e Marques (2003) destacam que há poucos trabalhos que se referem a este tema, sugerindo a existência de uma destacável lacuna na conduta inclusiva.

O interesse pessoal na área do ensino da Educação Física, considerando a atuação desta pesquisadora no ensino regular, além da formação acadêmica na área de Licenciatura em Educação Física, é possível sugerir que a graduação nem sempre consegue aprofundar temas complexos, assim como a busca por conhecimento se faz necessária para enfrentar a realidade, sendo que a área ainda carece de pesquisas que contribuam para o seu fortalecimento e entendimento da globalidade do ser humano.

Deste modo, levanta-se a relevância deste estudo, já que a sociedade, e em especial a educação, passa por um momento de muitas mudanças, atingindo todas as esferas da vida social e refletindo nas formas de agir e pensar dos sujeitos, que estão inseridos neste sistema. Neste contexto o estudo das temáticas sobre a Educação Física em relação ao ensino inclusivo, torna-se realidade, pois é a área de formação e atuação desta pesquisadora, podendo deste modo, contribuir tanto para produção de conhecimentos, quanto para realidade educacional em Santa Catarina.

2 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo são abordados aspectos relativos à caracterização da pesquisa, delimitação do estudo (participantes, instituição pesquisada), além da definição dos instrumentos e procedimentos da coleta de dados, e por último, o tratamento que será realizado com os dados coletados.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa caracterizar-se-á como uma pesquisa bibliográfica e documental (LAVILLE e DIONE, 1999). A pesquisa bibliográfica, para Oliveira (2002), possui como objetivo conhecer as diferentes formas de contribuição científica que se realizaram sobre determinado assunto ou fenômeno, permitindo ao pesquisador o reforço paralelo na análise de suas pesquisas ou manipulação de suas informações.

Para Barros e Lehfeld (2000 p.70) a pesquisa bibliográfica é definida como aquela que efetua tentando-se resolver um problema ou adquirir conhecimentos do emprego predominante de informações advindas de material gráfico, sonoro e informatizado. Para esse autor torna-se fundamental que o “pesquisador faça um levantamento dos temas e tipos de abordagens já trabalhados por outros estudiosos, assimilando os conceitos e explorando os aspectos já publicados”.

Deve ser desenvolvida através do levantamento e análise de toda bibliografia já publicada em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. Já os procedimentos qualitativos, justificam-se pela utilização de técnicas qualitativas de análise, possibilitando assim, extrapolar o conteúdo aparente do discurso e permitindo avançar os conteúdos implícitos (LAVILLE e DIONNE, 1999). Estas características são próprias desta pesquisa, porque se tratou do estudo revisional das temáticas adotadas *a priori*, durante o planejamento da pesquisa.

2.2 ORIENTAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Assumir a responsabilidade e as consequências de seus resultados deve ser um dos objetivos da produção de conhecimentos científicos. Segundo SILVA (2006), as opções teóricas e metodológicas devem possibilitar a busca científica sendo devidamente apresentadas e contextualizadas. Os procedimentos metodológicos demonstram o quanto o fenômeno científico é complicado e pode ser influenciado pelas experiências pessoais, formação profissional, e os conhecimentos adquiridos, entre outros, deste modo podem criar vieses no estudo (ALVES-MAZZOTI e GEWANDSZNAJDER, 2002).

Ainda segundo Alves-Mazzoti e Gewandsznajder (2002), as características do problema central do estudo devem permanecer não ocorrendo hierarquias, ao contrário, busca-se tipos de estudos que ofereçam o procedimento mais adequado ao problema em tela. Para Laville e Dione apud Silva (2006), as escolhas metodológicas devem estar a serviço do objeto de pesquisa tornando-se fundamental a obtenção de informações mais precisas da realidade.

Segundo Boaventura apud Macedo (2005), o *estado-da-arte* é um dos procedimentos de revisão de produção bibliográfica sobre os temas em estudo a partir de um tempo específico, permitindo assim uma visão global. Para GIL apud MACEDO (2005), os estudos de revisões oferecem entendimento do fenômeno a partir de autores que já o estudaram, assim como pode permitir que determinadas indagações não exijam necessariamente procedimentos empíricos. Sendo assim, pode-se admitir que a pesquisa bibliográfica deva ser o primeiro passo no conhecimento do fenômeno, seja empírico ou teórico.

2.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Através da utilização dos dados teóricos, ou informações, foram obtidos dois instrumentos básicos: 1) Planilha de acesso às bases de dados (Apêndice 1); 2) Fichamento do referencial teórico (Apêndice 2).

As informações das planilhas de acesso às bases de dados (Apêndice 1) são referentes aos sítios eletrônicos principais, aos sítios eletrônicos secundários e aos *links* de acesso aos materiais selecionados, construída em editor de planilhas *Excel*

for Windows, versão 2003. A sistematização dos sítios eletrônicos se deu através de uma planilha tendo a seleção de artigos científicos, monografias de pós-graduação, dissertações e teses, além das legislações estaduais e federais, disponibilizadas na rede mundial de computadores, em especial nos endereços eletrônicos conforme na ilustração 1, exposto a seguir:

Scholar Google	www.scholar.google.com.br
Scientific Electronic Library Online	www.scielo.org
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior	www.capes.br
Universidade do Estado de Santa Catarina	www.udesc.br
Universidade Federal de Santa Catarina	www.ufsc.br
Universidade de São Paulo	www.usp.br
Universidade Gama Filho	www.ugf.br
Governo Federal da República Federativa do Brasil	www.brasil.gov.br
Governo do Estado de Santa Catarina	www.sc.gov.br
Universidade Federal de São Carlos	www.ufscar.br

Ilustração 2: Sítios eletrônicos de pesquisa levantados.

O fichamento do referencial teórico (Apêndice 2) possui informações básicas da obra selecionada (Sobrenome e Nome; Título; Tipo de publicação; Data; Folhas), o resumo analítico do conteúdo (texto), a análise crítica do conteúdo (contexto) e informações adicionais (paratexto). As fichas foram digitadas em editor de texto *Word for Windows*, versão 2003 e armazenadas em arquivo pessoal da pesquisadora, além de *back-up* em *cd-rom*.

2.4 PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

2.4.1 Definições preliminares da pesquisa

A relevância social e científica da pesquisa se deu através de um recorte na realidade, segundo a experiência profissional e acadêmica da pesquisadora, diante das justificativas apresentadas. Deste modo, foram elaboradas metas que

permitissem a consecução viável de respostas consistentes e adequadas à questão visando responder ao problema da pesquisa. Para tanto, optou-se por estabelecer um objetivo geral e cinco questões de pesquisa. Considerando o problema e os objetivos definidos antecipadamente, optou-se pela realização de uma pesquisa bibliográfica e documental que fosse adequada às decisões anteriormente tomadas.

2.4.2 Identificação e seleção da bibliografia

Inicialmente, realizou-se uma extensa pesquisa no sítio eletrônico do *Scholar Google*. O *Scholar Google* é uma ferramenta de busca, em que os materiais são selecionados eletronicamente através de metadados, classificando os resultados através da relevância estabelecida. Após esta identificação preliminar dos materiais, procedeu-se com buscas de materiais nos sítios eletrônicos identificados e de materiais físicos nas bibliotecas das universidades públicas de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Posteriormente a identificação, da bibliografia preliminar, foi realizada a seleção e o armazenamento dos materiais obtidos. Os materiais eletrônicos foram organizados em pasta e sub-pastas controladas pela pesquisadora, enquanto os materiais físicos foram parcialmente fotocopiados e catalogados seguindo a ordem crescente em arquivo de acesso exclusivo da pesquisadora e do orientador.

2.4.3 Análise dos materiais

A análise foi realizada basicamente por duas técnicas: 1) análise filosófica, 2) análise de conteúdo. A análise filosófica consistiu na leitura detalhada dos materiais destacando-se dados analíticos do conteúdo (texto), constatações críticas do conteúdo (contexto) e as informações adicionais (paratexto), quando disponíveis. A análise de conteúdo é caracterizada como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, a qual visa compreender melhor um discurso, aprofundar suas características e extrair os momentos mais significativos (RICHARDSON, 1985; TRIVIÑOS e MOLINA NETO, 1999; BARDIN, 2000; SILVA, 2006).

2.4.4 Construção textual e elaboração do relatório

A construção textual se deu após a sistematização dos materiais, priorizando-se a produção crítica dos conteúdos. Este procedimento foi necessário pelas características da disciplina em estudo e pela dificuldade das temáticas em tela, principalmente, àquelas inerentes à educação inclusiva. Depois de realizadas revisões preliminares nos textos, procedeu-se a elaboração do relatório final da pesquisa. Este procedimento permitiu identificar as falhas de conteúdo nas interações entre os capítulos e sub-capítulos, tópicos e sub-tópicos. Após extensa revisão do conteúdo, o relatório foi devidamente padronizado segundo roteiro apresentado pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC, 2008) e normalizado de acordo com as normas brasileiras de produção científica (NBR 6023/2002; NBR 10520/2002; NBR 6028/2003; NBR 14725/2005).

3 EDUCAÇÃO INCLUSIVA

Neste capítulo busca-se realizar a apresentação e a discussão sobre educação inclusiva, especialmente os aspectos históricos, sociais, conceituais, levantamento e as discussões sobre as legislações nacionais e internacionais.

3.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E SOCIAIS DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA

A inclusão tem sido uma das maiores preocupações das sociedades na atualidade, por ser um fenômeno progressivo e irreversível. A inclusão aparece como tentativa de eliminar as situações de desintegração e exclusão dos alunos nas escolas (SANCHEZ, 2005; AINSCOW et al., 2008).

Ela remete a superação das diferentes situações de exclusões que podem acontecer no meio social e educativo de pessoas que são consideradas marginalizadas. As situações de exclusões aconteceram no decorrer de toda existência humana, devem ser compreendidas como um fenômeno histórico e social e devendo acompanhar as transformações nas diferentes esferas da vida humana e da sociedade.

Para entender a inclusão é preciso perspectivar esse tema como um fenômeno histórico e social, isto é, verificar as transformações ocorridas no âmbito do viver do homem, nas situações econômicas, sociais, políticas e ideológicas, ao longo da história, em relação ao tratamento dado às pessoas com deficiência (SANTOS, 2002).

Ao longo da história as sociedades criaram suas crenças, valores e ideologias, materializadas através das práticas sociais e estabelecendo olhares diferenciados nos relacionamentos com as pessoas, sendo "normais" ou com deficiência. A deficiência apresenta-se como um fenômeno construído socialmente e, assim sendo, ser ou estar "deficiente" é quase sempre relativo a outras pessoas

que são consideradas sem "deficiências" (AMIRALIAN, 1986; AMARAL, 1994; BRUNS, 1997; DALL'ACQUA, 1997).

A sociedade nas diferentes épocas construiu seus valores em relação às pessoas com deficiência e o tratamento variava de acordo com cada cultura. Nas culturas primitivas, a caça e a pesca faziam parte de sua sobrevivência, os doentes, os idosos e os deficientes eram geralmente abandonados. Nesta época havia dois tipos de atitudes para com os grupos minoritários: de aceitação, tolerância, apoio e assimilação e atitudes de eliminação, menosprezo ou destruição (SILVA, 1987; VASH, 1988). O estilo de vida nômade não somente dificultava a aceitação e a manutenção destas pessoas, consideradas dependentes, como também colocava em risco todo o grupo, face os perigos da época (CARMO, 1989).

Nas eras primitivas por privarem pela sua sobrevivência e possuírem um estilo de vida peregrino, pessoas doentes, idosos e com deficiência eram por vezes eliminados, já em outros grupos eram aceitas. A atitude de abandono e morte das pessoas consideradas dependentes não era realidade em todos os povos, em alguns grupos havia tolerância e até o tratamento carinhoso (SILVA, 1987; CARMO, 1989). Isto foi constatado na tribo denominada Azande do sul do Sudão e Congo, as crianças anormais não eram abandonadas ou mortas e sim a tribo se orgulhava de possuí-las. Também no leste da África, outra tribo Xangaa, não prejudicava ou matava as crianças com deficiência por acreditarem que nelas habitavam maus espíritos (CARMO, 1989).

Na era primitiva, a anuência perante as pessoas com deficiência, não representa o que temos de inclusão na atualidade, pois estas pessoas seriam um peso e perigo para a tribo relativa às dificuldades na movimentação, até mesmo escassez de alimentos (SILVA, 1987). Atitudes de exclusões sempre acompanharam o homem pelas diferentes épocas da história, na antiguidade estas atitudes estavam presentes sendo sinais de desarmonia ou obra dos maus espíritos.

Na Antiguidade, as pessoas que se afastavam dos padrões desejados, aceitos e ditos normais, tais como velhos, doentes e as pessoas com deficiências eram tratadas com menosprezo e eliminação. Nesta época a preocupação ainda estava direcionada para a manutenção da sobrevivência, mas já havia o desenvolvimento de trabalhos relativos à alimentação, ao abrigo e a defesa dos seus componentes. Nas regiões onde a fertilidade do solo era motivo de lutas, também surgiram os domínios onde os poderosos senhores defendiam as terras. Havia ainda

o surgimento de classes sociais, não sendo bem definidas, de um lado os potentados e de outro os lavradores (SILVA, 1987). Na idade antiga, houve desenvolvimento do trabalho e da luta pelo poder demonstrando a formação de uma sociedade, mesmo que primitiva.

Na Grécia Antiga houve o surgimento de uma estrutura social onde há o dominador e o dominado, as pessoas que não eram produtivas eram menosprezadas e eliminadas. Nas cidades Gregas como Atenas e Esparta, os recém-nascidos com alguma deficiência eram abandonados perseguidos e eliminados devido às suas condições atípicas, e a sociedade legitimava essas ações como sendo normais (ARANHA, 1995; FRANCO e DIAS, 2005; OLIVEIRA, 2006). Os antigos hebreus julgavam que qualquer grau de deformação indicava a impureza ou pecado (SILVA, 1987). Nas civilizações gregas, o abandono e a eliminação advinham dos valores da época e também de cunho religioso. O menosprezo e a eliminação se tornaram uma prática desumana com o advento do cristianismo, pois todos eram considerados filhos de Deus.

Apenas após a difusão da ética cristã (primeiros séculos) tais deficientes passam de “coisa a pessoa” (OLIVEIRA, 2006), portanto a pessoa humana elevou-se à categoria de valor absoluto e todos os homens, sem exceção, passaram a ser considerados filhos de Deus. O tratamento das pessoas com deficiência variava segundo as concepções de caridade ou castigo predominantes na comunidade em que o deficiente estava inserido (MIRANDA, 2003). Anteriormente à era cristã o tratamento das pessoas deficientes era de eliminação e menosprezo, mas com o cristianismo, foi minimizado pelos sentimentos de caridade, com isso tornaram-se problema.

A solução encontrada pelas sociedades foi a retirada do convívio comunitário, segregando em asilos ou hospícios as pessoas com deficiência, sendo denominada a fase da institucionalização. Mesmo após a era cristã, a concepção bíblica legitimava a segregação das pessoas com deficiência em nome da “lei divina”, presente nas escrituras sagradas (SANTOS, 2002). A institucionalização fez com que pessoas com deficiência fossem colocadas em asilos e deixadas à própria sorte.

Na Idade Média, tendo ainda como atividade econômica a agricultura, a pecuária e o artesanato, a sociedade passa a se estruturar em feudos (OLIVEIRA, 2006). Com a estruturação da sociedade, os problemas relacionados à saúde pública se evidenciaram. No entanto, a falta de conhecimentos mais profundos a

respeito das doenças e suas causas e uma educação generalizada adequada, possibilitou que situações desconhecidas e sobrenaturais, pudessem dar uma conotação diferente e misteriosa para estes fatos (CARMO, 1989). Dois momentos marcaram este período histórico: a Inquisição Católica e a Reforma Protestante. Com a inquisição, a visão de explicação supersticiosa cresce muito entre a sociedade, onde milhões de pessoas, inclusive deficientes graves, foram mortos. Durante a reforma protestante as atitudes ainda não eram diferentes e os deficientes eram vistos como bestas-demoníacas por lhe faltarem a razão ou a bênção divina (OLIVEIRA, 2006; ARANHA, 1995).

Na idade média a sociedade se estrutura em feudos, e a falta de conhecimentos sobre as doenças deram às deformações enfoque sobrenatural, e explicações supersticiosas, nesta época há mortes de muitos deficientes devido à inquisição. O sentimento de banir as pessoas que tinham alguma deformidade era muito presente nas sociedades da idade média, somente com o renascimento este sentimento foi minimizado.

Com o advento do Renascimento a condição social das pessoas com deficiência pode caminhar em direção à superação, a qual significou um grande avanço no campo dos direitos e deveres destas pessoas. A perspectiva humanista desse período teve o reconhecimento do valor humano e da humanidade como fundamentos, surgindo deste modo, investigações e experiências nesta área. Outro fator, que indicou melhorias refere-se ao fato de que grandes personalidades eram portadoras de alguma anomalia congênita ou adquirida (CARMO, 1989). O renascimento trouxe para as pessoas com deficiência um avanço no reconhecimento enquanto pessoa surgindo estudos nesta área.

A Idade Moderna e o surgimento do capitalismo presenciaram o início da ciência, especificamente da medicina. Apesar da manutenção da institucionalização, passa a existir uma preocupação com a socialização e a educação. No entanto, persistia uma visão patológica do indivíduo que apresentava deficiência, o que trazia como consequência, o menosprezo da sociedade (MIRANDA, 2008). Neste período os indivíduos passam a ser vistos como essencialmente diferentes, legitimando as noções de desigualdade, bem como os valores de dominação e do direito de privilégios aos produtivos e mantenedores do sistema.

A não produtividade continua valorada negativamente, integrando o processo de avaliação social dos indivíduos (ARANHA, 1995). Nesta época, a educação das

peças com deficiência já vinha sendo uma preocupação, mas devido aos valores de produtividade, possui influência negativa e legitimando assim a desigualdade e exclusão. Na era moderna houve os primeiros estudos que defendiam o tratamento da pessoa com deficiência.

Ainda na Idade Moderna, houve a primeira tentativa científica de estudo das pessoas com deficiência com Paracelso e Cardano, que defendiam a possibilidade de tratamento da pessoa com deficiência. Mas a consolidação da concepção científica sobre a deficiência só aconteceu posteriormente com os estudos de Pinel, Itard, Esquirol, Seguin, Morel, Down, Dugdale, Froebel, Guggenbuehl, entre outros, que passaram a descrever cientificamente a etiologia de cada deficiência numa perspectiva clínica (SANTOS, 2002). A consolidação da concepção científica aconteceu posteriormente com o fortalecimento do capitalismo e estruturação dos sistemas de ensino.

Na contemporaneidade, com o fortalecimento do modo de produção capitalista, torna-se necessário a estruturação de sistemas nacionais de ensino e de escolarização para todos. A atitude de responsabilidade pública pelas necessidades do deficiente começa a se desenvolver, embora existisse ainda a tendência de se manter a instituição fora do setor público, sob a iniciativa privada ou pela filantropia (ARANHA, 1995). Neste momento ainda podemos identificar a fase da institucionalização, marcada pela concepção científica da deficiência onde predominava a atitude social do Assistencialismo (MIRANDA, 2003).

Na idade contemporânea houve também o surgimento de escolas e/ou classes especiais em escolas públicas, visando oferecer uma educação segregada (MIRANDA, 2008). A estruturação dos sistemas de ensino na atividade pública foi importante, pois a mesma, através da implantação de escolas especiais, responsabilizava-se pelo ensino de pessoas com deficiência. No entanto, a manutenção destas escolas especiais era feita pela iniciativa privada e instituições filantrópicas. Logo não havia garantia da continuidade dos serviços oferecidos.

No Brasil, o atendimento a pessoa com deficiência foi somente oficializado pelo decreto de Dom Pedro II, o qual ordenou a construção do Instituto dos Meninos Cegos, em 1854 e o Imperial Instituto dos Surdos- Mudos (SILVA, 1987; SILVA, 2001). No ano de 1874 tem-se atendimentos médicos-pedagógicos a pessoas com deficiência no Hospital Estadual da Bahia (SILVA, 2001). A criação dos institutos de atendimento às pessoas com deficiência representou avanços, pois possibilitou a

criação de espaços para a conscientização e a discussão sobre a educação de pessoas com deficiência (MIRANDA, 2003). No entanto, esta medida era um tanto precária para a realidade nacional, pois no ano 1872, já possuíamos uma população de 15.848 cegos e 1.159 surdos e os atendimentos por parte destas instituições eram de apenas 35 cegos e 17 surdos (MAZZOTTA, 1996). Estes números representam que o sistema de saúde enfrentava dificuldades pelo elevado índice de pessoas doentes e falta de recursos naquela época.

Nas décadas seguintes a 1900, a educação de pessoas com deficiência era realizada em entidades privadas de caráter assistencial e ações desenvolvidas pelo poder público, sendo nomeada de educação especial. Já, nas décadas de 30 e 40 os atendimentos eram voltados às deficiências visual e mental (BUENO, 1993). Com o fortalecimento da educação especial criou-se a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (1954) com a ajuda da iniciativa privada e algumas ações do poder público e a fundação da Federação Nacional das APAES (FENAPAES) (MENDES, 1995).

A partir dos anos 50, o governo federal assumiu explicitamente o atendimento aos indivíduos com deficiência criando campanhas de âmbito nacional. Campanhas voltadas para Educação de Surdos (Campanha para a Educação do Surdo Brasileiro, 1957); Campanhas para a Educação de Cegos (Campanha Nacional da Educação e Reabilitação do Deficiente da Visão, 1958); e a Educação de alunos com Deficiência Mental (Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes Mentais).

Na década de 70, enquanto nos países desenvolvidos ocorreram discussões sobre a integração de deficientes na sociedade, no Brasil, neste período, houve a institucionalização da educação especial através do planejamento de políticas públicas e a criação do Centro Nacional de Educação Especial (CENESP, 1973). Posteriormente a este período, houve um movimento social no Brasil e no mundo pela luta dos direitos humanos, especialmente para os mais desfavorecidos. Este movimento se tornou conhecido como integração, que discutia questões de direitos e com critérios de justiça e igualdade.

Outra razão a qual surge a integração é devido ao fracasso das escolas especiais. As escolas especiais não trouxeram os benefícios esperados, devido a um ensino inadequado, levando muitos alunos a fracassarem no ensino regular (ROSA BLANCO, 1998). Inicialmente, a integração se torna efetiva nas escolas pela

questão de direitos humanos, onde todos têm direito a mesma educação e também pelo fracasso do ensino das escolas especiais. Devido a problemas na inserção deste aluno nas escolas regulares a integração recebeu diversas críticas.

Na integração, o problema é atribuído ao aluno, este deve se adaptar às exigências escolares. Por exemplo, se um aluno não aprende ou apresenta dificuldades em se adaptar na escola, deduz-se que o problema está no aluno e ele deve adequar-se às condições exigidas pelo ambiente escolar (FREIRE, 2008). Portanto a inserção do aluno com deficiência na comunidade escolar não foi acompanhada de mudanças na organização da escola, no currículo, e nas estratégias de ensino aprendizagem (AINSCOW, 2009).

A integração tem sofrido imensas críticas devido ao tratamento concebido aos alunos com deficiência nos sistemas de ensino, devido carência de transformações organizacionais, curriculares e pedagógicas (SANCHEZ, 2005). A adoção do modelo médico de avaliação pelos sistemas de ensino tem sido criticada, pelo fato de considerar que os insucessos educativos eram devido às características das crianças e suas respectivas famílias e não do processo de escolarização (SANCHEZ, 2005).

As críticas recebidas pelo sistema de integração eram em torno da organização escolar, as estratégias utilizadas e por adotarem o sistema médico que reconhece que o fracasso escolar é devido à deficiência (AINSCOW, 2009). O insucesso da integração devido a críticas levou muitos países a adotarem exigências mais profundas no que trata o ensino de pessoas com deficiência

A insatisfação com o processo de integração exigiu de muitos países, condutas mais radicais, dando início a um novo movimento que fora denominado de inclusão (AINSCOW, 2009). A inclusão supõe uma ruptura a respeito dos pressupostos da integração escolar, sendo definida como um processo que aborda e atende a diversidade das necessidades de todos os educandos, com uma participação cada vez maior na aprendizagem, contextos culturais e sociais, reduzindo assim a exclusão dentro e a partir do contexto educativo (UNESCO, 2005). Após a insatisfação com a integração, a inclusão surge como uma ruptura dos pressupostos e uma tentativa de atender a todos os alunos, possibilitando uma maior participação na aprendizagem, reduzindo assim os contextos de exclusão.

3.2 ASPECTOS CONCEITUAIS DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA

Escolas em todo o mundo têm respondido às iniciativas nacionais e internacionais destinadas a promover o desenvolvimento de uma educação inclusiva. A educação inclusiva se dirige para a diversidade e requer mudanças pedagógicas, curriculares e organizacionais capacitando e orientando populações diversas de maneira mais adequada, deste modo diminuindo as barreiras existentes na aprendizagem.

O movimento da “educação inclusiva” em muitos países está vinculado ao campo da educação especial (AINSCOW et al., 1998; DYSON, 1999; AINSCOW e FERREIRA, 2003). A educação inclusiva emergiu da educação especial do seu compromisso com a educação da pessoa com deficiência. Apesar da educação inclusiva ter advindo da educação especial, cresce em abrangência em direção à melhoria de uma educação para todos (AINSCOW et al., 1998).

A conceituação de inclusão não é única e consensual, pois há diversidades de perspectivas em um único país ou escola. Em uma análise referente ao conceito de inclusão demonstrou que há muitas concepções, sendo estas: a inclusão relacionada à incapacidade e às necessidades educativas especiais; a inclusão como resposta das exclusões disciplinares; a inclusão como promoção de uma escola para todos; e a inclusão como Educação para todos (AINSCOW et al., 2006; AINSCOW e CESAR, 2006; BERRUEZO ADELANTADO, 2006; AINSCOW e MILES, 2008).

A educação inclusiva na perspectiva de educação para todos, é pontuada por alguns aspectos-chaves de autores consagrados, podendo ser entendida como uma educação sem referência específica aos alunos com deficiências em salas de aula regulares, e uma nova postura de escola regular que deve propor no projeto político-pedagógico, no currículo, na metodologia, na avaliação e nas estratégias de ensino, ações que favoreçam a inclusão e práticas educativas diferenciadas. E deste modo reduzir qualquer prática de exclusão, promovendo a eliminação de programas paralelos e a retenção dos alunos em locais separados (STAINBACK e STAINBACK, 1990; BOOTH, 1995; MAZZOTA, 1996; BARTON, 1998; AINSCOW, 1999; CORBETT e SLEE, 2000; DIEZ, 2001; AINSCOW, 2003; FERREIRA, 2005; AINSCOW, 2005; LACERDA, 2007).

A educação inclusiva possui modelos organizacionais para a promoção da aprendizagem escolar mais igualitária. O *Índex* é uma obra de referência na educação inclusiva e foi produzido pelo “*Centre for Studies in Inclusive Education*” em colaboração com a Universidade de Manchester, constituindo um guia de auto-avaliação das culturas, políticas e práticas nas escolas tendo em vista o desenvolvimento do processo de inclusão (BOOTH e AINSCOW, 2002; RODRIGUES, 2003; AINSCOW, 2005; FERREIRA, 2005; COSTA, 2006; ECHEITA e SANDOVAL, 2002).

As concepções de educação inclusiva têm evoluído desde as conferências de Cardiff e Jomtien. Mas foi a partir da Declaração de Salamanca que houve mudanças de concepções educativas relativas às mudanças metodológicas e organizativas buscando responder as particularidades dos alunos que apresentam dificuldades e assim, beneficiar a todas as crianças (AINSCOW, 1997).

A Declaração de Salamanca adota internacionalmente o termo de educação inclusiva (SÁNCHEZ, 2005). Na atualidade este documento é considerado o mais significativo que já apareceu no campo da educação especial (UNESCO, 1994; SASSAKI, 2005; AINSCOW e MILES, 2008; LÓPEZ-TORRIJO, 2009).

Estudos relacionados à educação inclusiva e às implicações da Declaração de Salamanca nas políticas dos países participantes da conferencia, têm sido um dos temas amplamente estudados (COSTA, 2006). Nas discussões sobre o avanço na implementação da Declaração de Salamanca, tem se percebido dificuldades e os progressos obtidos em alguns países são limitados, o que implica mudanças radicais na forma como concebemos a escola e a participação social (CESAR, 2003).

Mais recentemente, muitos países possuem preocupações crescentes em relação à conscientização de uma educação para todos (AINSCOW e MILES, 2008). No que se trata de países em desenvolvimento o foco das preocupações tem sido a ampliação nas oportunidades de acesso ao ensino básico (AINSCOW, 1997; AINSCOW, 2005). A Declaração de Salamanca tem sido considerada um dos documentos mais significativos no campo da educação inclusiva, pois torna o ensino possível, com implementações em diversos países, não sendo ainda considerada apropriada, mas com avanços. As políticas dos países desenvolvidos têm convergido para uma visão mais ampla de educação enquanto os países em desenvolvimento possuem preocupações relativas ao oferecimento de uma educação a todos.

A Declaração de Salamanca estabelece princípios para a evolução da educação inclusiva, nos países participantes. Os princípios fundamentam-se no reconhecimento do direito fundamental do ser humano (ACEDO, 2008), repensar a diferença e a diversidade, repensar o sistema educativo e a constituição, a transformação da sociedade.

O Brasil, sendo signatário da Declaração de Salamanca, vem procurando colocá-la em prática assumindo o compromisso político de atribuir alta prioridade política e financeira ao aprimoramento do sistema educacional, tendo como meta deixá-lo apto a incluir todas as crianças, independentemente de suas diferenças ou dificuldades individuais. Não obstante, em face das dificuldades enfrentadas pelas escolas públicas brasileiras, torna-se evidente que há pouco investimento, não apenas no que diz respeito ao processo inclusivo, mas ao sistema educacional como um todo (GLAT; FONTES e PLETSCHE, 2006). As dificuldades encontradas no sistema educacional brasileiro são inúmeras devido à falta de recursos e isto dificulta na concretização do que foi firmado pela Declaração de Salamanca.

Sugere-se que a implementação da educação inclusiva no atual modelo escolar brasileiro é um desafio que nos obriga a repensar a escola, sua cultura, sua política e suas práticas pedagógicas (GLAT; FONTES e PLETSCHE, 2006). Para se implementar uma educação inclusiva há a necessidade de se partilhar informações, ensinar novas competências e saberes, bem como mudar as atitudes quanto à forma de se encarar a diferença (AINSCOW, 1999; CESAR, 2003).

De fato, para se ter uma educação inclusiva faz-se necessário cumprir com as exigências metodológicas relativas à habilitação e reabilitação de profissionais, com currículos e de diplomação própria para a pessoa com deficiência (BRASIL, 1989; BRASIL, 1993). Os professores da educação inclusiva devem ser preparados para construir estratégias de ensino, adaptar atividades e conteúdos, não só para os alunos considerados deficientes, mas para todos os integrantes de sua classe.

As legislações de orientações inclusivas estabelecidas nos documentos internacionais foram incorporadas pelo Brasil (MITTLER, 2003). Estão contidas nos documentos brasileiros como a Constituição Federal (Brasil, 1988) carta magna, o Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), Política Nacional de Educação Especial (1994), LDB (1996), Decreto nº 3.298 (Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência), Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica (BRASIL, 2001), mais recentemente as Diretrizes da Política

Nacional de Educação Especial na Perspectiva da educação inclusiva (BRASIL, 2007), entre outros.

3.3 LEGISLAÇÃO EM EDUCAÇÃO INCLUSIVA

A tradição educativa de cada país é construída através da história, da cultura, tornando assim mais ou menos suscetível a mudanças e estas podem ser observadas no sistema educativo (MARCHESI, 2004). Como a instituição escolar é um espaço social onde socializamos os saberes, sendo sistematizados e transmitidos (MICHELS, 2006). Apesar de a escola ser legitimadora de valores também assume o papel de transformadora da sociedade. Não basta somente ocorrer mudanças no âmbito educativo, é essencial desenvolver um contexto legislativo favorável à mudança e à implementação dos novos princípios, é primordial mudar a sociedade procurando torná-la mais inclusiva, com aquisição de valores, como o respeito, celebração da diferenças, colaboração entre indivíduos, grupos sociais e instituições (FREIRE, 2008). Cada sociedade cria sua cultura educativa própria que é incorporada através de sua história sendo refletida no sistema educativo. O âmbito educativo tornar-se-á mais inclusivo quando ocorrerem mudanças na sociedade através da aquisição de valores e crenças, sem estas alterações a inclusão educacional torna-se incipiente.

Mudanças relacionadas às legislações são essenciais, mas devem ser acompanhadas por mudanças nas crenças e valores, pois são as crenças e valores que vão configurar o modo como é conceituada a inclusão, tanto a nível da prática dos diferentes agentes educativos, ou mesmo, a nível político (SINGAL, 2006). Na concepção de inclusão, somente haverá mudanças, quando os influentes puderem rever suas crenças e valores para uma sociedade com aceitação das diferenças.

Na sociedade atual, marcada pela dominação do modelo capitalista onde prevalece o sucesso individual; a competição; a independência; e a luta pelo poder tornam-se mais difíceis à concretização dos ideais inclusivos (CORBETT e SLEE, 2000; CARVALHO, 2006). Mesmo em uma sociedade individualista onde a competição impera, a perspectiva de educação inclusiva vem para desmistificar este cenário e torná-la mais justa e humana.

A educação inclusiva obriga os governantes a planejar e executar políticas públicas, com a criação propostas de transformação do sistema, a organização e a cultura escolar, o currículo, a formação e o trabalho dos docentes, com objetivos claros e firmes para tornar uma sociedade mais equitativa e “desnaturalizar” a exclusão.

No âmbito Mundial, a qualidade e efetividade dos sistemas educacionais têm crescido significativamente tanto nos países industrializados como aqueles em vias de desenvolvimento. Particularmente, entretanto, após o lançamento da Convenção dos Direitos da Criança (ONU, 1989) e dos documentos da UNESCO da Declaração Mundial de Educação para Todos (1990) e Diretrizes de Ação para o Encontro das Necessidades Básicas de Aprendizagem (1990) e da Declaração de Salamanca (1994), verificou-se a intensificação do movimento global de melhoria das condições de ensino e aprendizagem de crianças e jovens que estão na escola e fracassam.

Desde então, temas tais como desenvolvimento escolar, formação de professores, os processos de aprendizagem, as estratégias de ensino diversificadas e diversidade de estilos de aprendizagem dos educandos, entre outros, têm sido constante foco de debate, estudos, projetos e programas (FERREIRA, 2003).

Em consonância com as diretrizes internacionais, no Brasil foram aprovadas inúmeras leis que, entre outros direitos, garantem o direito de todas as crianças e jovens à educação, portanto, o direito de acesso e sucesso (permanência) de crianças e jovens com deficiência à educação.

As leis que garantem o direito da pessoa com deficiência de ter acesso e sucesso à educação iniciou com a Constituição de 1988, que dispôs sobre o dever do Estado em oferecer atendimento especializado à pessoa com deficiência (BRASIL, 1988). A positivação constitucional de direitos relativos às pessoas com deficiência é uma grande conquista por ser fruto de uma evolução histórica importante, uma vez que interage com os direitos humanos e também garante a cidadania do indivíduo. Contudo, só a positivação desses direitos não basta, é preciso que se tenha a garantia de seu efetivo exercício (ATIQUE e VELTRONI, 2007).

Outros documentos, como o Estatuto da Criança e do Adolescente, (BRASIL, 1994) e a própria Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB (BRASIL, 1997), reafirmam o prescrito que se encontra na Constituição, estabelecendo igualdade de condições para o acesso e permanência na escola com garantia de

currículos, métodos e professores e capacitados para os alunos com deficiência.

Para a LDB a educação especial é tratada como uma modalidade separada de educação, entendendo que esta modalidade de educação se difere da dita normal, por tratar de alunos com necessidades especiais. Ainda nesta lei podemos perceber uma referência explícita ao respeito às diferenças e ao direito à igualdade. Porém, infelizmente não é essa a realidade em alguns casos.

Com esse olhar, a educação especial tem se constituído como um subsistema à parte, tão segregada, teórico e metodologicamente das discussões sobre o processo educativo em geral (educação regular ou comum), quanto têm estado seus alunos, seja na escola ou na ordem social (CARVALHO, 2000). Na LDB a educação inclusiva perde a sua essência, pois se trata de um subsistema à parte, mesmo tendo o princípio do respeito às diferenças.

Outra crítica à LDB é quanto ao entendimento do atendimento educacional especializado, que para Fávero (2004), não tem sido oferecido como complemento e sim a única forma de acesso ao ensino fundamental dos alunos com deficiência. Diferentemente do que se encontra na Lei que não dispensa o aluno do ensino obrigatório.

A LDB assegura currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos, para atender às suas necessidades; e professores com especialização adequada em nível médio ou superior, para atendimento especializado, bem como professores do ensino regular capacitados para a integração desses educandos nas classes comuns (BRASIL, 1997).

Além dessas leis, documentos legais como as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial (BRASIL, 2001); o Decreto Legislativo Nº 186/2008 sobre a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, são relevantes para a defesa dos direitos à Educação das pessoas com deficiência no Brasil (FERREIRA, 2003).

No ano de 2001, o Conselho Nacional Institui a Resolução CNE/CP nº 2/2001, as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, estabelecendo parâmetros para a organização dos serviços de Educação Especial numa perspectiva inclusiva. A resolução Nº 2 do CNE expõe que os sistemas de ensino devem matricular todos os alunos, cabendo às escolas organizarem-se para o atendimento aos educandos com necessidades educacionais especiais, assegurando as condições necessárias para uma educação de qualidade para

todos.

Os sistemas de ensino devem conhecer a demanda real de atendimento a alunos com necessidades educacionais especiais, mediante a criação de sistemas de informação e o estabelecimento de interface com os órgãos governamentais responsáveis pelo censo escolar e pelo censo demográfico, para atender a todas as variáveis implícitas à qualidade do processo formativo desses alunos (BRASIL, 2001).

O Decreto Legislativo Nº 186 de 2008 aprova o texto da Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência, o qual dispõe sobre a capacitação de profissionais e equipes atuantes em todos os níveis de ensino. Essa capacitação incorporará a conscientização da deficiência e a utilização de modos, meios e formatos apropriados de comunicação aumentativa e alternativa, e técnicas e materiais pedagógicos, como apoios para pessoas com deficiência.

A importância sobre o papel exercido pelos professores, encontra-se na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e em vários documentos internacionais destacando que deva responder às demandas das “novas” tarefas da Educação (MICHELS, 2006). No entanto, a falta de preparo dos professores brasileiros é apontada, pelos órgãos oficiais, como uma das causas mais relevantes do insucesso escolar dos alunos.

A formação de recursos humanos tem sido um dos pontos importantes da política inclusiva juntamente com a garantia de recursos financeiros e de apoio pedagógico (LAPLANE, 2006). Como forma de disseminar a política de educação inclusiva nos municípios brasileiros e apoiar a formação de gestores e educadores, o Ministério da educação lança o programa educação inclusiva: direito à diversidade (CAIADO e LAPLANE, 2009).

O Lançamento de programa de educação inclusiva pelo MEC demonstra a preocupação pela concretização das políticas públicas de inclusão. A materialização dessas políticas ocorrerá através de programas de capacitação e acompanhamento contínuo, deste modo orientando o trabalho docente para a diminuição gradativa da exclusão escolar, o que virá a beneficiar, não apenas os alunos com necessidades especiais, mas, de uma forma geral, a educação escolar como um todo.

Estudos sobre tendências das políticas públicas para educação inclusiva tem sido alvo de discussões. Como o estudo realizado por Bueno et al.,(2005), que analisou as principais normatizações das políticas de educação especial dos

diferentes estados brasileiros, no sentido de verificar tendências. O autor destacou como elementos significativos o respeito à diversidade; os serviços de apoio; a flexibilização, adaptações curriculares e a terminalidade específica; e a formação de professores.

Embora a legislação por si só não garanta o sucesso da inclusão na educação, é relevante, pois tê-la pode estabelecer direitos e responsabilidades política, e garantir o fornecimento e a manutenção dos recursos e serviços (AINSCOW, 2003). É importante que a lei geral considere a inclusão e o atendimento à diversidade como um eixo central, e se necessário desenvolva regulamentação específica para garantir acesso adequado e cuidados para determinados grupos de alunos: necessidades educativas, associado com uma especial deficiência.

A legislação brasileira é considerada bastante avançada para padrões internacionais, porém, a promulgação de leis e diretrizes políticas ou pedagógicas não garante, necessariamente, as condições para o seu devido cumprimento. Vários momentos evidenciaram a distância entre o aluno com deficiências e o processo educativo (KASSAR, OLIVEIRA e SILVA, 2007).

Porém, para que a inclusão de alunos com necessidades especiais no sistema regular de ensino se efetive, possibilitando o resgate de sua cidadania e ampliando suas perspectivas existenciais, não basta a promulgação de leis que determinem a criação de cursos de capacitação básica de professores, nem a obrigatoriedade de matrícula nas escolas da rede pública. Estas são, sem dúvida, medidas essenciais, porém não suficientes.

Há diversas barreiras para que a educação inclusiva se torne realidade no cotidiano das nossas escolas. Algumas são bastante significativas e têm sido apontadas na literatura, por exemplo, a rigidez curricular, as práticas avaliativas, o despreparo dos professores, o número excessivo de alunos nas salas de aula e a precariedade da acessibilidade física das escolas (GLAT e NOGUEIRA, 2002; BAUMEL, 2003; BRAUN, SODRÉ e PLETSCHE, 2003; GLAT, FERREIRA, OLIVEIRA e SENNA, 2003; PLETSCHE, 2005; RODRIGUES, 2006).

A busca pela efetividade de todos os direitos conquistados deve ser permanente e sempre realizada da maior e mais completa forma possível, além da obrigação dos poderes públicos em velar pelos direitos e garantias fundamentais, a

sociedade deve assumir o seu papel porque isso é dever do cidadão que vive em uma democracia.

A Educação Física como disciplina integrante da educação, fazendo parte do currículo escolar, pode trazer ao aluno uma melhoria na qualidade de vida, principalmente se tratando de crianças com Paralisia Cerebral, haja vista que o conhecimento do professor quanto ao ensino poderá ajudar no desenvolvimento e em uma efetiva inclusão deste aluno nas aulas de Educação Física

4 EDUCAÇÃO FÍSICA

Neste capítulo busca-se realizar a apresentação e a discussão sobre Educação Física no contexto escolar, especialmente os aspectos relacionados à educação inclusiva, suas possíveis adaptações e as discussões sobre as legislações existentes.

4.1 ASPECTOS HISTÓRICOS E SOCIAIS EDUCAÇÃO FÍSICA INCLUSIVA

A prática física sempre esteve presente na civilização humana desde os primórdios e esta atividade desempenhou papéis sociais distintos como a sobrevivência, a dominação, a estética, o prazer e a saúde (SILVA, 2001). A prática de atividade física na era primitiva já era percebida através do estilo de vida do homem primitivo, onde sua vida era atacar, defender, correr, trepar, saltar, arremessar e nadar. O objetivo utilitarista da atividade física era advindo das lutas entre as tribos, da caça e da pesca de animais, também da condição nômade (PEREIRA apud SILVA, 2001).

Com o início da organização social, Tubino *apud* Silva (2001) afirma que o homem deixou de ser nômade, deste modo fixando-se em um lugar, construindo habitações, cultivando seus campos e se protegendo. O fato de o homem ter que se proteger configurou um outro objetivo da atividade física, a utilitarista-guerreira, adquirindo uma perspectiva de jogos. O jogo influenciou a criação de uma nova ordem moral e social, marcada pelo aparecimento de hierarquia. A sociabilidade dos jogos permitiu a criação de valores quanto à aceitação do sucesso e da derrota (SILVA, 2001).

Os povos que apresentaram as primeiras manifestações de atividade física foram as civilizações orientais, com os povos chineses, seguidos dos hindus e japoneses. O caráter atribuído às civilizações orientais era higiênico com objetivos terapêuticos (SILVA, 2001; TUBINO e DACOSTA, 2006). Mas foi com a civilização

clássica greco-latina que foi reconhecido o valor da atividade física. Na sociedade grega a Educação Física tinha lugar destacado, pois preparava as crianças para serem futuros guerreiros e também tinha fator lúdico. A Educação Física era considerada uma arte complexa e delicada, pois exigia dos integrantes, perseverança e treino (TUBINO,1992; SILVA, 2001;TUBINO e DACOSTA, 2006).

A contradição entre físico e o intelectual foi flagrada entre os gregos, devido ao valor dado à prática de atividades físicas e também através dos escritos de grandes educadores como Aristóteles, Hipócrates, Heródico, Galeno, Ico de Tarento e Platão, entre outros.

Durante o período da Idade Média, a dialética entre corpo e mente se tornou mais evidente, pois havia um grande descaso pelas coisas materiais. O poder era concentrado nas instituições religiosas, que evidenciavam práticas espirituais e deste modo deixavam as atividades físicas em segundo plano e por conseguinte a Educação Física (OLIVEIRA,1990; SILVA, 2001).

Na idade Moderna tentou a reintegração do físico à educação, através de nova concepção de homem e de mundo, valorizando individualidade, senso crítico e a liberdade, dando início ao movimento do antropocentrismo. Este período representou para a Educação Física um grande avanço enquanto área, após a idade moderna surgiram várias concepções.

No Brasil a Educação Física adotou concepções de caráter higienista (até 1930), depois militarista (1930 a 1945), também o pedagógico (1945 a 1964), o competitivista (após 1964) e por fim caráter popular (SILVA, 2001). Estas concepções demonstravam a necessidade de cada época. Nos anos 90, a Educação Física adotou concepções, classificando-as conforme as bases teórico-metodológicas (Ilustração 2).

CONCEPÇÕES NÃO PROPOSITIVAS	Abordagem sociológica
	Abordagem fenomenológica
	Abordagem cultural
CONCEPÇÕES PROPOSITIVAS NÃO SISTEMATIZADAS	Abordagem desenvolvimentista
	Abordagem construtivista com ênfase na Psicogenética
	Abordagem da concepção de aulas abertas à experiência
	Abordagem a partir da referência de lazer
	Abordagem crítico-emancipatória
CONCEPÇÕES PROPOSITIVAS SISTEMATIZADAS	Abordagem plural
	Abordagem da aptidão física/saúde
	Abordagem crítico-superadora

Ilustração 2: Bases teórico-metodológicas da Educação Física Fonte:Taffarel,1998.

Nas concepções que a Educação Física optou, podem-se perceber que acompanharam os modelos sociais tornando-os deste modo como prática social. As diversas concepções vão surgindo para resolução de problemas requeridos pela sociedade. Um destes foi o surgimento da Educação Física adaptada como um meio de atender às pessoas com deficiência.

A Educação Física adaptada surge como sub-área da Educação Física, possui como objetivo a atividade física para as pessoas deficientes, adequando a metodologia de ensino para o atendimento às suas características. No Brasil a Educação Física adaptada surge oficialmente nos cursos de graduação, por meio da Resolução número 03/87 (BRASIL,1987). No entanto, muitos professores não receberam em sua formação conteúdos e/ou assuntos pertinentes à Educação Física adaptada por se formaram antes dessa resolução (CIDADE e FREITAS, 2002).

A Educação Física adaptada segundo o estudo realizado por Gutierrez Filho (2002), quanto à grade curricular dos cursos de Educação Física do Rio Grande do Sul, destacou que dos vinte e três cursos, apenas treze possuíam uma disciplina específica sobre Educação Física adaptada, sendo, em muitos casos, oferecida como disciplina optativa. Estes resultados revelam que Educação Física adaptada, tem muito a expandir e se tornar realidade nas instituições formadoras de professores de Educação Física.

Como a Educação Física é um componente curricular, com a responsabilidade de introduzir os alunos no universo da cultura corporal. Os

Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) em direção a uma orientação inclusiva reafirmam o direito de todos (deficientes ou não) a práticas físicas independentemente de sua condição física e de sua idade (BRASIL, 1997).

A Lei de Diretrizes e Bases (BRASIL, 1997), através dos PCNs, demonstra a preocupação em confirmar o caráter da Educação Física enquanto componente curricular e integrada à proposta pedagógica da escola (SEABRA JUNIOR, et al., 2004). Deste modo, a LDB e PCNs vêm demonstrar a preocupação em possibilitar a todos os alunos, deficientes ou não, a vivência da prática corporal.

4.2 EDUCAÇÃO FÍSICA INCLUSIVA

As aulas inclusivas de Educação Física podem viabilizar vários benefícios como aquisição de habilidades acadêmicas e sociais a todos os alunos, também àqueles sem deficiência, quando bem orientada (KARAGIANNIS, STAINBACK e STAINBACK, 1999; GORGATTI, 2005). Os ambientes inclusivos proporcionam acesso a informações, experiências pessoais, colaboram com a vida social e com a aceitação das diferenças.

A Educação Física inclusiva proporciona às crianças com deficiência, a descoberta do universo das atividades físicas e que existem possibilidades de convivência com colegas sem deficiências. Já os colegas sem deficiência têm a oportunidade de vivenciar e conhecer atividades físicas e esportivas que podem ser realizadas por crianças com deficiências e percebem quanto estas podem ser ativas e capazes.

A prática de esportes e atividades físicas proporciona ao indivíduo com deficiência a oportunidade de vivenciar seu corpo de forma diferenciada, colocando-o em uma condição de igualdade com os demais (LEMOS, 2003). Os ganhos proporcionados por propostas de inclusão nas aulas de Educação Física são demonstrados em inúmeros estudos (OBRUSNÍKOVA, VÁLKOVA e BLOCK, 2003; PALLA e MAUERBERG DE CASTRO, 2004). Como na pesquisa realizada por Aguiar e Duarte (2005), sobre benefícios que professores possibilitam aos alunos, desenvolvimento de atitudes como a manifestação de solidariedade, o companheirismo, a responsabilidade, a cooperação e respeito ao outro, sem discriminação de características pessoais, físicas, sexuais ou sociais.

Os benefícios das aulas Educação Física inclusiva são inúmeros tanto para os alunos com deficiência como para os alunos sem deficiência. Porém, a Educação Física escolar possui propostas curriculares historicamente enraizadas com a cultura desportiva e competitiva que podem criar resistências quanto à inclusão de pessoas que não possuem uma boa performance em competições. Ainda, observa-se nas escolas, atividades vinculadas à cultura competitiva, deste modo, a Educação Física escolar vem sendo desvalorizada e perdendo seu lugar.

Nas últimas duas décadas tem-se observado que a Educação Física escolar vem perdendo espaço e tornando-se, para muitos alunos e dirigentes escolares, uma disciplina dispensável e sem importância (NEIRA, 2003; PAIM, 2002). Parte da responsabilidade por este declínio certamente recai sobre os próprios professores de Educação Física e à sua formação. Os professores têm recebido nos estabelecimentos de ensino superior, cada vez mais, a formação na área de “fitness” para academias e pouco tem sido abordado para área da pedagogia do esporte.

Parte da desvalorização da Educação Física deve-se à dispensa de alunos que possuem doenças e que não podem realizar atividade física. Para Santin (1998), a Educação Física é a única disciplina que conseguiu criar leis para que certos alunos fossem dispensados, alegando razões, que olhadas com atenção, mostram exatamente que estes dispensados são os que mais necessitam de atenção do educador.

Para Seabra Júnior e Araújo (2003), a participação nas aulas de Educação Física é de suma importância, pois contribui para o desenvolvimento e formação de todos os alunos ao longo da vida, independente de possíveis deficiências. Para o autor não basta que as crianças estejam presentes nas aulas de Educação Física, se não estiverem participando de fato. Assim, a escola não pode permitir que crianças e jovens com deficiências sejam simplesmente dispensados das aulas de Educação Física e deve promover discussões e reflexões dos professores e de toda a comunidade escolar nesse sentido.

Embora ainda não existam dados oficiais, estima-se que nos países em desenvolvimento, como o Brasil, poucas crianças com deficiências tenham acesso à prática de atividades físicas nas escolas regulares. Nos países como os Estados Unidos ou Canadá, onde o movimento de inclusão em Educação Física não é tão recente, é mais comum que as crianças com deficiência, mesmo as dependentes de cadeira de rodas, participem de programas esportivos ou de atividades físicas nas

próprias escolas regulares. (CONNOR-KUNTZ, DUMMER e PACIOREK, 1995). Para que os alunos possam ter uma participação efetiva nas aulas de Educação Física é necessário que haja mudanças na prática pedagógica e nas relações sociais dentro do contexto escolar.

A ação, a intervenção e a interação do professor são fatores que podem influenciar na participação discente (SEABRA JÚNIOR, 2006). Para Leontiev (2004) estes fatores são importantes tanto para a participação quanto para a aprendizagem do aluno com deficiência. Para este autor, os alunos com deficiência constroem suas aprendizagens e conseguem atribuir um sentido pessoal às suas ações quando as suas interações sociais, as intervenções pedagógicas e mediações do professor favorecem o encontro da *necessidade* com seu *objeto*. Um exemplo de uma necessidade de aprendizagem é vivenciar o basquete, o qual deve encontrar em seu objeto, o fazer a cesta; uma possibilidade de concretização, através de adaptações na altura da cesta, peso da bola, posição do aluno; pois, caso contrário, o aluno sentir-se-á desmotivado e poderá até desistir ou mudar de atividade.

As ações realizadas pelo professor podem evidenciar a participação ou distanciamento do aluno nas aulas de Educação Física. Como demonstrado na Pesquisa de Seabra (2006) que revela que ações oferecidas pelos professores, no sentido de dar oportunidades iguais de participação, não têm sido frequentes, aparecendo de forma efetiva em apenas 21% das aulas analisadas. Os resultados podem ser considerados preocupantes, pois o envolvimento dos professores pode influenciar diretamente na participação ou no distanciamento dos alunos nas aulas.

Para Block (1996), há duas maneiras de o aluno com deficiência poder participar das aulas de Educação Física. Na primeira opção, não há participação efetiva, pois a criança é segregada do grupo e as práticas de atividades físicas são executadas somente com outras crianças que possuem deficiências semelhantes. E na segunda opção, todas as crianças praticam atividades no mesmo espaço, entretanto aquelas com deficiência não participam ativamente dos conteúdos propostos nas aulas.

Em outra definição Pedrinelli (2002), disserta que há dois tipos de alunos no contexto da Educação Física, os alunos participantes (com participação de fato-inclusão) e os alunos presentes (presença sem participação – em situação de exclusão). Este fato nos remete a inquietações quanto à inclusão (uma escola para

todos) e ação pedagógica (favorecer oportunidades, orientar e estimular a participação).

A Educação Física na escola pode se constituir numa grande área de adaptação, ao permitir a participação de crianças e jovens em atividades físicas adequadas às suas possibilidades, proporcionando-lhes a oportunidade de serem valorizados e se incluírem num mesmo mundo (CIDADE e FREITAS, 2002; PEDRINELLI, 2002). Porém, para que ocorra uma efetiva participação dos alunos com deficiência nos programas de Educação Física, estes devem conter desafios direcionados a todos os alunos, permitindo a participação de todos, promovendo a autonomia e enfatizando o potencial de cada um. Isso, só será possível com um comprometimento do governo, da direção da escola em oferecer formação adequada aos professores, condições materiais e de espaço compatíveis.

4.3 ADEQUAÇÕES ARQUITETÔNICAS, CURRICULARES E DOCENTES

Com relação aos espaços adequados, Rizzo e Lavay (2000), comenta que os administradores de escolas públicas e privadas não podem apenas “acrescentar” alunos com deficiências às aulas de Educação Física sem encontrar condições ideais para que esta experiência seja bem sucedida. Para Winnick (2004), os alunos com deficiência devem ter estratégias instrucionais apropriadas e inovadoras além de serem estimuladoras, portanto os administradores devem criar e implementar programas de Educação Física adequados e garantir que os recursos disponibilizados supram as necessidades dos alunos.

As adequações curriculares são estratégias metodológicas que possuem grande função nas aulas de Educação Física por permitirem que os docentes definam de maneira clara e específica o que o aluno deverá aprender, de que maneira, quando e de que forma irá organizar os elementos didáticos para beneficiar a aprendizagem do aluno (GONZÁLEZ, 2002).

Para que as adequações curriculares possam ser efetivas o docente deverá fazer análise da tarefa que irá realizar para logo modificá-la e ajustá-la às competências de cada estudante, o qual permitirá individualizar o ensino. Craft apud Winnick (2004), sugere quatro tipos de adaptações curriculares para alunos com deficiência incluídos em escolas regulares: Currículo único (onde todos possam

participar das mesmas atividades); Currículo com níveis diferenciados (onde os alunos possam ter a mesma área curricular mas com objetivos diferentes em vários níveis); Sobreposição de currículo (em que um grupo de alunos trabalham em uma mesma lição, mas com atividades diferentes ou modificadas); Currículo alternativo (são oferecidas atividades diferenciadas).

Carmen e Zabala (1991), descrevem quatro princípios básicos de um currículo voltados para a educação inclusiva. Estes princípios são a pertinência, a coerência, a adequação, a continuidade e a progressão dos conteúdos. Na ilustração 3 encontram-se cada princípio e suas implicações nos conteúdos curriculares.

Ilustração 3: Princípios básicos de Currículo inclusivo.

Princípio	Adequações nos Conteúdos
Pertinência	Em relação a capacidade do aluno e os novos conteúdos a serem ministrados;
Coerência	Organização e Sequenciamento dos conteúdos que permita uma melhor compreensão por parte alunos;
Adequação	Utiliza-se de experiências e conhecimentos prévios dos alunos para o ensino de novos conteúdos;
Continuidade e Progressão	Utilização dos Conteúdos para que os alunos possam progredir em sua aprendizagem.

Um currículo voltado para a inclusão de pessoas com deficiências não necessariamente se diferencia em conteúdos, mas compreende técnicas, formas de organização e adaptações específicas, que visam atender satisfatoriamente as necessidades dos alunos com deficiências, assegurando sua participação em programas de atividades motoras (BUENO e RESA, 1995).

Além de currículo voltado para as necessidades dos alunos com deficiência, outro agente considerado importante para o processo de inclusão é o professor, em especial o de Educação Física que, se olhar para as crianças com deficiência com outros olhos poderá possibilitar um trabalho efetivo.

A busca pelo aperfeiçoamento pessoal e profissional do professor para Baumel e Castro (2003) é de suma importância, pois poderá possibilitar o desenvolvimento profissional e pessoal, a inovação da prática pedagógica com a utilização novos recursos e materiais para o ensino.

Para o sucesso do ensino a alunos com deficiências, Iverson (1999) indica algumas sugestões que poderão auxiliar o professor em sua prática pedagógica. O autor sugere que o professor não subestime o aluno antes de verificar todas as tentativas possíveis; Que possa enfatizar no aluno com deficiência aquilo que ele tem de melhor; Que dê tempo necessário para realização das atividades; e que o professor focalize os resultados significantes.

Conhecer as necessidades dos alunos, saber como estabelecer relacionamentos positivos e a utilização de métodos de ensino eficazes, para Siedentop e Tannehill (2000) são requisitos de um bom professor. Para o autor, se o professor conhecer individualmente os alunos e a turma, poderá promover a aprendizagem de maneira efetiva.

O professor poderá intervir de maneira mais adequada quando possuir os conhecimentos básicos relativos ao seu aluno como: tipo de deficiência, sua etiologia, as funções e estruturas que estão prejudicadas (CIDADE e FREITAS, 2002). É importante ainda que esse educador conheça os diferentes aspectos do desenvolvimento humano: biológico; cognitivo; motor; interação social e afetivo-emocional.

Para se elaborar um programa de Educação Física é importante que se tenha conhecimentos relacionados aos alunos, quanto sua deficiência (GORGATTI, COSTA, 2005; ROCHA et al., 2009). Para Freitas e Leucas (2009) apreciar os limites e possibilidades de cada aluno proporcionará o conhecimento da história, suas interações sociais e suas influências recebidas através dos tempos. O professor de Educação Física conhecendo as limitações e potencialidades de cada aluno poderá intervir de maneira eficaz auxiliando no desenvolvimento e aprendizagem do aluno.

Para que professor possa ter sucesso no ensino de alunos com deficiência, como no caso o aluno com Paralisia Cerebral, é necessário que ocorra adaptações. Segundo Bueno e Resa (1995), estas adaptações devem ser quanto aos materiais; a organização da aula; quanto ao programa; e quanto aos objetivos e conteúdos, conforme descrito na Ilustração 4.

Ilustração 4: Tipos de Adaptações e suas especificidades.

ADAPTAÇÕES	DESCRIÇÃO
Adaptação de material e organização na aula	Adaptações quanto ao tempo disponível, espaço e recursos materiais;
Adaptação no programa	Adaptações quanto ao planejamento, atividades e avaliação;
Adaptações de objetivos e conteúdos	Adequar os objetivos e conteúdos quando forem necessários, em função das necessidades educativas.

Além das adaptações que o professor deve fazer em suas aulas, existem alguns aspectos como as adequações quanto às tarefas que poderão auxiliar na minimização das barreiras da aprendizagem. No estudo realizado por Lieberman apud Munster e Almeida (2006), há quatro níveis, sendo adaptações quanto a instruções, materiais, espaço físico e regras.

Com relação às adaptações quanto a instruções o autor propõe que os professores poderão utilizar técnicas de instrução unitariamente como modelo simples, em combinação ou associação; Na orientação verbal o professor explica verbalmente a atividade ao aluno; na demonstração utiliza-se de modelos e de ações demonstrativas; na assistência física assessorar ou guiar o movimento de acordo com a ação e Brailing o professor conduz o aluno a tocar no movimento e perceber por meio do tato a execução do mesmo.

O autor destaca que na utilização de materiais adaptados o professor poderá compensar as limitações que ocorrerem como diminuição da capacidade visual e auditiva, na mobilidade, dificuldade de preensão etc. Nas adaptações ao espaço físico deverão ser percebidas em relação às limitações dos alunos; As adaptações das regras poderão possibilitar aos alunos uma participação efetiva na aula de Educação Física.

Ainda com relação às adaptações, Cidade e Freitas (2002) destacam:

- Aprendizagem Global versus Aprendizagem por partes (importância da aprendizagem por partes para que haja progressão dos conteúdos; e da aprendizagem global onde o aluno consegue ter representação global do ato motor);
- Propriocepção para o ensino de uma habilidade (O aluno poderá vivenciar o movimento, observar e comparar com os movimentos dos outros alunos);
- Capacidade linguística (com conhecimento da capacidade linguística dos alunos o professor poderá utilizar como um meio para a aprendizagem);

- Ajuda prestada (poderá ser verbal ou por demonstração dependendo da situação. Em casos de alunos com comprometimento maior pode se realizar de maneira mecânica);

- Conhecimento dos resultados (verificar os resultados poderá ser fator motivacional. É importante que professor perceba que se há a compreensão dos alunos, se caso negativo poderá recorrer à outras estratégias. No caso aluno com deficiência mental poderá surgir problemas quanto a compreensão).

Lieberman apud Munster e Almeida (2008), propõe alguns princípios a serem seguidos pelos professores de Educação Física para o ensino de alunos com deficiência como:

- Incentivar os alunos a tomada de decisões;
- Permitir que o aluno escolha as variáveis de adaptações e sua combinação (tipo de equipamento; o estilo de ensino; modificações nas regras);
- Permitir a participação do aluno (mesmo se tiver necessidade de assistência física);
- Apresentar jogos, esportes e atividades recreativas diversificados;
- Incentivar a prática de atividades coletivas sempre que possível;

Há também outras formas que poderão auxiliar para a eficácia do ensino de alunos com deficiência como preparar colegas tutores, a participação da família, requerer o auxílio de outros profissionais, estagiários e voluntários, entre outros (PEDRINELLI e VERENGUER, 2005).

As estratégias, as adaptações utilizadas por professores são importantes para o sucesso do ensino de alunos com deficiência. No entanto, se faz necessário que o professor conheça as características dos alunos com Paralisia Cerebral, a fim de possibilitar inibições de padrões anormais e reforço de padrões normais de movimento, contribuindo assim para seu desenvolvimento neuromotor. O conhecimento deficitário por parte do professor de Educação Física escolar em relação ao desempenho de seu aluno com Paralisia Cerebral poderá prejudicar o planejamento e a execução das aulas, podendo deste modo, gerar barreiras ao processo de inclusão.

5 PARALISIA CEREBRAL

5.1 CONCEITOS BÁSICOS

A Paralisia Cerebral (PC) é uma lesão ocorrida no Sistema Nervoso Central durante a fase de maturação estrutural e funcional acometendo o sistema neuro-musculo-esquelético. Esta lesão é estática e ocorrida nos primeiros anos de vida (período pré, peri ou pós-natal) (MANCINI et al., 2002), os seus comprometimentos neuromotores podem ser variados e, geralmente, estão associados à gravidade da seqüela e à idade da criança (NELSON, 1994; MANCINI et al., 2004). Sendo assim, o ato de andar para crianças portadoras de PC, constitui-se um processo complexo, mas de grande relevância na sua independência funcional (CHAGAS, et al., 2004).

Os distúrbios no tônus muscular, a postura e a movimentação involuntária são características da PC por ser uma disfunção predominantemente sensório-motora (SHEPHERD, 1996; MANCINI et al., 2002). A falta de controle sobre os movimentos é um dos distúrbios mais frequentes na PC, por caracterizar modificações adaptativas no sistema muscular e em alguns casos, podendo resultar em deformidades ósseas. O grau de comprometimento da PC e seus distúrbios podem dificultar o desempenho de atividades frequentemente realizadas por crianças com desenvolvimento normal.

5.2 INCIDÊNCIA

A dificuldade de estabelecer critérios de diagnósticos uniformes tem dificultado a obtenção de valores quanto a incidência de crianças acometidas de PC. Mesmo em países de primeiro mundo, os dados estatísticos são variáveis. Estes dados têm aumentado devido à queda na mortalidade perinatal (MPN) em países industrializados, como na Suécia, e no Japão, havendo deste modo, aumento da

morbidade, isto é, maior número de casos de PC em crianças com risco perinatal (baixo peso e prematuridade) (DIAMENT e CYPEL, 1996).

A diminuição da mortalidade perinatal deve-se em parte ao aumento do acesso a instalações de unidades de terapia intensiva, aumentando assim a sobrevivência de casos mais complicados e deste modo, possibilitou o aumento das incidências de crianças com PC. A MPN diminuiu de 27 para 12/1.000 nascimentos, enquanto a prevalência de PC não variou no período compreendido entre 1968-1981; o aumento de sobreviventes de baixo peso resultou num aumento de casos de PC (SOUZA, 1998).

Nas últimas duas décadas, em países desenvolvidos, observou-se um aumento nos casos de moderados a severos de Paralisia Cerebral, com índices de prevalência entre 1,5 e 2,5 por 1000 nascimentos. Estes dados têm sido atribuídos à melhoria dos cuidados médicos perinatais, contribuindo para o aumento da sobrevivência de crianças com idade gestacional e com baixo peso ao nascimento cada vez mais extremos (GONZÁLEZ e SEPÚLVEDA, 2002; MANCINI et al., 2002; PAPAIZIAN e ALFONSO, 2001).

A presença de disfunções neurológicas é observada com maior frequência em recém-nascidos com muito baixo peso (inferior 1500g), do que em crianças nascidas com peso adequado, podendo a paralisia acontecer com frequência de 25 a 30 vezes no grupo de crianças consideradas de risco perinatal. Nos países subdesenvolvidos a incidência desta doença é maior que nos países desenvolvidos, observando-se os índices de 7:1000. No Brasil os dados estimam cerca de 30.000 a 40.000 casos novos por ano (MANCINI et al., 2002).

No Brasil, apenas uma pequena parcela da população recebe assistência médica pré e perinatal, havendo assim um maior número de mortalidade infantil. E deste modo, valores menores para incidência de crianças acometidas de PC (CAMPEÃO, 2002). Em relação aos números de incidências, em um levantamento realizado pela Associação Brasileira de Paralisia Cerebral, na cidade de Curitiba, mostraram a existência de 30.960 (trinta mil novecentos e sessenta) crianças com esse diagnóstico. O site da Internet do “Centro de Informática e Informações sobre Paralisias Cerebrais”, estabelece a faixa de casos novos de Paralisia Cerebral, a cada ano entre 30.000 (trinta mil) e 40.000 (quarenta mil) recém-nascidos (RUBINSTEIN, 2002).

Não há dados atuais precisos, em relação a essa taxa no Brasil. No entanto, devido a precária situação de saúde geral e, em particular, aos cuidados dispensados à gestante e aos recém-nascidos, presume-se que deva ser elevada. No entanto, com as melhorias nos sistemas de saúde, a incidência de crianças com PC vem se tornando mais evidente devido ao decréscimo na mortalidade infantil.

Nos países em desenvolvimento, tem-se um aumento nos casos de PC atribuído à assistência médica, pois grande parte da população não dispõe de atendimento médico durante a gestação e no nascimento. Quando há um acompanhamento médico durante toda a gestação e após ela, podem ser evidenciados sinais, possibilitando o diagnóstico, desde então ser iniciado o tratamento e minimizada a gravidade.

5.3 DIAGNÓSTICO

Na criança com Paralisia Cerebral, o diagnóstico específico poderá ser efetuado entre 4 ou 6 meses de idade. O diagnóstico precoce se baseia, em grande parte, na diferenciação dos sinais primitivos de atraso e os de natureza patológica que, no quadro individual, podem aparecer lado a lado. Em alguns casos leves da Paralisia Cerebral, os primeiros sinais de algum desvio da normalidade podem desaparecer espontaneamente e a criança se desenvolve, subsequentemente, de maneira bastante normal, embora de certa maneira desajeitada e com dificuldade para movimentos finos e seletivos, junto com problemas de percepção que podem ser descobertos depois, na idade escolar. À medida que a criança com Paralisia Cerebral torna-se mais ativa, posturas e movimentos anormais se desenvolvem e modificam-se, porém essas alterações são diferentes nos vários tipos de Paralisia Cerebral (BOBATH e BOBATH, 1989). No entanto, é possível considerar a idade de diagnóstico como sendo por volta dos 18 meses. O diagnóstico precoce deve-se ao fato de consultas de rotinas para verificação do desenvolvimento da criança, quando então, podem ser percebidos o aparecimento de fatores de risco, como baixo peso e idade gestacional incompleta (BRIGAS GRANDE, et al, 2002).

Os pais geralmente levam o filho ao médico quando percebem que ele não alcançou os estágios usuais no tempo próprio, geralmente por volta do oitavo mês, quando o bebê deveria sentar-se ou mesmo mais tarde. É comum encontrar crianças com histórias de um ou mais dos seguintes fatos: nascimento anormal,

prematuridade, asfixia, anóxia, parto prolongado ou precipitado, parto com apresentação de nádegas, bebê pequeno para a idade, gêmeos, mãe múltipara, entre outros (BOBATH,1989).

A criança normal apresenta uma série de reflexos primitivos que vão desaparecendo à medida que o controle motor amadurece. Nas crianças PC, com certa frequência, esses reflexos persistem por mais tempo, ou mesmo, não desaparecem. Os reflexos mais encontrados são: reflexo tônico-cervical, reflexo de endireitamento cervical, reflexo de *moro*, reflexo tônico-cervical simétrico, reação de colocação dos pés, impulso extensor, reação de páraquedas, reflexo de preensão, reflexo de *landau*, reflexo cutâneo-plantar, marcha reflexa. Faz-se necessário para os lactentes de alto risco, o diagnóstico da Paralisia Cerebral, o mais cedo possível, para que o tratamento seja iniciado (LEITÃO, 1983).

Considerando a literatura especializada, é possível verificar que o desenvolvimento entre uma criança normal e uma criança com Paralisia Cerebral é diferenciado, sendo que a PC poderá atrasar alguns dos movimentos, conforme podemos perceber na ilustração 5.

DIFERENÇAS NO DESENVOLVIMENTO		
Meses	Criança Normal	Criança com PC
2 – 3 Meses	→ grande liberdade de escolha de movimentos	→ movimentos limitados e estereotipados
	→ preensão firme	→ não existe preensão
	→ traz as mãos à linha média	→ apresenta reflexos tônicos assimétricos
	→ abandona a marcha reflexa	→ persistência da marcha reflexa
4 meses	→ controle da cabeça	→ falta de controle da cabeça
	→ ao cair abre as pernas em páraquedas	→ a criança espástica ao cair cruza as pernas
5 meses	→ ao cair une os braços para se proteger da queda	→ ainda não é capaz de unir os braços para se proteger ao cair
	→ apoio anterior e lateral dos braços:	→ inexistência de apoio sobre os braços
7 meses	→ senta-se, vira-se da posição ventral para a dorsal	→ não se senta
	→ desaparecimento do reflexo de Moro.	→ inexistência de rotação
	→ a criança engatinha	→ o reflexo de Moro pode persistir
8 meses		→ os reflexos tônicos assimétricos
	→ senta-se	→ levanta a cabeça quando estando deitada, é puxada pelas mãos para se levantar
9 meses		→ sentada cai lateralmente ou para trás
	→ em pé tem postura correta	→ não consegue pôr-se de pé ou tem postura incorreta.

Ilustração 5: Diferenças no desenvolvimento de criança normal e de criança com Paralisia Cerebral. Fonte: Bobath e Bobath, 1978.

O diagnóstico clínico para Gomes, Santos e Ubiratam (1995); Rubinstein (2002) é primordial, pois poderá ocorrer alterações durante o desenvolvimento e quanto antes forem diagnosticadas mais possibilidades de melhoras no quadro motor da criança. As alterações que devem ser observadas quanto ao diagnóstico são: devido às faciais, alterações de atitudes, de tônus muscular, mobilidade de tronco e membros; alterações nos reflexos; alterações sensoriais e atraso na aquisição de habilidades motoras, adaptativas e sociais nas semanas seguintes ao nascimento (GOMES, SANTOS e UBIRATAM, 1995).

5.4 ETIOLOGIA

As causas da PC são inúmeras e muitas vezes desconhecidas. Os fatores que podem agredir o sistema nervoso podem ocorrer em diferentes períodos, sendo eles, pré, peri e pós-natal. Bobath (1989) considera a maior incidência da PC no período perinatal, na ordem de 60%; já no período pré-natal é responsável por 30%, restando 10% para o período pós-natal

As causas mais frequentes na PC segundo Souza (1998), é a anoxia perinatal, podendo ser devidos há trabalhos de partos anormais ou prolongados. Ainda o autor ressalva que segundo encontra-se a prematuridade; e com menor frequência estão às infecções pré-natais, como rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus e as infecções pós-natais como as meningites. Quanto às causas, é possível distinguir:

a) Pré-natal: São as que ocorrem, desde a concepção, até o início do trabalho de parto. Divididas em quatro categorias básicas: genéticas, vascular, infecciosa e outras (tóxico-metabólica, traumática, irradiação etc.). Para um neuropediatra, que enfrenta sempre neonatos com diminuição no nível de consciência, convulsões e partos complicados podendo sugerir asfixia neonatal, mas este tipo somente representa de 6 a 10% dos casos (PASCUAL e KOENIGSBERGER, 2003).

b) Peri-natal: É o período que se estende do momento do parto até o nascimento, tendo como causa mais comum a anóxia que leva há alterações metabólicas. As lesões do SNC devido há sofrimento peri-natal determina-se essencialmente pela idade gestacional. No lactante recém-nascido prematuro, as

lesões anóxicas costumam localizar-se nas regiões sub-corticais profundas, em especial na substância branca periventricular. Já nos recém nascidos de termo, embora possam ter lesões também nas regiões subcorticais, elas predominam nas regiões corticais (CAMPEÃO, 2002).

As causas mais comuns perinatais para produzir PC são os traumas cranio-encefálicos, deslocamento prematuro da placenta; a incompetência do istmo cervical e a icterícia grave do recém-nascido que é responsável pela encefalopatia bilirrubínica (GOMES et al., 1995; RUBINSTEIN, 2002).

c) Pós-natal: Dentre os fatores pós-natais que produzem alterações no sistema nervoso encontramos os traumatismos cranioencefálicos, as lesões vasculares e as infecções.

O surgimento das atuais técnicas de neuroimagem, possibilita a comprovação através de elementos clínicos complementares, podendo verificar a sua causa. Podendo ser congênita (pré-natal), peri-natal ou pós-natal, como é comum subdividir-se os fatores etiológicos da PC e podendo ser visto na ilustração a seguir.

FATORES ETIOLÓGICOS DA PC
Genéticas e/ou hereditárias
Circulatórios (fenômenos hipóxico-isquêmicos, hipotensão)
Eclampsia
Hemorragias com ameaça de aborto
CAUSAS PRÉ-NATAIS
Maternas Desprendimento prematuro da placenta
Má posição do cordão umbilical
Infecções (rubéola, toxoplasmose, lues, HSV)
Metabólicas (diabetes, desnutrição)
Tóxicas (medicamentos, drogas)
Malformações congênicas
Físicas (radiações, raios X)
Parto distócico
Asfixia (hipóxia ou anóxia)
CAUSAS PERINATAIS
Hemorragia intracraniana
Prematuridade e baixo peso
Icterícia grave (hemolítica ou por incompatibilidade)
Infecção pelo canal do parto
Meningencefalites bacterianas e virais
Traumatismos crânio-encefálicos
CAUSAS PÓS-NATAIS
Encefalopatias desmielinizantes (pós-infecciosas ou pós-vacinais)
Processos vasculares
Desnutrição
Síndromes epiléticas (West e Lennox-Gastaut)
Status epilepticus

Ilustração 6: Fatores Etiológicos da Paralisia Cerebral. Fonte:Campeão (2002).

A maior prevalência da PC são devido os problemas ocorridos durante o desenvolvimento intra-uterino, denominado período pré-natal, há também incidências no pós-natal com números menores, com 20% dos casos(RUBINSTEIN, 2002).Os fatores etiológicos da PC são inúmeros, deste modo devendo ser observado em toda a gestação, diminuindo assim prevalência.

5.5 CLASSIFICAÇÃO

Existem na literatura diversas classificações, e estas demonstram a apresentação clínica, onde se localiza a PC, e especificações do tipo de alteração ocorrida durante o movimento. As classificações de PC podem ser apresentadas de acordo com tônus (espástico, atônico, atetósico, atáxico e misto); topografia (quadriplegia, hemiplegia, diplegia e outras) e acometimento funcional (leve, moderado e grave).

5.5.1 Classificação por tônus

A classificação em relação ao tônus é demonstrada através da apresentação clínica onde está localizada a Paralisia Cerebral. Esta classificação está baseada em aspectos anatômicos e clínicos, sendo os mais utilizados: espástico, atônico, atetósico, atáxico e misto (ROTTA, 2002; SCHWARTZMAN, 2004).

Quanto ao tipo espástico ou espasticidade, é possível definir como sendo um transtorno no tônus muscular, caracterizado por um aumento nos reflexos de estiramento tônico-dependentes da velocidade. Sua incidência é em torno de 75% das crianças que possuem Paralisia Cerebral. A criança acometida de PC do tipo espástica possui um grau de tensão elevado em um grupo muscular, que pode ser sentido na palpação e quando alongamos ou o encurtamos passivamente (SOUZA,1998).

A espasticidade pode se manifestar através de fenômenos positivos e negativos. Os fenômenos negativos são a debilidade muscular, fadiga, perda do controle muscular. No entanto, os positivos incluem: aumento no tônus muscular dependente da velocidade, hiper-reflexia tendinosa (amplitude e propagação),

reflexos primitivos persistentes. Os fenômenos positivos são assim nomeados por poderem ser modificados através de terapias de reabilitação, e empenho da equipe para adaptação do processo de maturação cerebral (GONZÁLEZ e SEPÚLVEDA, 2002).

A forma espástica, possui dois tipos de classificação, sendo um deles, a hipotonia inicial, assim chamada pelos aspectos negativos de lesão do primeiro neurônio. E ainda neste mesmo grupo temos a hipertonia muscular que é resistência oposta ao alongamento passivo devido às mudanças nas propriedades estruturais e funcionais dos músculos e outros tecidos moles. No segundo grupo temos a distonia (instalação precoce da espasticidade) que é uma disfunção grave e extensa por comprometer o córtex cerebral, o mesencéfalo e a medula espinhal. (SHEPHERD, 1996).

As crianças acometidas de PC do tipo espástica podem apresentar: aparecimento de deformidades articulares; deficiência mental; problemas perceptivos, especialmente das relações espaciais; perda sensorial que ocasionalmente ocorre na criança com hemiplegia; anormalidades da caixa torácica e respiração pobre podem ser encontradas; e epilepsias são mais comuns do que em outros tipos de PC (LEVITT, 2001).

Para ROTTA (2002), dentre os comprometimentos mais encontrados nas formas espásticas, estão a hipertonia muscular extensora e adutora dos membros inferiores, hiper-reflexia profunda e sinal de *Babinski*, e déficit de força localizado ou generalizado, dependendo da extensão do comprometimento. Segundo Levitt, (2001), os principais comprometimentos que acometem as características motoras das crianças com PC do tipo espástica são:

- *Hipertonia da variedade faca-de-mola*. Se os músculos espásticos são alongados com uma velocidade determinada, eles respondem de maneira exagerada. Eles se contraem, bloqueando o movimento. Este reflexo de estiramento hiperativo pode ocorrer no início, meio ou fim da amplitude de movimento;

- *Posturas anormais*: Elas estão normalmente associadas aos músculos antigravitacionais, que são extensores nas pernas e flexores nos braços. As posturas anormais são mantidas por grupos musculares firmemente espásticos cujos antagonistas estão fracos, ou aparentemente fracos, no sentido de que não conseguem vencer a ação firme dos músculos espásticos e assim corrigir as posturas anormais;

- *Mudanças na hipertonia e posturas:* Podem ocorrer com excitação, medo ou ansiedade, que aumentam a tensão muscular. A posição da cabeça e do pescoço pode afetar a distribuição da hipertonia. Movimentos súbitos mais do que movimentos lentos aumentam a hipertonia;

- *Movimento voluntário:* Espasticidade não significa paralisia. O movimento espástico está presente e pode ser obtido. Pode haver fraqueza na iniciação do movimento ou durante o movimento em diferentes momentos de sua amplitude.

Quanto ao tipo de PC atetósica, é possível mostrar que a palavra atetose significa “sem posição fixa”, que permite a execução de movimentos tortuosos e tem uma tendência a permanecer em uma postura distônica fixa. A criança que possui atetose apresenta movimentos involuntários, extensão do tronco e da cabeça. (SHEPHERD, 1996).

A atetose é um transtorno caracterizado por aparecimento de movimentos lentos, serpentinos, complexos e irregulares, relacionados à contração simultânea dos músculos agonistas e antagonistas que acarretam a adoção de posturas distônicas. Os pacientes com PC atetósica apresentam mudanças contínuas devido a instabilidade postural, que afetam em maior proporção as partes mais distais dos membros (BARRIONUEVO e SALAS, 2001). No tipo atetótico, possui lesão nos núcleos da base (SOUZA,1998), o *quais* produzem movimentos característicos, sendo classificados como:

- **Atetóide:** Movimentos involuntários presentes nas extremidades, lentos, serpenteantes, parasitam o movimento voluntário;

- **Coréico:** Movimentos involuntários presentes nas raízes dos membros, rápidos, ocasionalmente impossibilitam que o movimento voluntário ocorra;

- **Distônico:** Movimentos atetóides mantidos, com posturas fixas, que podem se modificar após algum tempo.

As deformidades em geral não ocorrem ou são mais raras, na PC atetótica, devido às movimentações involuntárias, que poderá inverter a deformidade após algum tempo ou após alguma medida terapêutica. A PC atetótica pode apresentar também perdas auditivas (do tipo para altas frequências), dificuldades de articulação da fala e problemas de respiração (LEVITT, 2001).

Os comprometimentos motores são encontrados maiores frequências na PC o atetósica, no qual a criança possui movimentos não intencionais; dificuldades quanto

questões posturais; flutuações de tónus; entre outros; segundo descrição de Levitt (2001):

- *Movimentos involuntários – atetose*: São movimentos não intencionais, que podem ser incontroláveis. Os movimentos involuntários podem ser rápidos ou lentos; podem apresentar-se em padrões contorcidos, espasmódicos, trêmulos, deslizantes ou rotatórios, ou sem padrão identificável. Ainda podem estar presentes durante o repouso em algumas crianças. O movimento involuntário aumenta com a excitação, insegurança ou esforço e até mesmo para resolver um problema mental;

- *Controle postural*: Os movimentos involuntários ou espasmos distônicos podem desequilibrar a criança (LEVITT, 2001);

- *Movimentos voluntários*: São possíveis, mas pode haver uma demora inicial antes que o movimento seja começado. O movimento involuntário pode transtornar parcial ou totalmente o movimento desejado, tornando-o descoordenado (LEVITT, 2001);

- *Hipertonía ou hipotonia*: Podem existir ou pode haver flutuação do tónus. Pode haver distonia ou torção da cabeça, tronco ou membros. Espasmos súbitos em flexão ou extensão podem ocorrer (LEVITT, 2001);

- *Dança atetóide*: Alguns atetóides são incapazes de manter o peso sobre os pés, e continuamente movimentam os pés para cima e para fora, em uma dança atetóide. Eles podem pôr o peso em um pé enquanto deslizam o outro pé ou arranham o chão em um movimento de retirada (LEVITT, 2001);

- *Paralisia dos movimentos de fixação ocular*: As pessoas que apresentam o quadro da atetose podem achar difícil olhar para cima e algumas vezes também fechar os olhos voluntariamente (LEVITT, 2001).

O ataxia é um tipo clínico raro de PC, sendo uma incoordenação dos movimentos, de origem cerebelar, torna-se mais frequente quando sendo associada a outro tipo clínico, como o espástico. Os prejuízos intelectuais ocorrem, especialmente na presença de problemas visuais e perceptivos. O diagnóstico de ataxia é complicado, devido às desordens motoras, as quais dificultam os testes clássicos de avaliação da coordenação axial e apendicular. Crianças inteligentes “desajeitadas” são algumas vezes diagnosticadas como tendo Paralisia Cerebral atáxica (RATLIFFE,2000).

Os comprometimentos e características motoras de crianças acometidas com atáxia são considerados de menor grau, se comparados a outros tipos, pois apresentam apenas dificuldades no equilíbrio, movimentos descoordenados e hipotonia muscular. Segundo Levitt, (2001), estes distúrbios podem ser descritos como:

- *Distúrbios de equilíbrio*: Os distúrbios de equilíbrio são comuns devido a uma fixação pobre da cabeça, tronco e cinturas pélvica e escapular, para compensarem esta instabilidade de equilíbrio realizam movimentações excessivas com os braços. A instabilidade também é encontrada em atetóides e espásticos;
- *Movimentos voluntários*: normalmente estão presentes, no entanto são desajeitados ou descoordenados. Quando uma criança tenta buscar um objeto, pode atingir aquém ou além dele, no que qual é chamado de “dismetria”. Movimentos de motricidade fina são pobres;
- *Hipotonia*: poderá acontecer na ataxia, os quais são chamados de casos hipertônicos;

No tipo misto, segundo a literatura há uma combinação do tipo espástico e atetósico, sendo que muitas crianças afetadas deste tipo apresentam incapacidades severas (SOUZA,1998). As formas mistas são caracterizadas por diferentes transtornos motores pirâmido-extrapiramidais, pirâmido-atáxicos ou pirâmido-extrapiramidal-atáxicos, tendo sido a segunda forma mais frequente, 26% dos casos (ROTTA, 2002).

5.5.2 Classificação por Topografia

A classificação quanto à topografia da Paralisia Cerebral é definida quanto a localização da lesão, portanto origina-se de partes distintas do corpo, sendo as mais frequentes: a quadriplegia, a diplegia, a quadriparesia, a monoplegia, e a hemiplegia.

Na quadriplegia, há o envolvimento dos quatro membros, podendo ser também chamada de dupla hemiplegia. Neste tipo de PC há um tipo específico que é denominado de paralisia supra bulbar congênita onde os braços são mais afetados do que as pernas. A quadriplegia severa ocorre em 7% das crianças com PC, podendo afetar com maior grau os membros superiores, crianças com esta patologia

severa podem apresentar dificuldades na locomoção e deficiência mental severa (MORTON, 2001).

No que diz respeito aos parâmetros motores, nos casos graves de quadriplegia, a criança poderá ter dificuldade para manter a cabeça e a hipertonia nos músculos paravertebrais, com a extensão do tronco. Os membros inferiores ficam rígidos, com retrações da musculatura adutora, isquiotibiais e aquilênios, com entrecruzamento das pernas, rotação interna e pés em equino (BARRIONUEVO e SALAS, 2001).

Os parâmetros motores dos membros superiores poderão estar flexionados e estendidos, com rotação interna e semiflexão de cotovelos, com semiflexão dos dedos. As reações tônico-cervicais (RTC) e tônico-labirínticas (RTL) estarão bastante evidenciadas, isto impedirá a evolução normal do padrão motor dos movimentos. Na posição de prono, os pacientes são incapazes de levantar a cabeça, e de estender o tronco. Se a criança se senta, a sua tendência é cair para o lado devido à hipertonia da musculatura adutora isquiotibiais, a qual provoca diminuição na base de sustentação (BARRIONUEVO e SALAS, 2001).

Na diplegia, pode ocorrer o envolvimento dos quatro membros, no entanto, tem-se os membros inferiores mais afetados do que os membros superiores, a forma clínica mais frequente é diplegia espática (LEVITT, 2001). As crianças com diplegia podem apresentar atraso motor nas habilidades de rolar, engatinhar e sentar. Em crianças com inabilidade severa, a função motora bruta pode regressar dos 4 aos 5 anos de idade. As contraturas mais frequentes ocorrem nos membros superiores (na área das mãos) e também na extremidade inferior (no tornozelo), e poderá ser corrigida com uma cirurgia e tendo sua locomoção normalizada (YOKOCHI, 2001).

A paraplegia é uma forma de Paralisia Cerebral que tem aumentado com o passar do tempo. Afeta principalmente os membros inferiores, pode haver também transtornos na motricidade fina e nos membros superiores. A maioria dos casos de paraplegia deve-se a baixo peso no nascimento e em 20% dos casos existem antecedentes patológicos e se tratam de malformações cerebrais (BARRIONUEVO e SALAS, 2001).

Crianças afetadas de paraplegia possuem hipotonia axial, que é o acometimento posterior da capacidade de manter-se em pé com apoio (devido ao espasmo extensor dos membros inferiores), no qual provoca um atraso na aquisição da posição sentada. Em pacientes gravemente afetados, a marcha é mais tardia,

podendo ocorrer atrofia e contraturas musculares em membros inferiores, além de transtornos vasomotores. (BARRIONUEVO e SALAS, 2001).

A monoplegia é um tipo de PC, sendo caracterizada pelo acometimento funcional de um dos membros. Quando há comprometimento do membro superior ipsilateral, a criança demonstrará quando submetida a atividades de corrida e salto (por exemplo), sendo caracterizada como uma hemiplegia funcional.

O comprometimento motor mais comum neste tipo de PC são dificuldades na marcha, e nas atividades mais avançadas como trepar, subir escadas, correr. Quando o comprometimento for de membro superior as dificuldades poderão ocorrer na realização de tarefas bimanuais, delicadas ou grosseiras (RATLIFFE, 2000).

Outra forma mais frequente de PC é a hemiplegia espástica, sendo caracterizada pelo acometimento de metade do corpo, sendo apresentada com maior intensidade nos membros superiores do que inferiores. Este tipo de PC tem maiores incidências em anomalias Peri-natais, representando 25 % dos casos, tais como baixo peso e hemorragia gestacionais repetidas, toxemia e infartos placentários (BARRIONUEVO e SALAS, 2001).

O comprometimento do ato motor na hemiplegia, no membro inferior somente se evidenciará no início da marcha, a qual se dará com um pouco de atraso. As evidências quanto as assimetrias dos reflexos nos apoios segmentares laterais e na marcha poderão ser evidenciadas quando ocorrer a exploração da criança a partir dos 6 meses. Depois dos 18 meses, a criança toma consciência do membro afetado, que serve como mera ajuda ao membro sem acometimento sensório-motor. A exaltação dos reflexos tendinosos de um lado do corpo, a incoordenação do membro superior afetado, a impossibilidade para saltar são algumas das dificuldades que crianças com hemiplegia podem apresentar (BARRIONUEVO e SALAS, 2001).

5.5.3 Gravidade do acometimento funcional

A gravidade da Paralisia Cerebral é classificada de acordo com o grau de independência da criança em atividades funcionais de vida diária, incluindo habilidade em movimentar-se de um local para o outro, de alimentar-se, de autocuidado, entre outros. Tal classificação agrega três grupos:

- Grave: paciente é confinado a cadeira de roda ou na cama e depende dos outros para sua mobilidade;
- Moderado: caminha com assistência da cadeira de rodas, mas não necessita dos outros para sua locomoção;
- Leve; caminha sem assistência e é independente para as suas funções cotidianas.

A grande variedade de classificações encontrada na PC pode possibilitar confusões em torno do diagnóstico, devido à existência de muitos termos adicionais (LEVITT, 2001). Este grande número de classificações possibilita ainda mais conflitos para área, não tendo uniformidades quanto à nomenclatura.

5.6 DEFICIÊNCIAS ASSOCIADAS

Muitos prejuízos fazem parte do quadro clínico da PC, sendo eles primariamente motores. Sabe-se que a maioria dos pacientes apresenta deficiências associadas como: distúrbio visual e da motricidade ocular, déficit da acuidade auditiva, retardo do desenvolvimento neuromotor, hiperatividade, déficit da atenção, distúrbio do comportamento, distúrbio da fala, epilepsias, distúrbios cognitivos e de percepção, deficiência mental e depressão (SCHWARTZMAN, 2004). Embora os prejuízos associados estejam presentes em todas as formas de PC, algumas associações são mais frequentes, merecendo ser citadas.

Para Rotta (2002), o distúrbio motor é a base do quadro clínico da PC, podendo associar-se, em diferentes combinações, a uma série de outros sintomas, tais como deficiência mental, epilepsia, transtornos da linguagem, auditivos, oculares, visuais e de conduta.

Os distúrbios associados podem ser primários, causados pela lesão, ou secundários, que são resultantes de movimentos alterados; dos fatores ambientais e das atividades não vivenciadas pela criança, por exemplo, o uso da mão para alcançar, agarrar, manipular objetos e a exploração de seu próprio corpo (SHEPHERD, 1996).

Na PC espástica hemiplégica, a ocorrência de epilepsia é mais comum, atingindo cerca de 50%. As crises convulsivas costumam iniciar aos dois anos de vida. Já na PC diplégica tem sido observada maior incidência de retardo mental

moderado/severo e melhor prognóstico em crianças pré-termo. No entanto, nas formas atáxicas, as manifestações epiléticas são mais raras, mas o retardo mental é comum, especialmente no grupo com a síndrome do desequilíbrio (SCHWARTZMAN, 2004).

A pouca referência visual, pode ser responsável, por exemplo, pelas alterações do esquema corporal e da orientação no espaço, interferindo no modelo motor, no processo cognitivo, na questão afetiva e na interação com o ambiente. Os problemas auditivos, visuais e da fala podem, por sua vez, afetar o processo cognitivo, acarretando novos problemas no desenvolvimento geral da criança (LORENZINI, 2002). Além disso, a falta de movimento pode afetar o comportamento geral da criança. Assim, alguns comportamentos anormais podem ser decorrentes da falta de experiências sociais e emocionais satisfatórias para as quais o movimento é necessário (LEVITT, 2001).

Nem toda criança apresenta algumas ou todas estas deficiências associadas. Mesmo que as deficiências fossem apenas físicas, a pobreza de movimentos resultante impediria a criança de explorar o ambiente completamente. Ela está, portanto, limitada na aquisição de sensações e percepções das atividades cotidianas. Uma criança pode então aparentar distúrbios de percepção, que podem não ser orgânicos, mas causados pela falta de experiência. A mesma falta de experiências cotidianas retarda o desenvolvimento da linguagem e afeta a fala da criança. Sua compreensão geral pode ser prejudicada, de maneira que ela aparenta ser mentalmente retardada. Isto pode ir longe a ponto de uma inteligência normal ser camuflada por uma deficiência severa (LORENZINI, 2002).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As limitações deste estudo situam-se inicialmente pela opção teórica e metodológica adotada, por possuir um número elevado de correntes teóricas sobre esta temática. Outra limitação da pesquisa deve-se aos vieses instituído pela releitura, pois poderá haver distorções influenciadas pelas experiências pessoais, formação profissional, e os conhecimentos já adquiridos. As limitações da pesquisa demonstram o quanto à inclusão, enquanto o fenômeno científico é complexo e suas variáveis podem sofrer mudanças e comprometerem a efetividade do trabalho educacional.

Esta pesquisa analisou, através da literatura especializada, as principais discussões sobre os aspectos relacionados ao processo de inclusão de alunos com Paralisia Cerebral na Educação Física escolar. Pode-se concluir que os aspectos relacionados ao processo de inclusão são oriundos de uma sociedade em desenvolvimento, deste modo, apresentam-se desconectados e dizem respeito às questões culturais, filosóficas, legais e pedagógicas.

A análise dos aspectos sociais e históricos da educação inclusiva no Brasil e no mundo permitiu verificar que as sociedades estão evoluindo e as situações de exclusões da pessoa com deficiência têm diminuído. O início da educação de pessoas que tinham algum tipo de deficiência acontecia de maneira segregada em instituições privadas ou filantrópicas, este tipo de ensino na atualidade foi questionado pela violação direitos humanos, surgindo assim à proposta de inclusão, que propõe valores para a aceitação das diferenças. A realidade inclusiva brasileira, ainda é recente, no entanto, não tem sido homogênea ou simples de registrar dada a imensidão de nosso país, com grandes desníveis econômicos e sociais.

Em relação às conceituações de educação inclusiva, há uma confusão já na esfera internacional passando para as demais, pois não há uma perspectiva única em um país, cidade ou até mesmo em uma escola. As legislações brasileiras são consideradas muito avançadas para os padrões internacionais, no entanto podem

ficar somente nos documentos oficiais não cumprindo o seu papel fundamental que é garantir e oferecer recursos para que a inclusão se efetive verdadeiramente.

A Educação Física sempre esteve presente em toda a história humana, em alguns momentos sendo exaltada e em outros, esquecida. Atualmente tem desempenhado um papel fundamental na resolução de problemas da sociedade, surgindo deste modo diversas concepções, por exemplo, a Educação Física inclusiva.

A Educação Física inclusiva exige dos docentes, uma gama de conhecimentos para que o trabalho com o aluno com deficiência possa ser efetivo. Estes conhecimentos são, desde adaptações curriculares, adaptações no espaço físico e adaptações realizadas especificamente por parte dos professores. Todas as adaptações são importantes para o sucesso da inclusão do aluno, no entanto, é necessário ressaltar as adaptações realizadas pelos docentes. Os professores deverão conhecer aspectos clínicos e pedagógicos do seu aluno com deficiência como no caso a Paralisia Cerebral, também conhecer as estratégias mais eficientes para que o ensino possa responder às expectativas dos alunos.

As características clínicas da criança com Paralisia Cerebral tornam o ensino deste segmento difícil, por ser uma deficiência adquirida na infância possibilita distúrbios em todo o desenvolvimento da criança, nos aspectos motores, sociais, cognitivos. E também pela deficiência ter muitas classificações e especificidades, exigindo um conhecimento mais aprofundado por parte dos professores.

REFERÊNCIAS

ACEDO, C. Inclusive education: Pushing the boundaries. **Prospects**, v. 38, n.1, p. 5–13, 2008.

AGUIAR, J. S.; DUARTE, E. Educação inclusiva: um estudo na área da Educação Física. **Rev. bras. educ. espec. [online]**, v. 11, n.2, p. 223-240, 2005.

AINSCOW, M. **Caminhos para as escolas inclusivas**. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, 1997.

_____. **Understanding the development of inclusive schools**. London: Falmer Press, 1999.

_____. **Desarrollo de Sistemas Educativos Inclusivos**. Ponencia a presentar en San Sebastián, oct., 2003.

_____; FERREIRA, W. Compreendendo a educação inclusiva: algumas reflexões sobre experiências internacionais. In D. Rodrigues (Ed.), **Perspectivas sobre inclusão: da educação à sociedade**. Porto: Porto Editora, p. 103-116, 2003.

_____. Understanding the development of inclusive education system. **Electronic Journal of Research in Educational Psychology**, v.3, n. 3, p. 5-20, 2005.

_____; BOOTH, T.; DYSON, A.; FARRELL, P.; FRANKHAM, J.; GALLANNAUGH, F.; HOWES, A.; SMITH, R. **Improving schools, developing inclusion**. London: Routledge, 2006.

_____.CESAR, M. Inclusive education ten years after Salamanca: Setting the agenda. **European Journal of Psychology of Education**, v. XXI, n. 3. p. 231-238, 2006.

_____; MILES, S. Making Education for All Inclusive: Where Next?**Prospects: Quarterly Review of Comparative Education**, n.38, p.15-34, 2008.

_____; DYSON, A.; GOLDRICK, S; KERR, K. Beyond inclusion: equity in the English education system. Paper prepared for the symposium, **Towards Excellence**

and Equity: Developing High Performing and Inclusive Education Systems, American Education Research Association Annual, Conference, New York, 2008.

_____. Tornar a educação inclusiva: como essa tarefa deve ser conceituada? In: FÁVERO, O. et al (Org.) **Tornar a educação inclusiva**. Brasília: UNESCO, 2009.

ALVES-MAZZOTTI, A. J; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

AMARAL, L. A. **Pensar a diferença**: deficiência. Brasília: CORDE, 1994.

AMIRALIAN, M. L. T. M. **Psicologia do excepcional**. São Paulo, SP: EPU, 1986.

ARANHA, M.S.F. Integração Social do Deficiente: Análise Conceitual e Metodológica. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, Sociedade Brasileira de Psicologia, n. 2, p. 63-70, 1995.

ATIQUE, A. L. V.; VELTRONI A. L. O direito à educação no Brasil e a pessoa portadora de deficiência :as obrigações das instituições de Ensino Superior. **Novos Estudos Jurídicos**, v. 12, p. 119-135, 2007.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BARRIONUEVO, A. C. R.; SALAS, M. A. V. Clínica de la parálisis cerebral infantil. **Neurologia Clínica**. Málaga, v.2, n.1, p. 225-235, 2001

BARROS, A. J. S.; LEHFELD, N. A. S. **Fundamentos de Metodologia Científica, um guia para iniciação científica**. 2. ed. São Paulo; SP: Makron Books, 2000.

BARTLETT D. J; PALISANO R. J. A Multivariate Model of Determinants of Motor Change for Children With Cerebral Palsy. **Physical Therapy**, n.80, p. 598-611, 2000.

BARTON, L. Inclusive education and human rights. **Socialist Teacher**, n. 65, p. 27-30, 1998.

BAUMEL, R. C. R., & CASTRO, A. M. Formação de professores e a escola inclusiva: Questões atuais. **Integração**, n. 14, v. 24, p.6-1, 2002.

_____. Formação de Professores: Algumas reflexões. In: BAUMEL, R. (org) **Educação Especial: Do querer ao fazer**. Ed, Avercamp, 2003, p. 27-39.

BERRUEZO ADELANTADO, P. P. Educación inclusiva en las escuelas canadienses. Una mirada desde la perspectiva española. **Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado**, v.20, n.2, p.179-207, 2006.

BLOCK, M. E. Implications of U.S. federal law and court cases for physical education placement of students with disabilities. **Adapted Physical Activity Quarterly** , n.13, v.2, p.127 – 152, 1996.

_____; OBRUSNIKOVA, I. Inclusion in physical education: A review of the literature from 1995-2005. **Adapted Physical Activity Quarterly**, v. 24, n.2, p.103-24, 2007.

BOBATH, K. A deficiência motora em pacientes com Paralisia Cerebral. São Paulo: Manole, 1989.

_____;BOBATH, B. **A Deficiência Motora em Pacientes com Paralisia Cerebral**. Manole: São Paulo, 1979.

_____. **Desenvolvimento motor nos diferentes tipos de Paralisia Cerebral**. São Paulo: Manole, 1989.

BOOTH, T. Mapping inclusion and exclusion: concepts for all? In: Catherine, A. Dyson and A. Millward. **Towards inclusive schools?** London: David Fulton Publishers, 1995, p. 96-126.

_____; AINSCOW. M. Index for inclusion. Developing learning and participation in schools. Manchester: CSIE [Trad. cast. LÓPEZ, A. L., DURÁN, D., ECHEITA, G., GINÉ, C., MIQUEL, E.,Y SANDOVAL, M. Guía para la evaluación y mejora de la educación inclusiva. Madrid: Consorcio Universitario para la Educación Inclusiva, 2002.

BRASIL. Lei n. 7.853, de 24 de outubro 1989. **Apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social**, CORDE, 1989.

_____. **Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.** Decreto nº 914, de 6 de setembro de 1993.

_____. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais.** Brasília: UNESCO, 1994.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 5 de outubro de 1988. Juarez de Oliveira (Org.). São Paulo: Saraiva 1994

_____. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional,** n. 9.394/96. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNE/CEB 2/2001, de 11 de setembro de 2001. **Diário Oficial da União,** Brasília, 14 set. Seção 1E, p. 39-40, 2001.

_____. Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008. Aprova o texto da **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência** e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Disponível em: <<http://imagem.camara.gov.br/Imagem/d/pdf/DCD10JUL2008.pdf#page=3>>. Acesso em: 6 dez. 2010.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da educação inclusiva.** Brasília, 2008. Disponível em: <www.mec.gov.br>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2008.

BRAUN, P.; PLETSCHE, M. D.; SODRÉ, J. A formação inicial e continuada de recursos humanos para a prática docente frente à educação inclusiva. In: NUNES SOBRINHO, F. de P. (Org.). **Inclusão educacional: pesquisa e interfaces.** Rio de Janeiro: Livres Expressão, 2003.

BRIGAS GRANDE, A.; FERNÁNDEZ LUQUE, A.; GARCÍA ALFARO, C.; BARRERA CHACÓN, M.; TOLEDO GONZÁLEZ, M.; DOMÍNGUEZ ROLDÁN, J.M. Parálisis cerebral infantil: estudo de 250 casos. **Neurologia,** Barcelona, v. 35, n.9, 2002.

BRUNS, M. A. T. Deficiência visual e educação sexual: a trajetória dos preconceitos, ontem e hoje. **Revista Benjamin Constant,** a. 3, n.7, p. 9-16. Rio de Janeiro: IBCENTRO/MEC, 1997.

BUENO, J. G. S.; **Educação especial brasileira: Integração/segregação do aluno diferente.** São Paulo: Educ/PUC, 1993.

_____; FERREIRA, J. R.; BAPTISTA, C. R.; OLIVEIRA, I. A.; KASSAR, M. M; FIGUEIREDO, R. V. Políticas de educação especial no Brasil: estudo comparado das normas das unidades da federação. **Rev. Bras. Ed. Esp., Marília**, Jan.-Abr, v.11, n.1, p. 97-118, 2005.

BUENO, S. T.; RESA, J.A.Z. **Educacion Fisica para niños y niñas com necesidades educativas especiales**. Malaga : Ediciones Aljibe, 1995.

CAIADO, K. R. M.; LAPLANE, A. L. F. Programa educação inclusiva: direito à diversidade. Uma análise a partir da visão de gestores de um município-polo. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 35, n.2, p. 303-315, maio/ago., 2009.

CAMPEÃO, M. S. **Proposta de Ensino de Bocha para pessoas com Paralisia Cerebral**, 2002. 120 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

CARMEN, L. Y ZABALA, A. **Guía para la elaboración, seguimiento y valoración de proyectos curriculares de centro**. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Educación y Ciencia, 1991.

CARMO, A. A. **Deficiência física: a sociedade brasileira cria, "recupera" e discrimina**. Tese de Doutorado. Campinas: UNICAMP, 1989.

CARVALHO, R. E. **Educação inclusiva: com os pingos nos "is"**. 4 ed., Porto Alegre: Ed. Mediação, 2006.

CARVALHO, R. E. **Removendo Barreiras para a Aprendizagem**. Porto Alegre: Mediação, 2000.

CÉSAR, M. A escola inclusiva enquanto espaço-tempo de diálogo de todos e para todos. In D. Rodrigues (Ed.), **Perspectivas sobre inclusão: da educação à sociedade**. Porto: Porto Editora, 2003, p. 117-149.

CHAGAS, P. S.; MANCINI, M.C.; BARBOSA, A. P.; SILVA, P.T.G. **Análise das intervenções utilizadas para a promoção da marcha em crianças portadoras de Paralisia Cerebral: uma revisão Sistemática da Literatura**. **Rev. Bras. Fisioter**, v.8 n. 2, p. 155-165, 2004.

CIDADE, R. E.; FREITAS, P. S. Educação Física e Inclusão: Considerações para a Prática Pedagógica na Escola. **Integração**, v.14, p. 27-30, 2002. Edição Especial.

CONNOR-KUNTZ, F.J.; DUMMER, G.M.; PACIOREK, M.J. Physical education and sport participation of children and youth with spina bifida and myelomeningocele. Adapted **Physical Activity Quarterly**, Champaign, v.12, p.228-238, 1995.

CORBETT, J.; SLEE, R. An international conversation on inclusive education. In F. Armstrong, D. Armstrong, & L. Barton (Eds.), **Inclusive education: policy, contexts and comparative perspectives**. London: David Fulton Publishers, p. 133-146, 2000.

COSTA, A. M. B. A Educação inclusiva dez anos após Salamanca: reflexões sobre o caminho percorrido. **Educação inclusiva: Estamos a Fazer Progressos?** In: David Rodrigues. Faculdade de Motricidade Humana: Cruz Quebrada, 2006.

DALL'ACQUA, M. J. C. **Estimulação da visão subnormal de uma criança no ambiente escolar: um estudo de caso**. Tese de Doutorado. São Carlos: UFSCar, 1997.

DIAMENT, A; CYPEL, S. **Neurologia infantil**. 3.ed. São Paulo: Atheneu, 1996.

DÍEZ, A. M. El camino hacia la inclusión en España: una revisión de las estadísticas de Educación Especial. **Revista de Educación**. Madrid, n.327, p. 395-414, ene./abr.,2002.

DYSON, A. Inclusion and inclusions: theories and discourses in inclusive education. In H. Daniels & P. Garner (Eds.), **World yearbook of education 1999: Inclusive education**. London: Kogan Page, 1999, p. 36 – 53.

ECHEITA, G.; SANDOVAL, M. Educación inclusiva o educación sin exclusiones. **Revista de Educación**, n. 327, p.31-48, 2002.

FÁVERO, E. A. G. Direito à Educação das Pessoas com Deficiência. **Revista CEJ**, Brasília, n. 26, p. 27-35, jul./set. 2004.

FERREIRA, W. B. Educação inclusiva: será que sou a favor ou contra uma escola de qualidade para todos? **Revista da Educação Especial**, Brasília: MEC, SEESP, a. 1, n.1, 2003.

FRANCO, J. R. & DIAS, T. R. S. A pessoa cega no processo histórico: um breve percurso. **Revista Benjamim Constant**, Rio de Janeiro: IBCENTRO, a.11, n.30, 2005.

FREIRE, S. Um olhar sobre a inclusão. **Revista da Educação**, v. XVI, n. 1, p. 5 -20, 2008.

FREITAS, A.; DE LEUCAS, C. O desafio da inclusão: o professor de Educação Física e a construção do processo de ensino e aprendizagem com a participação de um aluno com deficiência. **Anais...XVI CONBRACE / III CONICE**, Brasil, jul. 2009. Disponível em:
<<http://www.rbceonline.org.br/congressos/index.php/CONBRACE/XVI/paper/view/422/630>>. Acesso feito em: 05 Mar. 2011.

GIMENEZ, R. A inclusão de indivíduos portadores de necessidades especiais nas aulas regulares de Educação Física: repensando sobre a prática. *Revista Digital Efdeportes*. Buenos Aires, a. 11, n. 98, Julio, 2006. Disponível em:
<<http://www.efdeportes.com/efd98/inclusao.htm>> Acesso em 15 de Dezembro 2010.

GLAT, R.; NOGUEIRA, M. L. de L. Políticas educacionais e a formação de professores para a educação inclusiva no Brasil. **Revista integração**. Brasília: MEC/SEESP, v. 24, a. 14, p. 22-27, 2002.

_____; FERREIRA, J. R.; OLIVEIRA, E. S. G.; SENNA, L. A. G. Panorama Nacional da educação inclusiva no Brasil. **Relatório de consultoria técnica**, Banco Mundial, 2003. Disponível em: <www.cnotinfor.pt/projectos/worldbank/inclusiva>. Acesso em: mar./2010

_____; FONTES, R. de S.; PLETSCHE, M. D. Uma breve reflexão sobre o papel da Educação Especial frente ao processo de inclusão de pessoas com necessidades educacionais especiais em rede regular de ensino. **Revista Inclusão Social**, Duque de Caxias/RJ, n. 6, p. 13-33, nov. 2006.

GOMES, C., SANTOS C. A., UBIRATAM J. S. Paralisia Cerebral. In: LIANZA, S. **Medicina de reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2001. p.281-282.

GONZÁLEZ, J. A. T. **Educação e diversidade** : bases didáticas e organizativas. Porto Alegre: Artmed, 2002.

GONZÁLEZ. R. C.; SEPÚLVEDA. R.F.C. .Tratamiento clínico (no quirúrgico) de la espasticidad en la parálisis cerebral. **Neurologia**, Barcelona, v. 34, n.1, p. 1-6, 2002.

GORGATTI, M.G. **Educação Física escolar e inclusão**: uma análise a partir do desenvolvimento motor e social de dolescentes com deficiência visual e das atitudes dos professores. Tese de Doutorado (Escola de Educação Física e Esporte) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

_____; COSTA, R. F. **Atividade Física adaptada**: qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais. Barueri: Manole, 2005.

GUTIERRES FILHO, P. Depoimento: o despreparo do futuro professor de Educação Física diante das pessoas com necessidades educativas especiais. **Temas sobre Desenvolvimento**, São Paulo, v.11, n.61, p.45-47, 2002.

HORT, I. C.; FISCHER, J. **Educação Física: Caminho para uma prática inclusiva, 2009**.Disponível em: Instituto Catarinense de Pós-Graduação – <www.icpg.com.br>. Acesso em: 03 de janeiro de 2010.

IVERSON, A. M. Estratégias para o Manejo de uma sala de aula inclusiva. In: Stainback; W. Stainback. **Inclusão**: um guia para educadores. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KARAGIANNIS, A.; STAINBACK, S.; STAINBACK, W. Visão histórica da inclusão. In: STAINBACK, S.; STAINBACK, W. (Orgs.), **Inclusão**: um guia para educadores.Tradução de M. F. Lopes. Porto Alegre: Artmed, p. 35-47, 1999.

KASSAR, M.C.M.; OLIVEIRA, A. D; SILVA, G. A. M.. Inclusão em escolas municipais: análise inicial de um caso. **Educação**, Santa Maria, v. 32, n. 2, p. 397-410, 2007. Disponível em: <http://www.ufsm.br/ce/revista>. Acesso em: 12 de jan. de 2011.

LACERDA, C. B. F. O que dizem/sentem alunos participantes de uma experiência de inclusão escolar com aluno surdo. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, Mai.-Ago, v.13, n.2, p.257-280, 2007.

LAPLANE, A. L. F. Uma análise das condições para a implementação de políticas de educação inclusiva no Brasil e na Inglaterra. **Educação & Sociedade**, v. 27, n. 96, p. 689-715, 2006.

LAVILLE, C.; DIONE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.** Porto Alegre: Artes Médicas; Belo Horizonte: EUFMG, 1999.

LEITÃO, A. **Paralisia Cerebral: diagnóstico, terapia e reabilitação.** 1 ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1983. p.437.

LEMOS, E. A Vivencia do Corpo Diferenciado. 5 ed. **Revista Educação e Família.** São Paulo: Escala, ano I, p. 39, 2002.

LEONTIEV, A. **O desenvolvimento do psiquismo.** [Tradutor Rubens Eduardo Frias]. São Paulo: Centauro, 2004.

LEVITT, S. **O tratamento da Paralisia Cerebral e do retardo motor.** São Paulo: Manole, 2001.

LÓPEZ-TORRIJO, M. La inclusión educativa de los alumnos con discapacidades graves y permanentes en la Unión Europea. **RELIEVE**, v. 15, n. 1, 2009.

LORENZINI, M.V. **Brincando a Brincadeira com a criança deficiente: novos rumos terapêuticos.** 1 ed. Barueri: Manole, 2002. 134 p.

MACEDO, L. C. **Participação e controle social na área de saúde: uma revisão bibliográfica.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

MANCINI, M. C.; FIÚZA, P. M.; REBELO, J. M.; MAGALHÃES, L. C.; COELHO, Z. A.; PAIXÃO, M. L.; GONTIJO, A. P. B.; FONSECA, S. T. Comparação do Desempenho de Atividades Funcionais em Crianças com desenvolvimento normal e em crianças com Paralisia Cerebral. **Arquivos Neuropsiquiatria**, v. 60, n.2 b, 2002.

_____; ALVES, A.C.M; SCHAPER, C.; FIGUEIREDO, E.M.; SAMPAIO, R.F.; COELHO, Z.A.C; et al.. Gravidade da Paralisia Cerebral e desempenho funcional. **Rev Bras Fisioter**, n.8, p.253-6, 2004.

MARCHESI, A. Desenvolvimento e educação de crianças surdas. In: COLL, C. et al., (org.) **Desenvolvimento psicológico e educação.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.172-174.

MAZZOTA, M. J. S. **Educação Especial no Brasil: História e Políticas Públicas**, São Paulo, Editora Cortez, 1996.

MENDES, E. G. Inclusão escolar com colaboração: unindo conhecimentos, perspectivas e habilidades profissionais. In L.A.R. Martins, J. Pires, G.N.L.P. Nascimento, (Orgs.). **Políticas e práticas educacionais inclusivas**. Natal: Editora da UFRN, n.1, 2008, p.19-51.

MICHELS, M. H. Gestão, formação docente e inclusão: eixos da reforma educacional brasileira que atribuem contornos à organização escolar. **Revista Brasileira de Educação**, v. 11, n. 33, set./dez.,2006.

MIRANDA, A. A. B. **História, deficiência e Educação Especial**. Reflexões desenvolvidas na tese de doutorado: A Prática Pedagógica do Professor de Alunos com Deficiência Mental, Unimep, 2003.

_____.; Educação Especial no Brasil: desenvolvimento histórico. **Cadernos de História da Educação**, n. 7, jan./dez, 2008. Disponível em:<<http://docs.google.com/gview?a=v&q=cache:ansTqKUZx0cJ:www.seer.ufu.br/index.php/che/article/view/1880/1564>>. Acessado em: 23 de setembro de 2010

MITTLER, P. **Educação inclusiva: contextos sociais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MORTON, R. E. Diagnosis and classification of cerebral palsy. **Current Paediatrics**, n.11, p.64-67, 2001. Disponível em: <<http://www.idealibrary.com>> Acesso em : 20 abr. 2003.

MUNSTER, M. A. V.; ALMEIDA, J. J. G. Atividade física e deficiência visual. In: GORGATTI, M.G.; COSTA, R.F. **Atividade Física adaptada** :qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais. Barueri, Manole, 2008, p. 28-76.

NEIRA, M. G. **Educação Física**: desenvolvendo competências. São Paulo: Phorte, 2003.

NELSON C.A. Paralisia Cerebral. In: Umphered DA. **Fisioterapia neurológica**. 2ª ed. São Paulo: Manole, 1994, p. 237-256.

OBRUSNÍKOVÁ, I.; VÁLKOVÁ, H. Y BLOCK, M.E. Impact of inclusion in general physical education on students without disabilities. **Adapted Physical Activity Quarterly**, n.20, p. 230-245, 2003.

OLIVEIRA, V. M. de. O que é Educação Física. São Paulo: Brasiliense, 1990.

OLIVEIRA, R. A. R. Direito à inclusão: uma longa, tortuosa e dura conquista. **Educação Temática Digital**, Campinas SP, v.7, n. esp., p.144-153, jun, 2006.

PADILHA, S. M. A.; FREITAS, S. N. A Educação Física Adaptada no contexto da escola inclusiva. **Cinergis**, n.3, v.1, p. 23-32, 2002.

PAIM, M.C.C. Reflexões sobre Educação Física escolar. **Revista Kinesis**, Santa Maria, n.26, p.158-166, 2002.

PALLA, A.C.; MAUERBERG DE CASTRO, E. Atitudes de professores e estudantes de Educação Física em relação ao ensino de alunos com deficiência em ambientes inclusivos. **Revista da Sociedade Brasileira de Atividade Motora Adaptada**, v.9, n.1, p.25-34, 2004.

PAPAZIAN, O.; ALFONSO, I. Reabilitación motora de los niños con parálisis cerebral. **Neurologia Clinica**, Barcelona, v. 2, n.1, p. 236-248, 2001.

PASCUAL, J. M.; KOENIGSBERGER, M.R. Parálisis cerebral: factores de riesgo prenatales. **Neurologia**, Barcelona, v. 37, n.3, 2003.

PEDRINELLI, V.J. Possibilidades na diferença: o processo de "inclusão" de todos nós. **Integração**, Brasília, v.4, p. 31-34, 2002. Edição Especial.

_____; VERENGUER, R.C.G. Educação Física adaptada: introdução ao universo das possibilidades. In: GORGATTI, M.G.; COSTA, R.F. **Atividade Física adaptada: qualidade de vida para pessoas com necessidades especiais**. São Paulo: Manole, 2005.

PLETSCH, M. D. **O professor itinerante como suporte para educação inclusiva em escolas da Rede Municipal de Educação do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

RATLIFFE, K. T. A Típica Criança em Desenvolvimento. **In: Fisioterapia na Clínica Pediátrica**. São Paulo: Santos, 2000.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1985.

RIZZO, T.L.; LAVAY, B. Inclusion: why the confusion? *JOPERD*, **Reston**, v.71, n.4, 2000.

ROCHA, L. R.; CAMPOS, F. G.; ALVES, E. M. SANTANA, É. A.; VAZ, A. C. P.; SANTOS, M.D.; SOUZA E SILVA, R. P. **A capacitação para o trabalho inclusivo de professores de Educação Física na rede pública de ensino em Catalão-GO**. Anais ...do XVI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte e III Congresso Internacional de Ciências do Esporte Salvador, Bahia , 20 a 25 de setembro de 2009.

RODRIGUES, D. **A Educação Física perante a educação inclusiva: Reflexões conceituais e metodológicas**. Soc. Port. Boletim de Ed. Física, 23/24: p.73-80, 2003.

_____. **Inclusão e Educação**: doze olhares sobre a educação inclusiva. S. Paulo: Summus, 2006.

ROSA BLANCO, G. .Hacia uma Escuela para todos y com todos. **Projecto principal de educación**, Santiago, n.48, 1999.

ROTTA ,N.T. Paralisia Cerebral: novas perspectivas terapêuticas. **J Pediatr**, n. 78, v., p. 48-54, 2002.

RUBISTEIN, S. **A criança com Paralisia Cerebral no contexto familiar** [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.

SÁNCHEZ, P. A. A educação inclusiva: um meio de construir escolas para todos no século XXI .**Inclusão: Revista da Educação Especial**, Out. 2005. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/inclusao.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2010.

SANTIN, S. **Educar e profissionalizar**. Ed. Est, Porto Alegre/RS, 1999.

SANTIN, S. **Educação Física**: educar e profissionalizar. Porto Alegre: Edições EST, 1998.

SANTOS, C. S.; MARQUES, M. A. R. **Políticas públicas de inclusão escolar dos alunos que apresentam necessidades educacionais especiais** AANEE: a relação entre formação de professores e realidade educacional. Disponível em <www.rizoma.ufsc.br/semint/trabalhos> Acesso 21 dezembro 2003

SANTOS, J.B. A “dialética da exclusão/inclusão” na história da educação de ‘alunos com deficiência’. **Revista da FAEEBA- Educação e Contemporaneidade**, Salvador, v. 11, nº 17, p. 27-44, jan/jun, 2002.

SASSAKI, R. K. Inclusão: o paradigma do século 21. **Inclusão:Revista da Educação Especial**, 2005.

SCHWARTZMAN, J.S. Paralisia Cerebral. **Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral**. Mannon, v.1 , n.1, p. 4-17, 2004.

SEABRA JÚNIOR, L.; SILVA, R.F.; ARAÚJO, P. F.; ALMEIDA, J. J.G. Educação Física Escolar e inclusão: de que estamos falando. **Revista Digital Efdeportes**, Buenos Aires – a. 10, n. 73, Jun., 2004. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd73/inclusao.htm>> Acesso em: 05 de Janeiro de 2010.

_____. Inclusão, **Necessidades Especiais e Educação Física: Considerações sobre a Ação Pedagógica no Ambiente Escolar**. 2006. 119f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

SHEPHERD, R. **Fisioterapia em Pediatria**, São Paulo: Santos, 1996. 421p.

SIEDENTOP, D.; TANNEHILL, D. **Developing teaching skills in physical education**. San Diego: Mayfield, 2000.

SILVA, O. M. A Epopéia Ignorada - **A Pessoa Deficiente na História do Mundo de Ontem e de Hoje**. CEADAS: São Paulo, 1986.

SILVA, R. **O processo de integração da pessoa portadora de deficiência mental no ensino regular municipal de Florianópolis**. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

_____. **Características do estilo de vida e da qualidade de vida de professores do ensino superior público em Educação Física.** Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SINGAL, N. Adopting an ecosystemic approach for understanding inclusive education: an Indian case study. **European Journal of Psychology of Education**, n.XXI, v.3, p. 239-252, 2006.

SOUZA, A. M.C. **Paralisia Cerebral. Aspectos práticos** . São Paulo: Mennon, 1998.

STAINBACK, S.; STAINBACK, W. **Inclusão: um guia para educadores.** Trad. Magda França Lopes. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

TAFFAREL, C. N. Z.. A Perspectivas Pedagógicas em Educação Física. In: GUEDES, O. C. (org.). **Atividade Física: uma abordagem multidimensional.** João Pessoa: Idéia, 1997, p.106-130.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

_____; MOLINA NETO, VICENTE. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa na Educação Física: alternativas metodológicas.** Porto Alegre: UFRGS/SULINA, 1999.

TUBINO, M. J. G. **As Dimensões Sociais do Esporte.** São Paulo: Autores Associados, 1992.

_____; DACOSTA, L. História do Esporte. In: DaCosta, L. (Org.) **Atlas do Esporte no Brasil.** Rio de Janeiro: CONFEF, 2006

UNESCO. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais.** Brasília: CORDE, 1994.

_____. **Década da Educação das Nações Unidas para um Desenvolvimento Sustentável, 2005-2014:** documento final do esquema internacional de implementação. Brasília: UNESCO, 2005.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos da UDESC**: tese, dissertação, monografia, trabalho de conclusão de curso e relatório de estágio. 2 ed. Florianópolis, UDESC, 2008

VASH, C. **Enfrentando a deficiência: a manifestação, a psicologia, a reabilitação**. São Paulo: Pioneira/EDUSP, 1988.

WINNICK, J. **Educação Física e esportes adaptados**. Barueri, Manole, 2004.

YOKOCHI, K. Motor functions in non-ambulatory children with spastic diplegia and periventricular leukomalacia. **Brain & Development**, Japão, v.23, p.327-332, Mai., 2001. Seção: Original Article. Disponível em: <www.elsevier.com/locate/braindev> Acesso em: 09 de ago. 2003.

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1 -	Planilha de acesso às bases de dados	78
Apêndice 2 -	Fichamento do referencial teórico	79

Apêndice 1. Planilha de acesso às bases de dados

Data:/...../..... Horário: Local de Acesso:.....

Base de Dados:

URL Primária:

Link 1:

Link 2:

Link 3:

URL Secundária:

Link 1:

Link 2:

Link 3:

Assunto:

Parte (s) Utilizada:

Destino no Texto:

Tipo de Dado/Fonte:

Referência Completa:

.....

.....

Resumo Analítico:

.....

.....

.....

.....

Resumo Crítico:

.....

.....

.....

.....

Observações:

.....

.....

.....

.....

Apêndice 2 . Fichamento do referencial teórico

Data:/...../..... **Local/Biblioteca:**.....

Referência Completa:
.....
.....

Tipo de Dado/Fonte:

Assunto:

Parte (s) Utilizada (s):

Destino no Texto:

Resumo Analítico:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Resumo Crítico:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Observações:
.....
.....
.....
.....