

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
(MESTRADO PROFISSIONAL)**

GABRIELA MACIEL ALVES

**PERCEPÇÃO DOS PROFESSORES DE ENSINO REGULAR SOBRE O PREPARO
DO DOCENTE PARA ATUAR JUNTO A CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA
INTELECTUAL E TRANSTORNOS MENTAIS NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO
INCLUSIVA E INTEGRALIDADE EM SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, como requisito parcial para obtenção para o título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiane Ferraz
Co-orientadora: Profa. Dra. Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões

CRICIÚMA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

A474p Alves, Gabriela Maciel.

Percepção dos professores de ensino regular sobre o preparo do docente para atuar junto a crianças com deficiência intelectual e transtornos mentais na perspectiva da educação inclusiva e integralidade em saúde / Gabriela Maciel Alves. - 2017.

160 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2017.

Orientação: Fabiane Ferraz.

Coorientação: Priscyla Waleska Targino de Azevedo Simões.

1. Crianças com deficiência mental. 2. Incapacidade intelectual. 3. Integralidade em saúde. 4. Professores de crianças com deficiência. 5. Educação inclusiva. 6. Professores - Formação continuada. I. Título.

CDD 23. ed. 371.92

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC


GABRIELA MACIEL ALVES

PERCEPÇÃO DOS PROFESSORES DE ENSINO REGULAR SOBRE O PREPARO DO DOCENTE PARA ATUAR JUNTO A CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA INTELLECTUAL E TRANSTORNOS MENTAIS NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA E INTEGRALIDADE EM SAÚDE


Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Gestão do Cuidado e Educação em Saúde, no Programa de Pós-Graduação em Saúde[®] Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 22 de dezembro de 2017

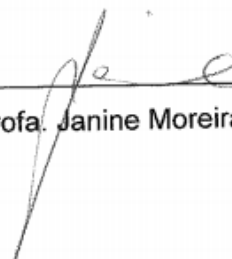
BANCA EXAMINADORA



Profa. Fabiane Ferraz – Doutora - Orientador



Profa. Cristiane Damiani Tomasi – Doutora (UNESC)



Profa. Janine Moreira – Doutora (UNESC)

Folha Informativa

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT.

Este trabalho foi realizado no cenário de práticas da Educação Fundamental I, no Ensino Regular com professores de crianças com Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais de uma Rede de Educação Municipal de Santa Catarina.

Dedico este trabalho a todos os professores e suas equipes
diretivas, atuantes com crianças com deficiência intelectual e
transtornos mentais participantes, que generosamente
compartilharam de suas vivências e percepções, tornando
possível este estudo.

Agradecimentos

A Deus por cuidar de cada detalhe, me amparar e inspirar em todo momento;

À minha orientadora Profa. Dra. Fabiane Ferraz mais que preciosa por toda dedicação, paciência, generosidade, atenção comigo e aprendizado com essa construção;

À minha amável co-orientadora, Profa. Dra. Priscyla W. T. de Azevedo Simões, que prontamente se dispôs a participar dessa construção com muita dedicação e generosamente se fez presente;

Aos dedicados bolsistas que me assistiram, Elieser Pepper Nascimento e Diego Floriano de Souza;

À Secretaria Municipal de Educação, que prontamente abriu o espaço para a realização desse estudo;

Aos educadores participantes e diretores das escolas, que viabilizaram a construção da pesquisa;

À minha coordenadora, Daiane Bento, por generosamente compreender esse momento, me incentivar e colaborar em todo o tempo;

A familiares e amigos, que me auxiliaram e estiveram ao meu lado. Especialmente a minha amada mãe, Suzana Maciel; amiga, irmã Deise Patrício S. Dal Pozzo e amiga Anelise Martins, minhas maiores incentivadoras;

Aos pais da minha orientadora, Sr. Wilmar e dona Iracema, que atenciosamente me receberam, auxiliaram no momento inicial de levantamento de informações para a pesquisa;

À Banca Examinadora de qualificação e defesa, Profas. Dras. Vânia Marli Schubert Backs, Luciane Bisognin Ceretta, Cristiane Damiani Tomasi e Janine Moreira, por compartilhar o seu tempo e conhecimentos, na análise e aprimoramento desse trabalho;

Ao programa de mestrado e a todos que se envolveram neste processo;

A todos, meus agradecimentos!

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”.

Paulo Freire.

RESUMO

No Brasil, a educação como direito de todos, passou a ganhar força e o direito de acesso ao ensino se estendeu às crianças com necessidades educacionais especiais. Mediante provocações para a inclusão e aceitação dos estudantes em sua subjetividade e integralidade, independentemente de suas limitações, temáticas como, Deficiência Intelectual (DI) e Transtornos Mentais (TM), foram se apresentando como fragilidades, no âmbito educacional, dentre as propostas de inclusão e da atuação docente. Objetivo: analisar a percepção dos professores sobre o conhecimento dos docentes da rede municipal de ensino fundamental (I) sobre DI e TM na infância e como se preparam para atuar com esses escolares. Método: estudo transversal, descritivo, quantitativo, realizado em 52 escolas de ensino fundamental (I) de um município do Sul de Santa Catarina. A amostra foi probabilística, aleatória, totalizando 220 professores. A coleta de dados foi realizada mediante questionário fechado autoaplicável com 35 questões. A análise estatística foi realizada no software SPSS versão 23.0. O Teste de Kruskal Wallis (sucedido pelo Teste post-hoc de Dunn) foi utilizado para quantificar a distribuição do escore de conhecimento em relação a forma de atuação dos professores junto aos alunos; para as variáveis categóricas em relação ao desfecho, utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson. A Regressão Logística Binária foi utilizada na análise multivariada, sendo estimado o Odds Ratio e respectivos intervalos de confiança 95%. Para todos os testes foi considerado como significativo $p < 0,05$. O estudo deriva-se de um macroprojeto aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob protocolo n. 1.870.511. Resultados: mediante análise multivariada, para o desfecho relacionado a atuação dos professores junto aos alunos com DI, os fatores de risco associados a deficiência na atuação foram: Pouca participação em cursos (OR=8,293; IC95%: 1,558-44,144); autopercepção menor de conhecimento relacionado a atuação junto aos alunos com DI (OR=20,508; IC95%: 3,195-131,631); não se sentir capacitado para identificar uma criança com sinais de DI (OR=29,675; IC95%: 6,580-133,831); não receber informações/orientações sobre como trabalhar com estudantes com DI pela equipe pedagógica (OR=13,853; IC95%: 1,720-111,568). Para o desfecho relacionado a atuação junto aos alunos com TM, os fatores de risco associados a dificuldade de atuação foram: professores não terem em sua formação disciplina voltada ao tema (OR=17,751; IC95%: 1,530-205,893); autopercepção menor de conhecimento relacionado a atuação junto aos alunos com TM (OR=14,834; IC95%: 1,166-188,743); conhecimento insatisfatório TM (OR=13,205; IC95%: 1,653-105,462); não se sentir capacitado para identificar uma criança com sinais de TM (OR=10,660; IC95%: 1,452-78,271); não receber informações/orientações sobre como trabalhar com alunos com TM pela equipe pedagógica (OR=9,822; IC95%: 1,041-92,631). Conclusão: os achados expressaram na percepção dos participantes sobre a falta de preparo para atuação docente com esse público, indicaram associação entre a atuação/condução docente e a dificuldade de organizar as propostas pedagógicas, conhecimento incipiente sobre DI e TM, pouca contribuição dos cursos oferecidos para a prática em sala de aula e baixo conhecimento sobre a oferta de cursos de instrumentalização sobre esses temas. Recomenda-se novos estudos sobre o reconhecimento de como ocorrem as ações de instrumentalização docente para atuação com esse público.

Palavras-chave: Deficiência Intelectual. Transtornos Mentais. Integralidade em Saúde. Inclusão Educacional. Educação continuada.

ABSTRACT

In Brazil, education as a right for all, came to gain strength and the right of access to education was extended to children with special educational needs. Through provocations for the inclusion and acceptance of students in their subjectivity and comprehensiveness, regardless of their limitations, themes such as Intellectual Disability (ID) and Mental Disorders (MD), were presented as weaknesses, within the educational scope, among the inclusion proposals and teaching performance. Objective: to analyze the teachers' perception about the knowledge of teachers of the municipal elementary school network (I) about ID and MD in childhood and how they prepare to work with these students. Method: cross-sectional, descriptive, quantitative study carried out in 52 elementary schools (I) of a municipality in the south of Santa Catarina. The sample was random, probabilistic, totaling 220 teachers. Data collection was performed using a self-administered closed questionnaire with 35 questions. The statistical analysis was performed in SPSS software version 23.0. The Kruskal Wallis Test (succeeded by the Dunn Post-hoc Test) was used to quantify the distribution of the knowledge score in relation to the way teachers act together with the students; for the categorical variables in relation to the outcome, the Pearson Chi-square test was used. The Binary Logistic Regression was used in the multivariate analysis, estimating the Odds Ratio and respective 95% confidence intervals. For all tests it was considered significant $p < 0.05$. The study is derived from a macro project approved by the Committee on Ethics in Research with Human Beings, under protocol n. 1,870,511. Results: a multivariate analysis, for the outcome related to the performance of the teachers with the students with ID, the risk factors associated with the deficiency were: Low participation in courses (OR=8.293; 95%CI:1.558-44.144); self-perception of knowledge related to the performance of students with ID (OR=20,508, 95%CI:3,195-131,631); did not feel able to identify a child with ID signs (OR=29.675; 95%CI:6.580-133.831); (OR=13,853, 95%CI:1,720-111,568). In the present study, we did not receive information/guidance about how to work with students with ID by the pedagogical team. For the outcome related to the performance of students with MD, the risk factors associated with difficulty in acting were: teachers did not have a discipline focused on the subject (OR=17,751, 95%CI:1,530-205,893); self-perception of knowledge related to the performance of students with MD (OR=14,834; 95%CI: 1,166-188,743); unsatisfactory knowledge MD (OR=13,205; 95%CI:1,653-105,462); did not feel able to identify a child with MD signs (OR=10.660; 95%CI:1.452-78.271); did not receive information/guidance on how to work with students with MD by the pedagogical team (OR=9.822; 95%CI:1.041-92.631). Conclusion: the findings expressed in the participants' perception about the lack of preparation for teaching with this public, indicated an association between the teaching performance and the difficulty of organizing the pedagogical proposals, incipient knowledge about ID and MD, little contribution of the offered courses to practice in the classroom and low knowledge about the offer of courses of instrumentalization on these subjects. New studies on the recognition of how the actions of teaching instrumentation to act with this public are recommended are recommended.

Keywords: Intellectual Disability. Mental Disorders. Integrality in Health. Mainstreaming (Education). Education, Continuing

Listas de Tabelas

Tabela 1 - Identificação dos participantes da pesquisa.....	63
Tabela 2 - Educação formal e permanente sobre Deficiência Intelectual e Transtorno Mental.....	65
Tabela 3 - Conhecimento relacionado à Deficiência Intelectual e Transtorno Mental.....	67
Tabela 4 - Habilidades para identificação e atuação junto a estudantes com Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais.....	69
Tabela 5 – Habilidades para atuação docente com estudantes com Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais.....	71
Tabela 6 – oferta de informações e orientações sobre como atuar/agir com estudantes com DI e TM.....	72
Tabela 7 – Serviços e profissionais reconhecidos pelos professores como locais em que as crianças devem ser encaminhadas para avaliação e acompanhamento.....	73
Tabela 8 – Posição dos professores do ensino fundamental I sobre a inclusão de estudantes com DI e/ou TM no ensino regular em sala de aula.....	74
Tabela 9 - Características da educação formal e permanente sobre DI e/ou TM estratificadas pela atuação docente.....	76
Tabela 10 - Conhecimento sobre Deficiência Intelectual e diferentes tipos de Transtornos mentais estratificado pela atuação docente.....	79
Tabela 11 - Habilidades para identificação e atuação junto a estudantes com Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais estratificadas pela atuação docente.....	81
Tabela 12 - Habilidades para atuar/ agir com estudantes com Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais estratificadas pela atuação docente.....	84
Tabela 13 - Serviços e profissionais reconhecidos pelos professores como locais em que as crianças devem ser encaminhadas para avaliação e acompanhamento, estratificadas pela atuação docente.....	87
Tabela 14 - Análise univariada das características dicotomizadas dos participantes da pesquisa sobre Deficiência Intelectual estratificadas pela atuação docente.....	89
Tabela 15 - Análise univariada das características dicotomizadas da educação formal e permanente sobre Deficiência Intelectual estratificadas pela atuação docente.....	90
Tabela 16 – Análise univariada das características dicotomizadas do conhecimento relacionado à Deficiência Intelectual estratificada pela atuação docente.....	91
Tabela 17 - Análise univariada das características dicotomizadas das habilidades para identificação e atuação junto a estudantes com Deficiência Intelectual estratificadas pela atuação docente.....	92
Tabela 18 - Análise univariada das características dicotomizadas das habilidades para atuação com estudantes com Deficiência Intelectual estratificadas pela atuação docente.....	94

Tabela 19 - Análise univariada das características dicotomizadas das habilidades de encaminhamento de estudantes com Deficiência Intelectual estratificadas pela atuação docente.....	95
Tabela 20 - Modelo final resultante da Regressão Logística para a atuação docente associado a Deficiência Intelectual.....	96
Tabela 21 - Análise univariada das características dicotomizadas dos participantes da pesquisa sobre Transtornos Mentais estratificadas pela atuação docente.....	97
Tabela 22 - Análise univariada das características dicotomizadas da educação formal e permanente sobre Transtornos Mentais estratificadas pela atuação docente.....	98
Tabela 23 - Análise univariada das características dicotomizadas do conhecimento relacionado aos Transtornos Mentais e demais transtornos estratificados pela atuação docente.....	99
Tabela 24 - Análise univariada das características dicotomizadas das habilidades para identificação e conduta junto a estudantes com Transtornos Mentais estratificadas pela atuação docente.....	100
Tabela 25 - Análise univariada das características dicotomizadas das habilidades para atuação com estudantes com Transtornos Mentais estratificadas pela atuação docente.....	101
Tabela 26 - Análise univariada das características dicotomizadas das habilidades de encaminhamento de estudantes com Transtornos Mentais estratificadas pela atuação docente.....	102
Tabela 27 - Modelo final resultante da Regressão Logística para a atuação docente associada aos Transtornos Mentais.....	103

Lista de Gráficos

Figura 1 – Auto percepção em relação ao conhecimento / instrução sobre Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais.....	68
Figura 2 – Auto percepção em relação ao conhecimento / instrução sobre Deficiência Intelectual	78
Figura 3 – Percepção em relação ao conhecimento / instrução sobre Transtorno Mental.....	78

Lista de Siglas

AEE	Atendimento Educacional Especializado
AIB	Ação Integralista Brasileira
APA	Associação Americana de Psiquiatria
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSI	Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CER	Centro Especializado de Educação
CIAC	Centros Integrados de Atendimento a Crianças
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIEPS	Centros Integrados de Educação Pública
CNESP	Centro Nacional de Educação Especial
CONEP	Conselho Nacional de Saúde
DI	Deficiência Intelectual
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IC	Intervalo de Confiança
INES	Instituto Nacional de Educação de Surdos
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
LDBEN	Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
NCE	Núcleo de Cooperação Educacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OR	Odds Ratio
PNE	Plano Nacional de Educação
PSE	Programa Saúde na Escola
QI	Quociente de Inteligência
REM	Rede de Educação Municipal
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SM	Saúde Mental
SME	Secretaria Municipal de Educação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	Software Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TM	Transtorno Mental
TOD	Transtorno Opositor Desafiante
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.2 JUSTIFICATIVA.....	20
2 OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVO GERAL.....	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3 REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1 EVENTOS HISTÓRICOS E LEIS MARCANTES DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO	25
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA INCLUSIVA.....	28
3.3 EDUCAÇÃO INTEGRAL NO BRASIL: RECONHECIMENTO DO EDUCANDO EM SUA AMPLITUDE.....	35
4 MÉTODO	55
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	55
4.2 HIPÓTESE.....	55
4.3 LOCAL DO ESTUDO.....	55
4.4 POPULAÇÃO	56
4.4.1 Critérios de inclusão e exclusão	56
4.5 AMOSTRA	56
4.6 LOGÍSTICA E INSTRUMENTOS.....	57
4.7 VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES	59
4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	59
4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	60
5 ANÁLISE DOS DADOS	62
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFESSORES.....	62
5.2 ANÁLISE UNIVARIADA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES EM RELAÇÃO A ATUAÇÃO DOCENTE COM ESTUDANTES COM DI E/OU TM.....	73
5.3 ANÁLISE UNIVARIADA E MULTIVARIADA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES EM RELAÇÃO A ATUACAO DOCENTE	89
6 DISCUSSÃO	104
7 CONCLUSÃO	130

REFERÊNCIAS	135
APÊNDICES.....	142
APÊNDICE A.....	143
Questionário – professores da rede municipal de educação	143
APÊNDICE B.....	154
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	154
ANEXOS.....	158
ANEXO A	159
PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA	159

1 INTRODUÇÃO

A educação brasileira passou por várias reformas em suas políticas, normativas legais e bases estruturais em geral, no intuito de buscar a superação das condições educacionais excludentes, segregadoras e favorecer a ruptura das desigualdades sociais ao longo da história da educação. Estes movimentos possibilitaram compreender a educação como em processo de ressignificação a respeito do que representa o ato de ensinar, aprender e dos papéis dos professores e estudantes no ensino regular, considerando-se a educação enquanto direito de todos, sendo que este contexto teve importante influência também das propostas de educação inclusiva (REDIG, 2010).

O movimento mundial pela educação inclusiva foi instituído por ação política, cultural, social e pedagógica, em defesa do direito de todas as pessoas aprenderem e participarem do processo de ensino aprendizagem, sem discriminações de nenhuma ordem. A educação inclusiva sustenta-se na concepção de direitos humanos e igualdade com equidade. Atenta para o reconhecimento das dificuldades enfrentadas nos sistemas de ensino e, nesse aspecto, procura apontá-las e propor alternativas para superá-las. Possui espaço central no debate da superação da lógica da exclusão na sociedade contemporânea com enfoque nos ambientes de ensino (BRASIL, 2007).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988, entre outros marcos históricos, fomentou esse movimento quando citou entre seus objetivos fundamentais, em seu artigo 3º, inciso IV, a necessidade de

[...] promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. [Ainda, em seu artigo 205, define] a educação, como direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e a qualificação para o trabalho. [O seu artigo 206, inciso I, estabelece entre seus princípios] a igualdade de condições de acesso e permanência na escola. [E o artigo 208, inciso III, expressa que é dever do Estado que se garanta a oferta de] atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino (BRASIL, 2012, p. 11 e 121-122) [grifos nossos].

No curso da história da educação houveram momentos de separações entre os estudantes ditos “normais” e “anormais”, “fortes” e “fracos”, entre outros. Essa forma de pensar a educação por muito tempo restringiu o acesso de muitas crianças às escolas públicas, inclusive não somente as que tinham deficiência.

A atual política de educação inclusiva surgiu também na busca por amenizar e superar os prejuízos decorrentes deste contexto de segregação supracitado, assumiu novo posicionamento diante do sistema educacional, ao propor e impulsionar em sua proposta diretrizes e práticas voltadas a inclusão dos grupos sociais que foram desfavorecidos no curso da história da educação (KASSAR, 2011).

Um passo importante neste sentido, foi a implementação do ensino especial pelo Governo Federal, como um dos caminhos para a integração de estudantes que demandam atendimento educacional especial. O diferencial dessa proposta é ofertar matrícula em classe comum do ensino regular em paralelo ao apoio de Atendimento Educacional Especializado (AEE) àqueles que necessitam complementar ou suplementar a escolaridade, ou seja, passa a ser proporcionado concomitantemente, tanto o ensino regular de base, como o de caráter especial no contra turno escolar, sendo que antes o ensino especial ocorria de maneira isolada (KASSAR, 2011).

A Educação Especial foi tratada como um serviço educacional especializado complementar, suplementar ou substitutivo à educação regular a partir da Resolução CNE/CEB 2/2001. O programa de implementação de Salas de Recursos Multifuncionais (2007) e o Decreto 6.571/2008 definem o *locus* privilegiado do Atendimento Educacional Especializado e reiteram a compreensão de Educação Especial como serviço complementar e suplementar à educação regular (GARCIA; MICHELLS, 2011, p. 112).

Nesse sentido, a Educação Especial é considerada por, força da Resolução nº 4, de 02 de outubro de 2009, em seu Art. 4º para fins de Diretrizes, o documento norteador do público-alvo do AEE, que são os estudantes com deficiência física, intelectual, mental ou sensorial, com transtornos globais do desenvolvimento que incluem nessa definição o autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses) e transtornos invasivos sem outra especificação e, por fim, estudantes com altas habilidades/superdotação (BRASIL, 2009a).

Nos últimos 10 anos, podemos observar intensos esforços do legislativo, entre as políticas e diretrizes da educação especializada com o forte envolvimento do setor da educação, na tentativa por transcender as históricas concepções do que representa o ato de educar. Apesar disso, o setor da educação ainda está consolidando a reorientação de suas práticas e concepções acerca do ensino inclusivo em nosso país (REDIG, 2010).

Além disso, entende-se que a inclusão educacional e superação das condições excludentes e segregadoras vão além da inserção no ensino regular dos educandos descritos como público de direito ao AEE. Certamente a educação avançou muito por meio da política de educação especial para a estruturação de direitos, metodologias pedagógicas que fazem significativos movimentos sociais inclusivos, mas, há um longo caminho para a inclusão com efetividade, seja frente ao público descrito como alvo, ou dos sujeitos referidos no sentido mais amplo da educação inclusiva, proposto pela Declaração de Salamanca em 1994.

Nesse sentido, pretendemos no presente estudo discorrer sobre a educação inclusiva em seu conceito ampliado, a qual abarca as propostas da educação especial, contudo, sustentada na visão inclusiva mais abrangente proposta pela da Declaração de Salamanca. Uma vez que, está orientada sua estrutura pelo princípio de que as escolas devem acomodar as crianças independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, linguísticas ou outras, incluindo crianças deficientes, superdotadas, pertencentes a minorias linguísticas, étnicas ou culturais e de outros grupos desfavorecidos ou marginalizados (BRASIL, 1994).

O termo “necessidades educacionais especiais” empregado na Declaração de Salamanca, refere-se a todas as crianças ou jovens, cujas necessidades educacionais ocorrem em função de deficiências ou dificuldades de aprendizagem. Dentre as quais é necessário buscar formas de educar as crianças incluindo, aquelas que possuem desvantagens severas e organizar os espaços educacionais para contemplar essas especificidades (BRASIL, 1994).

Dentro da lógica de suporte educacional da Declaração de Salamanca:

Escolas inclusivas devem reconhecer e responder às necessidades diversas de seus alunos, acomodando ambos os estilos e ritmos de aprendizagem e assegurando uma educação de qualidade [a todos através de um currículo apropriado, arranjos organizacionais, estratégias de ensino, uso de recurso e parceria com as comunidades] (BRASIL, 1994, p. 05) [grifos nossos]

Nessa perspectiva, as condições de saúde mental, os transtornos mentais e a deficiência intelectual configuram-se como um grande desafio e fragilidade no setor educacional brasileiro. Na literatura é possível encontrar depoimentos de educadores que referem dificuldades de atuação e/ou despreparo para atender as especificidades desta população em salas de aula do ensino regular, ao passo que torna-se, em alguns momentos, inviável contemplar os educandos em suas

especificidades de maneira inclusiva (MIRANDA, 2008; LEONARDO et al, 2009; MENDES, 2010; AZEVEDO et al, 2012; PEREIRA, 2013). Neste aspecto podemos ponderar que crianças com DI e TM também podem ser consideradas como grupos desfavorecidos, não necessariamente por vulnerabilidade social, mas dentro de uma lógica conservadora de ensino, pois apresentam demandas e especificidades que exigem do educador uma atuação diferenciada, em alguns momentos/aspectos, seja uma postura sensibilizada, ou, dependendo da criança, até mesmo adaptações de materiais para a realização das atividades do educando em sala de aula, que não são habituais as práticas educacionais dos professores, levando essas crianças a uma condição desvantajosa em determinados momentos.

As discussões e movimentos para o suporte de escolares com Deficiência Intelectual (DI) até ganharam força nos últimos anos. No entanto, com enfoque mais voltado às classes de AEE e instrumentalização de professores da educação especializada que atendem nesses espaços, havendo poucos estudos fazendo referência a formação em serviço dos educadores no ensino regular. Sendo de extrema relevância que os educadores do ensino especial e ensino regular possam dialogar e preparar-se para que se possa propagar uma formação inclusiva homogênea e atender de fato a esta população que carece de atenção diferenciada (REDIG, 2010; SOARES et al, 2014a).

As questões relacionadas à saúde mental, em paralelo, apresentam-se como temática ainda mais escassa, em termos de estudos relativos a propostas de suporte e instrumentalização de professores no ensino fundamental e médio, sendo expressa com maior intensidade como demanda específica do setor da saúde. A própria a Lei nº 10.216 de 4 de junho de 2001, que assegura os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, não discorre com o mesmo detalhamento e obstinação que as diretrizes e regulamentações propostas para o ensino envolvendo as deficiências (FERNANDES, 2013; BRASIL, 2014b). E fornece poucas especificações para a garantia do suporte, atuação/condução e acolhimento qualificado no ambiente educacional.

[...] as questões que envolvem a construção da doença mental têm sofrido modificações ao longo da história humana em um processo histórico-estrutural de exclusão/inclusão, portanto, com verdades historicamente produzidas e variadas. Por outro lado, existe uma ideia subjacente de que a loucura não é parte da esfera ou de competência, também, das proposições do processo ensino aprendizagem regular ou especial e, ainda, servindo para

fortalecimento de paradigmas que estabelecem uma linha divisória entre “normal” e “anormal”. Com a educação inclusiva, é necessário romper com paradigmas, a fim de estabelecer um novo lugar escolar implicado na diversidade em que a segregação de alunos e o distanciamento mútuo entre família e escola não são mais possíveis (SANCHES; OLIVEIRA, 2011, p. 415).

Como se pode observar nas discussões supracitadas, tanto as crianças com deficiência intelectual, quanto as que possuem transtornos mentais, exigem suporte diferenciado por parte dos educadores para que possam estar verdadeiramente integradas ao ensino fundamental regular na perspectiva da educação inclusiva, seja acerca de atuação/condução, adaptação de metodologias pedagógicas, materiais e/ou formas de avaliação. Para que não venham apenas a compartilhar do espaço de educação do ensino regular por força da lei, sem de fato, se inserirem ao processo de ensino aprendizagem, sem conseguirem atingir as propostas pedagógicas e conseqüentemente terem o seu processo de desenvolvimento socioeducativo afetado e suas potencialidades de resposta ao ambiente escolar restringidas.

Nesse contexto, acredita-se que essa análise irá promover reflexões e discussões sobre esse público no contexto educacional, com o intuito de mobilizar órgãos gestores de educação e os próprios educadores a práticas mais condizentes com esta realidade, para ampliar a inclusão dos estudantes com essas singularidades no ensino regular de maneira efetiva.

1.2 JUSTIFICATIVA

As temáticas de saúde mental (transtornos mentais) e de deficiência intelectual apresentam-se como fragilidade no setor da educação brasileiro. A literatura aponta depoimentos de educadores expressando dificuldades de atuação/condução docente e/ou despreparo que levam a inquietações frente à necessidade de adequar-se a inclusão destes grupos nas salas de aula do ensino regular, pois exigem compreensão de suas especificidades para que se possa atendê-las (MENDES, 2010; AZEVEDO et al, 2012; MIRANDA, 2008; LEONARDO et al, 2009; PEREIRA, 2013).

A deficiência intelectual até apresenta iniciativas em termos de discussões, ações voltadas ao suporte de escolares e à formação dos profissionais envolvidos,

mas com ênfase na educação especial, ou, sobre outros aspectos fogem a formação em serviço do professor do ensino fundamental, demonstrando certa escassez de estudos sobre esse enfoque, apesar das constantes recomendações de que para o exercício de uma educação inclusiva é necessário o preparo destes profissionais e dos espaços educacionais (REDIG, 2010; MELETTI; 2014).

Na literatura que busca responder a essas inquietações, fazendo alusão pontualmente ao ensino fundamental e preparo do professor, foram encontradas quatro dissertações de mestrado que chamam a atenção para a importância do preparo no ensino fundamental sobre deficiências visando a inclusão, intituladas: “A educação dos alunos com necessidades educacionais especiais nas escolas públicas municipais de 1ª fase do ensino fundamental de Anápolis - GO: inclusão ou exclusão?” realizada por Edna Aparecida de Oliveira em 2007; “Adequação curricular: Um caminho para a inclusão do aluno com deficiência intelectual” de Esther Lopes em 2010; “A inclusão do aluno com deficiência na rede municipal de ensino de Anápolis” de Sandra Maria de Souza Fernandes de 2013; “A educação inclusiva nas escolas públicas municipais de Anápolis nos anos iniciais do ensino fundamental e a formação docente” de autoria de Alves de 2010.

Os estudos supracitado discorrem sobre análises das políticas de implementação da educação inclusiva no sistema municipal de ensino fundamental e formação continuada dos professores na proposta inclusiva, com a intenção de elucidar questões voltadas à legislação para educação inclusiva no plano internacional, nacional e local, as necessidades para sua implementação e as condições e níveis de aprendizagem dos estudantes com deficiência incluídos na rede de AEE municipal de ensino (ALVES, 2014; ALVES, 2010, LOPES, 2010; FERNANDES, 2013; OLIVEIRA, 2007).

À inclusão de crianças com transtornos mentais, conforme disposto ao longo das explanações sobre essa temática, costuma abarcar as discussões e ações do setor da saúde de forma mais isolada, apesar de recorrentemente os estudos envolvem que saúde mental infanto-juvenil recomendarem o envolvimento da estrutura educacional, no processo do cuidado e de elaboração das ações e condutas voltadas a saúde mental, a este público. Integração essa que ainda se mostra frágil entre os setores da saúde e educação (SANTOS, 2006; AZEVEDO, et al 2012; FEITOSA et al, 2011; BRASIL, 2014a).

Infelizmente essa dicotomia é comum entre saúde e educação, exceto frente a referenciais sobre transtorno de *déficit* de atenção/hiperatividade (TDAH) e o Autismo que possuem maior espaço, no que compete atuação com esse público e cuidados em saúde para integração das crianças na escola e o preparo dos educadores na educação básica. Essa afirmação pode ser corroborada pela disponibilidade de guias e resultados de investigações neste contexto. Uma dissertação de mestrado - Caetano (2012) versa sobre “Avaliação de um programa de formação em serviço para professores na área de inclusão e autismo na escola comum”, bem como Araújo (2012) apresentou sua tese sobre o tema “Manejo comportamental pelo professor no contexto de sala de aula de alunos identificados com TDAH: desenvolvimento, implementação e avaliação de guia de intervenção” (ARAUJO, 2012; CAETANO, 2012).

O conhecimento da comunidade, de familiares, de professores e de outros profissionais de educação, sobre saúde mental favorece a identificação precoce e o tratamento de crianças com problemas de saúde mental. Porém, é de conhecimento que em nosso país, instrumentalizar os professores para de ações de promoção e/ou prevenção voltadas a saúde mental, ainda é um “nó crítico” na saúde mental, sendo que, se os professores fossem familiarizados, melhor instruídos acerca das condições de saúde envolvidas nas especificidades destes educandos, os efeitos seriam potencialmente grandes (PEREIRA, 2013).

Estudos dirigidos particularmente às discussões sobre necessidade de aperfeiçoamento dos professores do ensino fundamental regular, referente a transtornos mentais e suporte qualificado a essa demanda infanto-juvenil, no ambiente escolar, afirmam a urgência de qualificação dos educadores para melhor atender a essa demanda e pouca informação sobre saúde mental disponível para os professores. Alegando ser de extrema relevância o desenvolvimento de estratégias/ações de saúde mental na escola (SOARES, 2014).

Sobre esse tema, foram identificadas duas dissertações, o estudo de Sanches e Oliveira publicado em 2011, intitulado “Educação inclusiva e alunos com transtorno mental: um desafio interdisciplinar”, estudos de casos, de natureza descritiva, com ênfase nas representações sociais das famílias dos alunos com diagnóstico de Transtorno Mental, frente à perspectiva de sua inclusão em classe comum da rede de ensino e em um programa de educação especial no município de Indaiatuba; e, a dissertação de Celina Andrade Pereira sobre “Capacitação em saúde

mental para professores do ensino Fundamental e seu impacto no ambiente escolar” de 2013, ensaio clínico randomizado, em que foi desenvolvido um programa baseado na web para orientar e ajudar os professores do ensino fundamental no reconhecimento e atuação em sala com essas crianças (SANCHES; OLIVEIRA, 2011; PEREIRA, 2013; SOARES, 2014).

E ainda, uma revisão sistemática de 2014 sobre transtornos mentais e fatores associados em crianças e adolescentes ressaltou que existem poucos estudos de base populacional sobre transtornos mentais e fatores associados na infância (TRIENGO et al, 2014).

Os estudos supracitados corroboraram a necessidade de realizar pesquisas a fim de compreender como ocorre a atuação docente com crianças com DI e TM pelos professores no espaço regular de ¹ensino fundamental (I), com vistas a promover uma educação inclusiva que considera o educando em sua integralidade. Percebe-se o espaço do ensino regular como um potente ambiente para sinalizar demandas de acompanhamentos necessários para crianças ao setor da saúde, contudo, para que ocorra essa conversação entre educação e saúde, os professores precisam se sentir preparados para trabalhar com crianças que precisam desse atendimento diferenciado da saúde.

Assim, a partir das reflexões e justificativas expressas na introdução do presente estudo, pretende-se por meio desta pesquisa saber:

- Qual o preparo dos professores da rede municipal de ensino fundamental (I) para trabalhar com crianças que possuem TM e DI, a fim de promover uma educação integral inclusiva?

¹ Ensino fundamental I é destinado a crianças do ensino regular de 1º ao 5º ano.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a percepção dos professores sobre o conhecimento dos docentes da rede municipal de ensino fundamental (I) sobre deficiência intelectual e transtorno mental na infância e como se preparam para atuar com esses escolares.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar a percepção dos docentes sobre quais subsídios os professores da rede municipal de ensino fundamental (I) possuem para identificar sinais que expressam a necessidade de encaminhamento das crianças para avaliação e acompanhamento com profissionais da saúde.

Verificar a percepção dos docentes sobre a oferta de ações de educação permanente em saúde sobre deficiência intelectual e transtorno mental na infância junto a professores de ensino fundamental (I) regular.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A presente revisão de literatura está estruturada a partir dos seguintes tópicos: Histórico da Política Nacional de Educação; Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva Inclusiva; Educação Integral no Brasil: o reconhecimento o educando em sua amplitude; Educação Inclusiva e Integralidade da Atenção à Saúde; Transtornos Mentais na Infância; Deficiência Intelectual; Transtornos mentais e deficiência intelectual no ensino fundamental regular: demandas de suporte diferenciado; e, Educação Permanente em Saúde com Professores da Rede Municipal de Ensino.

3.1 EVENTOS HISTÓRICOS E LEIS MARCANTES DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO

A educação enquanto estrutura e política possui uma extensa trajetória até a sua consolidação estrutural, formas de funcionamento, normas diretrizes e bases atuais, nesse capítulo foram elencados, alguns eventos históricos e leis marcantes para a sua construção, que fortalecem a discussão deste estudo.

A Política Educacional no Brasil constitui-se como elemento que rege as medidas que o poder público executa referentes aos rumos da educação. Fazendo um resgate histórico é possível observar que a educação surge na Constituição Imperial, nas Disposições Gerais e das Garantias dos Direitos Cívicos e Políticos dos Cidadãos Brasileiros, que até faz menção à educação escolar no artigo 179, mas, sob uma compreensão de cidadão excludente e pouco representativa (CURY, 2005).

Na Revolução de 1930, entre os primeiros atos do novo governo, esteve a criação do Ministério da Educação e Cultura, bem como o Ministério da Saúde Pública. A seguir em 1931 o titular do Ministério da Educação e Cultura baixou vários decretos que agregavam as reformas de Francisco Campos, que englobavam a constituição do Conselho Nacional de Educação, Estatutos das Universidades Brasileiras e dos ensinos secundários e comerciais. Apesar do ensino primário não ter sido contemplado nessas reformas, houve passos significativos em relação a regulamentação da educação brasileira em âmbito nacional. Em 1932 foi lançado o Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova que apresentou um Plano de reconstrução educacional como documento da política educativa, transcendendo para

além da defesa da escola nova, reportando-se também para a defesa da escola pública, que em suas diretrizes acaba por influenciar o texto da Constituição de 1934 no capítulo sobre a educação (SAVIANI, 2005).

Na Constituição de 1934, no título 8º, art, 179, XXXII e XXXIII, houve referência à educação primária gratuita a todos os cidadãos, colégios e universidades, como direito regulamentado pela Lei de 15/10/1827, que pode ser considerada “a primeira” Lei de Diretrizes e Bases (LDB), a qual regulava carreira, salários, currículos e métodos ainda no tempo do Império. Até o final do império em virtude do Ato Adicional de 1834, a instrução primária era descentralizada e a cargo das Províncias, mantendo-se assim na República. O Governo central era responsável pelo ensino secundário e superior, tendo jurisdição sobre o ensino primário apenas o Distrito Federal e neste contexto estipulou várias reformas. Gustavo Capanema ingressou no Ministério da Educação e Cultura em julho de 1934 e deu sequência ao processo de reforma educacional, estabeleceu as leis orgânicas conhecidas por reformas capanemas, envolvendo o ensino industrial, secundário, comercial, normal primário e agrícola, contemplados pela criação do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) e do Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC). Com essas reformas o ensino primário foi reestruturado em ensino fundamental de quatro anos para crianças entre 7 e 12 anos, Ensino primário Supletivo, de dois anos para adolescentes e adultos. O ensino médio ficou organizado em dois ciclos com duração de quatro anos, e o colegial de três anos, horizontalmente ao técnico profissionalizante com ênfase em indústria, comércio e agricultura, onde o curso normal mantinha interface com o secundário (SAVIANI, 2005).

Entretanto, somente após a queda do Estado Novo, com a retomada do processo democrático em 18 de setembro de 1946, passou a vigorar uma nova Constituição que determinou como privativa da União a competência de estabelecer as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Como resposta a essa determinação, o ministro da educação, Clemente Mariani, enviou ao Congresso Nacional um projeto que, após longa e conturbada tramitação, resultou originalmente na Lei nº. 4.024 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, promulgada em 20/12/1961 (SAVIANI, 2005). A Lei de Diretrizes e Bases (LDB) dispõe sobre todos os elementos envolvidos no sistema educacional, desde os princípios gerais da educação escolar, as finalidades de recursos financeiros, formação e diretrizes da carreira dos profissionais do setor (BRASIL, 2010).

Nos anos 1960, com a Lei nº. 4.024, o ensino obrigatório dirigia-se às quatro primeiras séries do primário, para ingressar no ciclo ginásial era necessário realizar exame de admissão que limitava o acesso à continuidade do ensino. A partir da década de 1970, com a Lei nº. 5.692, a obrigatoriedade de instrução passou de 7 a 14 anos, abrangendo o ensino de 1º Grau, no qual o exame de admissão foi eliminado, o novo desafio era articular a oferta de preparação para o trabalho à educação geral a todos os estudantes. Na década de 1980, com o fim da ditadura militar, o tecnicismo e a profissionalização compulsória no ensino de 2º Grau aliada a desarticulação entre os três graus de ensino, haviam chegado ao limite, a proposta de integrar a educação geral com a formação para o trabalho desde o 1º Grau não alcançava seus objetivos, a exigência de profissionalização em todos os cursos do ensino de 2º Grau gerava desqualificação da formação de nível médio (WERLE, 2011).

Cumprido destacar que o período de 1961 foi de extrema relevância para a educação especial e em termos de movimento para a inclusão, no qual o atendimento educacional às pessoas com deficiência é fundamentado pelas disposições da Lei nº 4.024/61, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), que se reporta ao direito dos “excepcionais” à educação, preferencialmente dentro do sistema geral de ensino. Na década seguinte, é aprovada a Lei nº 5.692/71, que altera a LDBEN de 1961, ao definir “tratamento especial” aos alunos com deficiências físicas, mentais, estudantes que estão atrasados de maneira considerável para a idade regular de matrícula e os superdotados (BRASIL, 2007).

A Constituição de 1988 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) nº. 9.394, promulgada em 20/12/1996, reafirmam o Ensino Fundamental obrigatório e gratuito, resguardando sua oferta para jovens e adultos que não tiveram acesso, bem como a continuidade do ensino denominado de Ensino Médio de modo universal e gratuito, sendo que por meio da Emenda Constitucional nº. 59, amplia-se a faixa de obrigatoriedade e gratuidade estendendo-a dos 4 aos 17 anos. Nesse contexto, é válido ressaltar que nos últimos 50 anos, ocorreu considerável ampliação na faixa de responsabilização do Estado brasileiro à oferta de ensino obrigatório e gratuito, sendo que nos anos 1960 estendia-se de 7 a 10 anos e em 2009 estendeu-se para dos estudantes de 4 aos 17 anos (WERLE, 2011).

Cabe ressaltar que a Constituição Federal de 1988 estabelece em seu artigo 206, inciso I, o direito educativo de igualdade de condições de acesso e

permanência na escola como um dos princípios para o exercício do ensino, garantindo-o, como dever do Estado, inclusive referente à oferta do atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino (art. 208). (BRASIL, 2012).

Essa discussão dos eventos históricos marcantes da política de educação brasileira, se atentaram aos elementos do caminho percorrido para a estruturação do ensino atual. Porém, cumpre ressaltar que a educação possui um vasto repertório de leis e políticas de regulação das metodologias e qualidade do ensino, financiamento, entre outras.

Um documento recente que discorre um pouco sobre estes aspectos na atualidade é o Plano Nacional de Educação (PNE) da Lei nº 13.005/2014, instituído como instrumento de planejamento do Estado democrático de direito, que orienta sobre o cumprimento e o aprimoramento das políticas públicas neste setor, que dispõe de objetivos, metas e diretrizes para o ensino em todos os níveis, desde infantil, básico ao superior a serem executados até 2024 (BRASIL, 2014b).

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA INCLUSIVA

A Política de Educação Especial no Brasil, também possui uma ampla trajetória de regulamentações e reformulações até a consolidação de suas disposições atuais. Em razão disso, esse capítulo irá discorrer alguns fatos considerados marcantes para a sua estruturação com vistas ao ensino básico, já que este estudo busca discutir o preparo docente neste espaço.

A educação especial iniciou com a instituição de espaços e voltados a deficiências visuais, auditivas e, de maneira mais tímida a deficiência física. Teve como marcos fundamentais, o Instituto dos Meninos Cegos (Instituto Benjamin Constant) em 1854, e o Instituto dos Surdos-Mudos (Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES) em 1857, na cidade do Rio de Janeiro, estruturados pelo governo Imperial. Esses espaços despertaram discussões e reflexões sobre a necessidade de suporte no processo educacional formal para portadores de deficiências. Porém, houve um silêncio frente à deficiência mental quase que absoluto neste período (MIRANDA, 2008).

Nos anos de 1930, o movimento de Escola Nova foi fundamental para o despertar da causa do ensino voltado às pessoas com necessidades especiais. Composta em seus princípios pela crença do “poder da educação”, pelo interesse pelas pesquisas científicas, preocupação com a redução das desigualdades sociais e em estimular a liberdade individual da criança. Os seus ativistas no Brasil defendiam a necessidade de preparar o país para o desenvolvimento através de reformas educacionais e direito de todos à educação. Entre os adeptos da *escola nova*, que empreenderam reformas Estaduais significativas, Francisco Campos, em Minas Gerais, trouxe professores psicólogos europeus para ministrar cursos aos professores brasileiros, dentro dessa nova perspectiva, por estarem já familiarizados com ela. Assim, em 1929, a psicóloga russa Helena Antipoff influenciou fortemente o panorama nacional da educação especial que partiu de uma proposta de trabalho inicial de organização da educação primária na rede comum de ensino baseado na composição de classes igualitárias para todos (MENDES, 2010).

Helena Antipoff foi também responsável pela origem de serviços de diagnósticos, classes e escolas especiais. Em 1939 ela criou uma escola para crianças excepcionais, que pretendia integrar a escola à comunidade rural adjacente, deu início ao Complexo Educacional da Fazenda do Rosário, e ainda, participou ativamente do movimento que eclodiu na implantação da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em 1954, além de ter influenciado na formação de profissionais que aderiram a luta por essa causa (MENDES, 2010).

No percurso da história da educação brasileira, a Constituição de 1946 já havia atribuído à União a competência da definição das diretrizes e base para a educação nacional. Para atender a este fim, o Ministério da Educação e Cultura na época formou uma comissão de educadores para elaboração do projeto de Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) que tramitou por treze anos até que a Lei nº 4.024 foi promulgada em 1961 (LDB/61), e em seu Art. 88 referiu que a educação de “excepcionais” deveria, no que fosse possível, ocorrer no sistema geral de educação com a finalidade de integrá-los. O seu Art. 89 apresentava que a iniciativa privada, considerada eficiente pelos conselhos estaduais de educação para a educação dos excepcionais, receberia do poder público tratamento especial no que compete a bolsas de estudos, empréstimos e subvenções. Ou seja, pode-se observar nessa época uma introdução tímida a respeito da inclusão, que era ao mesmo tempo evasiva e favorecia o setor privado (FAGLIARI, 2012).

As instituições especiais foram se estabelecendo na instância privada, com vistas a suprir as necessidades da Educação Especial Pública, na tentativa de preencher a lacuna deixada pelo Estado, o qual incentivava a iniciativa privada e se distanciava das questões relativas à educação especial. Havendo uma parcial simbiose entre setor público e privado, sendo que as estruturas privadas, desta forma, tinham mais espaço para exercer influência na determinação de políticas públicas nesta área. A convivência ambígua entre o público e o privado levava a legitimação das instituições especiais filantrópicas como responsáveis pela educação deste público. Ao passo que a contrapartida do Estado se concretizava através de auxílios técnico e financeiro, incentivos fiscais por isenção e redução de impostos. Conforme exposto em legislação, tanto nas Constituições de 1946 e de 1988, quanto em documentos oficiais que regimentam a educação especial brasileira (MELETTI, 2008).

Somente por força da Lei 5.692/1971 foi alterada a LDBEN de 1961 e definido o “tratamento especial” para estudantes com deficiências físicas e mentais que possuíam atraso significativo em relação à idade prevista ao ensino regular e os superdotados. Contudo, como não dispunha de uma organização do sistema de ensino suficientemente capaz de atender as necessidades educacionais especiais, essa estrutura reforçou o encaminhamento dos estudantes para as classes e escolas especiais (BRASIL, 2007).

A educação especial foi estabelecida entre as prioridades do I Plano Setorial de Educação e Cultural (1972-1974), sendo que nesse período foi aprovado o Decreto 72.425, de 3 de julho de 1973, que estabeleceu o Centro Nacional de Educação Especial (CENESP) junto ao Ministério de Educação e Cultura, como o primeiro órgão educacional do governo federal, responsável por definir a política de educação especial (MENDES, 2010).

A Constituição de 1988 e a Lei nº. 9.394, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) de 1996, reafirmam o Ensino Fundamental obrigatório e gratuito, como direito de todos sem preconceitos e discriminação, resguardando sua oferta para jovens e adultos que não tiveram acesso e a continuidade do ensino para o nível de Ensino Médio de modo universal e gratuito (WERLE, 2011; BRASIL, 2012).

Historicamente, dois grandes eventos marcam as lutas pelos direitos do ensino para crianças com necessidades especiais - a Conferência Mundial sobre Educação para Todos, realizada em Jontiem, na Tailândia, no ano de 1990, onde se buscou a garantia da igualdade de acesso à educação para as pessoas, independente

de qualquer tipo de limitação, e a Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, ocorrida em Salamanca, na Espanha em 1994, eventos mundialmente considerados marcos desta proposta, por tratar de questões referentes a educação para todos (MIRANDA, 2008).

Assim, a inclusão mundialmente ganhou força em 1994, especialmente com a Declaração de Salamanca, documento que discorre sobre os princípios, políticas e práticas direcionadas às necessidades especiais. Esse documento defende a ideia de que as pessoas com necessidades educativas especiais tenham acesso às escolas de ensino fundamental e médio sob uma nova perspectiva de ensino, voltado a incluir a criança (KASSAR, 2011).

No bojo dessa discussão, surge no Brasil em 1994 a Política Nacional de Educação Especial, que dentro da perspectiva da Educação Inclusiva, possui como objetivo o acesso, a participação e a aprendizagem dos estudantes portadores de deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/ superdotação nas escolas de ensino regular, com vistas a orientar os sistemas de ensino a proporcionar maior amparo às necessidades educacionais especiais. Assim como a garantia de transversalidade da educação especial, desde a educação infantil ao ensino superior, sob a proposta de atendimento educacional especializado, a continuidade da escolarização nos níveis mais elevados de ensino, formação de professores para o atendimento educacional especializado e aos demais profissionais da educação para a inclusão, com a participação da família e da comunidade, a acessibilidade e a articulação intersetorial para a implementação das políticas públicas. De maneira que, a educação especial oriente as ações para o atendimento das especificidades dos estudantes na educação, a organização das redes de apoio, a formação continuada, a identificação da disposição de recursos, serviços e o desenvolvimento de práticas neste cenário (BRASIL, 2007).

Ainda nesse período estrutura-se a Lei nº 10.098 de 23 de março de 1994, que estabelece normas e critérios básicos de acessibilidade das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida (FERNANDES, 2013).

A atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394/96, no artigo 59, preconiza que os sistemas de ensino devem assegurar aos alunos currículo, métodos, recursos e organização específicos para atender às suas necessidades; assegura a terminalidade específica àqueles que não atingiram o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências; e assegura a aceleração de estudos aos superdotados para conclusão do programa escolar. Também define, dentre as normas para

a organização da educação básica, a possibilidade de avanço nos cursos e nas séries mediante verificação do aprendizado (art. 24, inciso V) e [...] oportunidades educacionais apropriadas, consideradas as características do alunado, seus interesses, condições de vida e de trabalho, mediante cursos e exames (art. 37) (BRASIL, 2007, p. 03).

Posteriormente, surge a Lei nº 10.216 de 4 de junho de 2001, no intuito de assegurar os direitos e a proteção das pessoas acometidas por transtorno mental. Porém, para Fernandes (2013) essa fornece providências de forma muito evasiva sobre o processo educacional dessa população, pois, não se dirige ou fornece regulamentações com a mesma precisão e afinco como para os casos de deficiências, faz menção apenas de que “são direitos da pessoa portadora de transtorno mental: ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade” (BRASIL, 2001, *on-line*).’ Percebe-se nas leis direcionadas aos direitos das pessoas com transtornos mentais uma preocupação intensificada com a inclusão para o acesso à saúde, preparação para o trabalho, para inclusão social e a não institucionalização segregadora de longa permanência como foco e poucas especificações ou referência para a garantia do suporte e acolhida qualificada em seu percurso educacional (BRASIL, 2014a).

Historicamente, a trajetória da saúde mental por meio da reforma psiquiátrica, estruturou esses pontos como alvos de luta mais sólidos. Porém, ainda levanta-se o questionamento de que, se há um movimento intenso de inclusão educacional que luta pela inclusão das diversidades e rompimento das diferentes discriminações, por que este público aparece de forma tão tímida nas propostas de educação inclusiva e até mesmo nas próprias normatizações e políticas voltadas à saúde mental, no cenário de luta pela inclusão, no ensino básico?

Em 2004 foi aprovada a Lei nº 10.845, de 5 de março de 2004, que institui o Programa de Complementação ao Atendimento Educacional Especializado às Pessoas Portadoras de Deficiência. Frente a essa demanda, o Decreto nº 6.571, de 17 de setembro de 2008, determina que os sistemas de ensino devem matricular os estudantes com deficiência, os com transtornos globais do desenvolvimento e os com altas habilidades/superdotação nas escolas comuns do ensino regular e ofertar o atendimento educacional especializado (AEE), que resulta na sequencia em outras regulamentações, como a Resolução nº 4, de 2 de outubro de 2009, que Institui

Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica (FERNANDES,2013; BRASIL, 2014b).

A resolução é bastante específica quanto ao público alvo da educação especial que deverá ser contemplado nas classes de AEE no contra turno em paralelo à matrícula do estudante no ensino regular de base, sendo que o ensino especializado não ocorre em caráter substitutivo, mas apenas no objetivo de incluir e contemplar as necessidades específicas do estudante a ser integrado (GARCIA; MICHELS, 2011)

É possível constatar que, mais uma vez, sobre aspectos da saúde mental a resolução é restritiva, ou seja, não atua com mesma abrangência como acontece com as deficiências.

Apesar de o Decreto nº 6. 286, de 5 de dezembro de 2007, instituir o Programa Saúde na Escola (PSE) e dar outras providências, ter sido constituído como estratégia para integração e articulação permanente, entre as políticas e ações de educação e de saúde com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica (BRASIL, 2009b).

Posteriormente, foi aprovado o Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011, que discorre sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e outras providências. E o Plano Nacional de Educação (PNE), expresso junto à Lei nº 13.005/2014, foi instituído para orientar sobre o cumprimento e o aprimoramento das políticas públicas neste setor, objetivos, metas e diretrizes para o ensino inclusivo do ensino básico a serem executados no período de 2014 a 2024 (FERNANDES,2013; BRASIL, 2014b).

A educação inclusiva vem tentando consolidar uma nova perspectiva educacional, vem buscando instituir-se como uma proposta educativa provocadora de uma educação que vai além do simples direcionamento dos educandos para as salas de ensino regular, ela propõe a aceitação das diferenças e inclusão daqueles que até então, eram considerados público alvo somente da educação especial, por terem deficiência ou necessidades especiais, que não eram alvo de preocupação do ensino regular. E para isso, é fundamental subsidiar a participação dos professores do ensino regular, como facilitadores desse processo inclusivo das crianças, que foram absorvidas pela educação em ensino regular. Sendo assim, imprescindível ofertar ao docente condições de diferentes formas de atuar, em termos pedagógicos, instrumentalizando-o para as demandas deste novo contexto, que requer sensibilidade, olhar atento e nitidez sobre as peculiaridades específicas e especiais

de cada estudante, a fim de compreendê-lo e acolhê-lo, ao invés de apenas limitar-se a seguir as regulamentações da lei e inserir, sem incluir (LOPES, 2010).

Ao afirmar a necessidade de a saúde instrumentalizar os professores sobre as crianças que demandam suporte diferenciado, por condições especiais, não se tem a pretensão de dizer como esses profissionais devem educar, mas sim, de alertar para a necessidade de a saúde compartilhar os elementos envolvidos no desenvolvimento desses educandos, associados as especificidades que elas possuem, para que ao serem reconhecidos possam favorecer a busca por estratégias de atuação, o acolhimento e enfrentamento favorável/ eficaz das fragilidades identificadas, dentro de uma lógica dialógica, no intuito de fortalecer o espaço educacional e ainda, potencializar o desenvolvimento destas crianças.

Entre as reformas educacionais e políticas, uma das implicações da inclusão escolar mais discutida é a formação, tanto inicial, quanto a continuada, do corpo docente das escolas. Entende-se que para os professores serem capazes de transformar, práticas pedagógicas, faz-se necessário que os docentes sejam capacitados e sensibilizados para poderem se reposicionar neste cenário. Porém, esse aperfeiçoamento não pode ser reduzido a um momento pontual, uma palestra, um curso, ou, um seminário isolado, mas precisa derivar de um espaço contínuo de instrumentalização acerca dessas temáticas, pois ações isoladas se tornariam apenas uma medida paliativa pouco transformadora (MIRANDA, 2008).

Nesse sentido, é necessário os professores superarem as práticas tradicionais, ainda apoiadas na visão flexneriana, cartesiana do sujeito e as suas formas de apropriação de conhecimento, para que venham a transcender à propostas de inclusão, onde o educando deixa de ser visto como um indivíduo descontextualizado que meramente se encaixa, ou não, nas metas a serem cumpridas do programa educacional e passa a ser considerado, em sua subjetividade, especificidades, urgências, fragilidades como pertencente a um entorno que pode potencializar seu desenvolvimento.

Em suma, a educação inclusiva teve importante papel na consolidação de direitos em termos de acesso à educação, às pessoas com deficiências ou necessidades especiais e para a qualificação da atuação com esse público. Ela defende a bandeira de que todos têm direito a educação, desde a educação infantil, ensino fundamental ao profissionalizante, vem lutando para que os indivíduos com necessidades especiais venham a ser cada vez mais inseridos e contemplados dentro

do espaço educacional comum, ao invés de serem mantidos institucionalizados e segregados² da sociedade. Contudo, para que isso ocorra de forma efetiva e não como um simples remanejamento institucional, ou seja, uma transferência “vazia”, destes sujeitos, de uma escola para outra, é necessário estabelecer o aperfeiçoamento dos docentes para que venham a acolher essa demanda.

3.3 EDUCAÇÃO INTEGRAL NO BRASIL: RECONHECIMENTO DO EDUCANDO EM SUA AMPLITUDE

O termo Educação Integral passou por diferentes contextos e significados foi substanciado por diferentes movimentos históricos e políticos conforme haverá de ser explanado. Já foi proposto no sentido de fortalecimento das bases autoritárias de governo e ao mesmo tempo como força de transformação social de correntes liberais. Foi também lançado como proposta de Governo do Programa mais Educação no sentido de expansão da carga horária escolar, de modo que a escolarização fosse em tempo integral e ofertasse maior acesso a direitos básicos das crianças das classes minoritárias em condições de vulnerabilidade em ambiente escolar.

Contudo, a perspectiva de Educação Integral a que se pretende debruçar a discussão, sustenta-se ainda em uma outra vertente, mais complexa e “atual”, onde entende-se por Educação Integral o “movimento” de fazer / compreender a educação, no qual o educando é considerado como sujeito constituído por urgências/ demandas e subjetividade. Visão educacional pela qual se considera, o educando, em sua amplitude, contexto psicossocial, entornos e em suas diferentes dimensões. Ou seja, em que o educar parte de uma proposta de ação que busca contemplar o educando em sua integralidade existencial, de maneira que o ensino não se restrinja apenas à garantia de uma educação curricular, mas preocupe-se em atender a este educando

²De modo algum, se pretende “demonizar” as instituições de educação especial (APAES e etc), como espaços de asilamento e segregação, elas tiveram e ainda tem, importante papel social e na busca por direitos e suporte às pessoas com necessidades especiais, que não pode ser desconsiderado, especialmente no que diz respeito ao suporte/ensino de pessoas com comprometimentos graves, agudos, crônicos, ou, em termos de estimulação inicial para o desenvolvimento, foram as primeiras a atenta-se à esse público. A discussão em questão, se remete ao fato de que, o leque do público educacional do ensino regular foi ampliado e boa parte desses indivíduos, que antes tinham acesso restrito a determinados aspectos educacionais e até mesmo sociais, já podem ser contemplados pelas novas configurações educacionais ao se inserirem no ensino comum e negar-lhes esse direito é uma forma de segregação.

de forma mais abrangente, contextualizada com a sua realidade e se atente à prepará-lo para a vida, conforme será explanado neste capítulo.

E para melhor compreensão das diferentes perspectivas que denotam a Educação Integral, façamos um breve recorte de eventos históricos marcantes, que culminaram a modulação do sentido que se pretende empregar ao termo Educação Integral.

Preliminarmente no Brasil a Educação Integral foi expressa em duas correntes que apregoavam concepções diferentes sobre o que consideravam ser “Educação Integral”, nas décadas de 20 e 30 do século XX. Períodos estes que serviram de base para que na década de 1950 fosse apresentada a proposta de “Educação em Tempo Integral”. Inicialmente, as correntes autoritárias e elitistas lideradas pela Ação Integralista Brasileira (AIB), fundada em 07 de outubro de 1932 por Plínio Salgado, jornalista, político e escritor modernista da época que se firmou como extensão do movimento constitucionalista, influenciado pelo fascismo italiano, empregavam à Educação Integral o sentido de ampliação do controle da sociedade e dos processos de distribuição criteriosa dos indivíduos nos segmentos hierarquizados da sociedade (MONTEIRO; SCARFF, 2015).

A (AIB) atribuía à Educação Integral a ideia de educação “regeneradora” da moral social e individual que tinha por valores uma educação integralista sob a perspectiva de sacrifício, sofrimento, disciplina, obediência aos superiores. Modelo este de educação que apregoava uma formação que submetia o processo educativo ao Estado, que era considerado o principal norteador e a quem a educação deveria estar à serviço e prestar apoio. Especialmente em termos de projetos e anseios do Estado com fins de moldar os indivíduos para servirem aos interesses deste “*Estado Integral*”, pelo qual pretendia-se a “identificação” entre os interesses do Estado, da família, da religião e abrir espaços para o privatismo. (CAVALIERE, 2010)

Enquanto que as correntes liberais concebiam a Educação Integral como espaço/ oportunidade de reconstrução das bases sociais e desenvolvimento democrático a partir de sujeitos intencionalmente formados para a cooperação e participação (CAVALIERE, 2010). Dentre esses liberais destaca-se Anísio Spínola Teixeira por sua significativa contribuição teórica e técnica com vistas à ampliação das funções da escola e do seu fortalecimento como instituição. Houve a participação dele em movimentos que marcaram o desenvolvimento da educação brasileira, pode-se dizer, inclusive, que Anísio Teixeira foi um dos destaques entre os signatários do

Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova, originado em defesa do ensino público, gratuito, laico e obrigatório divulgado em 1932. (MONTEIRO; SCARFF, 2015)

Anísio Teixeira foi um dos grandes idealizadores do novo modelo educacional com vistas à educação em tempo integral e novo exercício educacional. Ao assumir a Diretoria de Instrução Pública Distrito Federal de 1931 a 1935 elaborou para o Rio de Janeiro um projeto educacional em que instalou cinco escolas experimentais piloto para experimentar novos métodos de ensino que viessem a sustentar as mudanças almejadas para o sistema educacional. Quando retornou para a Bahia e assumiu como Secretário Estadual de Educação implantou em 1950 na periferia de Salvador um modelo de escola que ele chamou de escola de Tempo Integral, "com o currículo mais completo possível" no Centro Educacional Carneiro Ribeiro. (POSSER, DE ALMEIDA, MOLL, 2016)

O modelo proposto por Anísio Teixeira era composto por quatro escolas, denominadas Escolas-Classe, que tinham em média 500 alunos em cada uma, onde era ofertado um turno de ensino de conteúdos tradicionais, enquanto que no contra turno, em escolas chamadas de Escola Parque, onde era oferecido almoço, atividades culturais, esportivas, artísticas, sociais, de iniciação para o trabalho, os estudantes tinham acesso a atendimento médico e odontológico. Outro momento marcante em que Anísio serviu de mola propulsora para Educação Integral dentro da perspectiva mais próxima de corresponder aos anseios da atualidade, foi quando, à convite do Presidente Juscelino Kubistchek, ele deixou a Bahia e se uniu a outros notáveis da educação, dentre os quais encontrava-se Darcy Ribeiro, para projetar um modelo de educação para o Brasil em Brasília. Onde Anísio deixou a marca de seu ideal de Escola em Tempo Integral com a construção de um complexo escolar de Escola Parque e Escolas-Classe. (POSSER, DE ALMEIDA, MOLL, 2016)

Posteriormente dentre os anos de 1980 e 1990, o ideal da Escola em Tempo Integral ressurgiu no Governo de Brizola no Rio de Janeiro, com a criação dos Centros Integrados de Educação Pública do Rio de Janeiro (CIEPs), a partir de Darcy Ribeiro, influenciado, em partes, por suas experiências com Anísio Teixeira. Houve dificuldades para manter o projeto original deste modelo educacional relacionadas à perspectiva educacional de Anísio Teixeira e Darcy Ribeiro, associadas a fatores como "alto custo" e o foco em questões sociais para além da escola, ou seja, a retirada do foco de problemas de natureza pedagógica. (CRISPIM, 2016).

Os CIEPs foram construídos e implantados no Estado do Rio de Janeiro de 1983 a 1986 e de 1991 a 1994 localizados em regiões com maioria da população carente. O projeto dos CIEPs teve como base um levantamento realizado por Darcy Ribeiro, que apontava a sociedade brasileira como incapaz de educar e alimentar sua população. Assim era necessária uma escola em horário Integral, como a ofertada pelos países desenvolvidos, para evitar que as crianças carentes fossem condenadas ao abandono ou à falta de assistência em seus lares, onde assumiam as funções dos adultos para que seus pais pudessem trabalhar. No currículo dos CIEPs constavam aulas curriculares, orientação para o estudo dirigido, atividades esportivas e recreativas, acesso à biblioteca para leitura de livros e gibis, vídeos em sala específica e participação em eventos culturais. (POSSER, DE ALMEIDA, MOLL, 2016, p 05)

Na década de 90 e anos posteriores as experiências com Educação em Tempo Integral não apresentaram alcance nacional. No breve mandato do presidente Collor surgiram os Centros Integrados de Atendimento a Crianças (CIACs). Após o *impeachment* de Collor (1990-1992), o Presidente Itamar Franco buscou preservar os mesmos objetivos, renomeando os CIACs para Centros de Atenção à Criança (CAIC). Grande parte dessas iniciativas até então se deu antes da elaboração da LDB de 1996, a efetivação da Educação em Tempo Integral possui base legal na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nos artigos 34 e 87 de 1996, que preveem o aumento progressivo da jornada escolar para uma jornada de tempo integral. Após essas experiências de Educação em Tempo Integral, este modelo de educação passou a surgir de forma isolada por iniciativas de poderes municipais e estaduais apenas, não chegou a se consolidar como uma política de governo e conseqüentemente, a proposta perdeu força. (CRISPIM, 2016)

Entende-se que a educação em geral ganhou maior solidez e esteve em partes melhor “resguardada” quando passou a compor os alicerces que regem as bases governamentais do país, incutida na esfera Federal, como Política de Governo e ao ser intitulada como direito do cidadão por força da lei. Contudo, as investidas na proposta de Educação em tempo Integral ficaram vulneráveis aos arranjos dos interesses políticos por tratar-se de algo estabelecido a nível Estadual e Municipal ao invés de tramitar e se consolidar na esfera Federal.

A Constituição Federal do Brasil de 1988 no artigo 205, e o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, no artigo 53, demarcam a educação como direito, assim como a garantia da oferta do pleno desenvolvimento do sujeito e do seu preparo para o exercício da cidadania e qualificação ao trabalho, evidenciando a necessidade de ampliação da cobertura das demandas dos educandos a serem sanadas pela educação. A LDBEN de 1996 fez alusão à escola em tempo integral e o Plano

Nacional de Educação, aprovado pela Lei n. 13.005 de 2014 propôs metas para a oferta da educação em tempo integral, em escolas públicas, com o apoio da União e ampliação progressiva da jornada dos professores em uma única escola. (POSSER, DE ALMEIDA, MOLL, 2016).

E desta forma foi se consolidando a Educação Integral como aquela que atenta-se para a disponibilização de uma educação crítica, ética que prepara para além da academia, sensível às demandas dos educandos, voltada para a construção enquanto sujeito, comprometida em abrange-los em todas as suas dimensões, atreladas à vida deste ser social que compõe um contexto sócio histórico e está imerso em um acervo cultural, moral, ético, humano e científico com equidade. (POSSER, DE ALMEIDA, MOLL, 2016; PATARRO; MACHADO, 2014).

Em resumo, a Educação integral almejada, e em que se debruçar para nortear a práxis, não trata-se de uma extensão de carga horária das atividades escolares, ou seja, de Educação de Tempo Integral, mas sim de uma concepção de educação que compreende o educando de forma mais abrangente, ou seja, o seu desenvolvimento nas dimensões; cognitivas, intelectuais, afetivas, físicas, éticas e sociais. Pautada em uma atuação educacional contextualizada com as vivências deste educando, tanto intramuros como extramuros escolares, transcendendo o foco em conteúdos curriculares dentro de uma perspectiva de acúmulo informacional. (POSSER, DE ALMEIDA, MOLL, 2016).

Conforme referido, a educação integral tem por objetivo educar para além das grades curriculares e necessidades básicas, com vistas a preparação para o mundo, por intermédio de uma educação recheada de valores humanos, éticos, políticos geradores de cidadania, vislumbrando o desenvolvimento do sujeito em sua totalidade, transitando tanto na dimensão cognitiva, intelectual, quanto artística, cultural, esportiva, sócio afetiva, ou outros seguimentos que vierem a compor esse sujeito, propiciando-lhes protagonismo, o exercício e/ou reconhecimento pleno de suas habilidades pessoais existentes e a sua realização. (POSSER, DE ALMEIDA, MOLL, 2016)

Enfim, essa concepção de educação integral atual, elencada como referencial favorável para a sustentação de práticas educacionais que contemplam os educandos em sua integralidade, apresenta-se, conforme exposto mais inclinada a subsidiar uma educação que prepara para a sociedade, para a diminuição das desigualdades sociais e preservar ao máximo o seu público das mazelas sociais incutidas em questões de

vulnerabilidade/risco social. Busca proporcionar o acesso à cultura de forma amplificada ao que normalmente as classes mais bastadas possuem acesso, fora do âmbito educacional, enquanto que as do setor público menos abastadas normalmente não tem acesso.

Essa concepção de educação, intitulada por educação integral, conforme expresso no neste capítulo, propõe discussões amplas de cunho mais social, atreladas ao processo educativo. E, como se pretende neste estudo ampliar a discussão de uma educação integralizante, com ênfase em educandos com DI e TM para que sejam contemplados em suas especificidades, optou-se por recorrer também às discussões do educando dentro da concepção de integralidade do sujeito no âmbito da saúde. Uma vez que a concepção de integralidade neste cenário, já possui um caminho de luta contra as práticas cartesianas, reducionistas e vislumbra assistir o ser humano de maneira abrangente, contemplando-o em sua subjetividade.

3.4 EDUCAÇÃO INCLUSIVA E INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

Apresentação da educação inclusiva será expressa atrelada a integralidade da atenção à saúde, porque ambas defendem bandeiras comuns, sustentam-se na compreensão do sujeito integral, como portador de direitos e especificidades. Além de serem temáticas que são alvos de constantes reflexões e movimentos de busca pela superação de práticas segregadoras, fragmentadas que desconsideram o sujeito em sua amplitude e possam vir a limitá-lo, enquanto potência subjetiva e cercear-lhes direitos.

O termo integralidade possui uma posição conceitual e de representatividade ampla que neste contexto será abordado sob duas perspectivas principais:

A primeira é a integralidade que refere-se a um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), modelo de atenção à saúde brasileira vigente e foi defendida no Movimento pela Reforma Sanitária (MACHADO, 2007). O cuidado integral com base neste princípio norteador na saúde emergiu da necessidade de superação da lógica flexneriana, ou seja, de práticas arraigadas na lógica biomédica de tratamento e cura que não contempla o sujeito em sua completude. Tendo em vista que os profissionais de saúde em questão deveriam partir de uma visão abrangente

das necessidades dos sujeitos, ir além das demandas biológicas explícitas relacionadas à queixa clínica e buscar compreender o conjunto das necessidades e de ações e serviços de saúde que o usuário do serviço de saúde apresenta em sua integralidade (MATTOS, 2001; MATTOS, 2004). Logo,

a integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos. O olhar do profissional, neste sentido, deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial. Assim, seria caracterizada pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto, buscando apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos (ALVES, 2005 p. 42).

A segunda perspectiva da integralidade que propomos nesse espaço é a de que ela não é apenas uma diretriz do SUS, mas também uma "bandeira de luta", praticamente um enunciado de características do sistema de saúde, das suas instituições e das práticas consideradas desejáveis (MATTOS, 2001). Nesse sentido, “ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária” (MATTOS, 2001, p. 02). Em seu “conceito estendido”, a integralidade atua como um dispositivo legal-institucional, portador de valores éticos-políticos que possuem no cuidado sua maior expressão. É produção de novos modos de trabalhar e viver mais saudáveis, potencializando o protagonismo dos sujeitos envolvidos (PINHEIRO, 2010).

Ao entendermos a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade que os percebe como sujeitos históricos, sociais e políticos, articulados ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se inserem, corroborando que a integralidade é um conceito que

[...] permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional (MACHADO et al, 2007, p. 336).

Desse modo, é válido refletir que a integralidade desperta para a compreensão integral dos sujeitos, logo, não assume apenas o papel de um dispositivo político ou ingênua ferramenta voltada para uma ou outra ação específica

ao âmbito da saúde e bem-estar do sujeito, mas potencializa um entendimento ampliado do sujeito, permitindo o seu cuidado de forma mais abrangente.

Assim, se a integralidade percorre um caminho favorável em âmbito da saúde, no que compete à ampliação da compreensão do sujeito e práticas mais solidárias, sob a proposta de atenção às suas necessidades e especificidades, certamente poderia resultar/atuar em diferentes setores, como por exemplo, na educação, por meio desta compreensão ampliada de sujeito em transformações significativas, em que as atitudes, leituras de mundo e de sujeitos, posição existencial e as formas de se relacionar com o mundo e interferir nele podem ser uma potência.

Nesse contexto, a educação inclusiva também entra como força integralizante³ do sujeito, ela parte de um movimento mundial e se constitui como ação política, cultural, social e pedagógica em defesa do direito de todas as pessoas terem acesso à educação sem discriminação alguma, independente de deficiências/limitações ou necessidades especiais. Apresenta-se como modelo educacional alicerçado na concepção de direitos humanos, pautado na perspectiva de equidade, implicado em mudança estrutural e cultural da escola para que todos os estudantes sejam atendidos em suas especificidades. Procura confrontar práticas discriminatórias e estabelecer alternativas para sua superação, parte da concepção de direitos humanos e de cidadania, reconhecimento das diferenças e da participação dos sujeitos. Baseia-se na crença de que, o ambiente, os docentes e o projeto político pedagógico, deverá buscar atender-se às necessidades especiais dos educandos e contemplá-los ao máximo, levando em consideração suas formas de aprendizagem e de desenvolvimento para tal de maneira igualitária (BRASIL, 2007).

Para o exercício da integralidade da atenção é necessário a problematização dos processos de trabalho e dos serviços em curso (PINHEIRO, 2010). Desse modo, a educação inclusiva, assim como a integralidade, busca o reconhecimento do sujeito (educando) como ser completo que possui limitações, mas ainda assim, compõe uma posição existencial que exige reconhecimento e liberdade para o exercício da sua capacidade cidadã, autônoma, criativa e protagonista, dentro de suas especificidades. Embora, para isso, necessite de mediação, em alguns casos,

³ Força integralizante porque a educação integral, propõe que se leve em consideração o educando no todo e “sai em defesa” da inclusão desse sujeito, independente de suas limitações, considerando-o com capacidades de adaptação e/ou interação subjetivas que devem ser respeitadas e acolhidas.

seja em termos de recursos de tecnologia leve⁴ (humano), como um monitor, professor de ensino especializado, ou de ambiência e ferramentas/instrumentos didáticos adaptados para que se dê o processo de ensino aprendizagem.

Neste sentido, pode-se conjecturar que, quando o educador se dirige para além das limitações do seu educando, dentro do processo de aprendizagem, seja diante de uma criança com transtorno mental ou deficiência intelectual e transcende para uma visão mais abrangente deste estudante, que vai além do diagnóstico, possui mais chances de contemplar este sujeito em sua integralidade, e reconhece-lo em suas potencialidades, limitações e urgências cotidianas. E, assim tornar-se um profissional mais sensíveis, a processos de ressignificação do que envolve o ato de ensinar e apreender, associados a este público, e ainda, ao despertar para um “pensar” e “agir” mais inclusivo.

3.4.1 Transtornos mentais na infância

Conforme expresso na CID 10, o termo transtorno é usado para indicar a presença de uma “síndrome”, no sentido de conjunto de sintomas, ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associados, em sua maioria a sofrimento e prejuízos/interferência de funções pessoais (OMS, 1993).

Na perspectiva biomédica, os transtornos apresentam-se normalmente como um conjunto de padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes relacionados a sofrimento e/ou incapacitação. Geram prejuízos a uma ou mais áreas, podendo afetar a capacidade de funcionalidade, ou trazer sofrimento intenso, risco de morte, dor e perda da liberdade em seu curso. Levam a consideráveis prejuízos referentes à rotina e a respostas inapropriadas aos eventos, tanto em relação a comportamento, quanto emoção. Na maior parte dos casos exigem acompanhamentos farmacológicos e multiprofissionais, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV) (APA, 2002).

⁴ Para Merhy (2007), **tecnologias leves** se enquadram como tecnologias de relações como produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão da forma de governar o processos de trabalho que envolve os sujeitos; **Tecnologias leve duras** como conhecimentos bem estruturados que atuam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, entre outros; e, **tecnologias duras** são os materiais tecnológicos, máquinas, normas, estruturas organizacionais.

A definição mais atual de transtorno mental apresenta-se no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM V, o qual afirma que:

O transtorno mental é uma “síndrome” caracterizada por perturbação clinicamente significativa na cognição, na regulação emocional ou no comportamento, de um indivíduo que reflete disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou do desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental. [...] frequentemente associados a sofrimento, ou incapacidade significativos que afetam atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes (APA, 2002, p. 20).

Estima-se que 7 milhões de crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais no Brasil. Considera-se a rede de assistência de saúde insuficiente para identificação e atendimento da demanda por serviços desta população, aliar-se ao setor educacional e estabelecer ações que favoreçam essa identificação de sintomas poderá ampliar o campo de ação neste aspecto, porém para tal, o fornecimento de orientações sobre como lidar em sala de aula com a suspeita de crianças com problemas de saúde mental é muito importante (PEREIRA, 2013).

Feitosa et al (2011) destacam como problemas de saúde mental bastante recorrentes entre as crianças e adolescentes: o Transtorno de Conduta, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e Transtornos Emocionais. Distúrbios que, à medida em que se intensificam, impactam no desenvolvimento psicossocial, educacional e possuem potencial para gerar problemas para a saúde mental também na vida adulta.

É importante reconhecer que os transtornos mentais na infância e adolescência possuem diferentes determinantes, desde causas biológicas (problemas de desenvolvimento), genéticas (repetição de quadros clínicos de familiares), ambientais (violências, negligencia/privação, adversidades crônicas configuradas pela contínua intensificação de estressores e eventos estressores agudos (traumáticos), abrigamentos e eventos negativos relacionados à família) (FEITOSA et al, 2011).

O sofrimento psíquico, o transtorno mental, como se pode ver ao longo da sua trajetória na saúde, possui um vasto caminho de referenciais destinados a classificação e intervenção clínica, fortemente ligada aos modelos biomédicos, que enfatizam fatores biológicos como fator desencadeante desse sofrimento.

Contudo, cabe advertir para a reflexão de que é importante, reduzir esse indivíduo ao seu diagnóstico, responsabilizando-o exclusivamente por ser “portador” desse sofrimento, e descartar as provocações das compreensões do processo de

saúde e doença, levantadas pelos movimentos da reforma psiquiatria, e algumas concepções do ser humano e suas formas de existir, que compreendem o sujeito como um ser que, se constitui pelas suas experiências com o meio. Ou seja, que crê em um indivíduo que se relaciona com um entorno, que o afeta, interfere em sua forma de se relacionar, posicionar, existir, em seus processos de subjetivação e em suas formas de ler e significar o mundo que lhe cerca.

Ao passo que, o meio, é espaço tanto de produção de saúde, como de adoecimento, sendo assim, há uma corresponsabilidade social implicada, que não pode ser descartada, dentro da teia relacional desse sujeito e do seu repertório de suporte. Em que, o favorecimento da saúde deixa de estar ligada apenas a uma conduta medicamentosa, ou clínica apenas, mas se torna interdependente de diferentes setores, olhares multidisciplinares e investidas de suporte em rede, com base na compreensão desse sujeito como ser integral.

Triengo, et al (2014), ao realizarem uma revisão sistemática sobre a prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados, foi além dos supracitados e identificou que:

Os transtornos mais frequentes encontrados pelos estudos, respectivamente, foram: depressão, transtorno de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtornos por uso de substâncias, e transtorno de conduta. Entre esses, os valores de prevalências variam entre os estudos: depressão – 0,6% e 30%, transtornos de ansiedade – 3,3% e 32,3%; TDAH – 0,9% e 19%, transtornos por uso de substâncias – 1,7% e 32,1%; transtorno de conduta – 1,8% e 29,2% (TRIENGO et al, 2014 p.4).

Além disso, a revisão apontou que há poucos estudos de base populacional sobre transtornos mentais e fatores associados em crianças e adolescentes. Afirmou serem mais comuns no sexo masculino e como elementos associados a prevalência dos transtornos supracitados também podem ser considerados: fatores biológicos, genéticos e ambientais, assim como o histórico familiar de transtornos mentais, violência familiar, comunitária e estrutura familiar (TRIENGO et al, 2014).

A saúde mental, que costuma abarcar os fatores envolvidos nos processos de saúde e doença desses sujeitos atualmente está se consolidando, enquanto setor do cuidado em saúde extramuros, ou seja, na busca pelo não rompimento/enfraquecimento dos vínculos dos seus usuários com a sociedade, território e familiares. Apoiar-se na busca pelo cuidado em rede com diferentes setores e serviços substitutivos à lógica hospitalocêntrica segregadora, bem como demonstra esforços

para a reorientação dos cuidados de saúde pelo SUS de acordo com a necessidade da demanda, saindo do nível terciário - hospital psiquiátrico, para o secundário - especialidades – CAPSs, e, atualmente, primário junto à Estratégia de Saúde da Família (ESF), a fim de prestar atenção à saúde (BRASIL, 2014)a. Entretanto, isto só tem sentido se a compreensão do sofrimento psíquico não for vinculada ao sujeito (como algo desenvolvido por ele), pois esse sujeito pertence ao um meio também responsável pela manifestação desse sofrimento, que pode tanto contribuir para a expressão desse sofrimento, quanto para a superação dele.

Essa lógica de rede da saúde mental, apoiasse no entendimento de que o sujeito tem direito de estar inserido em sua rede de apoio e setores que envolvem o seu entorno. A qual se constitui a nível social, educacional, assim como de saúde, onde se estabelecem a maior parte dos vínculos no território, papel social, funcionalidade, entre outros (BRASIL, 2014)a.

O cuidado aos casos de transtornos mentais que englobam prejuízos funcionais severos e persistentes, com base na política brasileira de saúde mental infantil e juvenil, tem como ação central a implementação de Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Contudo, vale ressaltar que há uma rede intersetorial com potencial de cuidado que pode se efetivar por meio da articulação das ações específicas de saúde mental infantil e juvenil com os setores da saúde de atenção básica, educação e assistência social. Articulação que potencializa o suporte aos problemas mais frequentes, que envolvem prejuízos mais pontuais (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Vale ressaltar que os

transtornos mentais trazem prejuízos importantes já na infância e podem ter consequências negativas futuras em diversas áreas da vida, como no desempenho e evasão escolar, engajamento em atividades ilegais, uso e abuso de substâncias psicoativas, menor empregabilidade e renda familiar, entre outros. Além disso, transtornos mentais durante a infância e adolescência também tornam-se preocupações sérias para o sistema de saúde pública, pois metade dos adultos com transtornos mentais tem os primeiros sintomas antes dos 14 anos (PEREIRA, 2013, p. 08).

Ao analisar a atuação dos profissionais e do Sistema de Saúde frente aos problemas de saúde mental, a literatura científica indica que pesquisas, políticas e práticas de atenção à saúde mental, ainda se reportam mais à população adulta e/ou possuem maior foco no movimento da luta antimanicomial de maneira mais

abrangente, enquanto que aquelas voltadas para crianças e adolescentes continuam escassas. Ao mesmo tempo em que se observa que o papel dos profissionais da atenção básica sinaliza inúmeras deficiências nesta atuação, tais como: dificuldades para a identificação precoce dos problemas de saúde mental em crianças, pouca valorização deste tipo de problema e fragilidades na formação para a detecção de transtornos mentais nesta população (BRASIL, 2014a; FEITOSA et al, 2011; TRIENGO et al, 2014).

Da mesma forma que a saúde teve que se reestruturar para a inserção daqueles que possuem questões de saúde mental, os outros setores da sociedade passaram a ter que se reorganizar e dispor de espaços para inserção. Quanto maior a rede de apoio envolvida e participação daqueles que compõe as rotinas deste público, como no caso de professores, cuidadores, profissionais de saúde ou de programas sociais, melhor poderá se tornar a oferta de condições de amparo e prevenção a agravos/crise. Porém, para que se possa ofertar uma assistência sólida, suporte integral e favorecer a inclusão, faz-se necessário que os envolvidos estejam instrumentalizados, para que a sua intervenção não seja limitada a alicerces frágeis de suporte (ALVES, 2010; BRASIL, 2014a).

3.4.2 Deficiência intelectual

A deficiência Intelectual apresenta evolução conceitual no que corresponde a sua terminologia. Uma de suas primeiras definições estava relacionada ao termo *idiotismo*, que significava carência ou insuficiência intelectual, até surgir o entendimento desta condição como vinculada ao conceito de inteligência, que considerou a classificação do Quociente de Inteligência – QI, como sua única determinação. Posteriormente, com a Teoria das Inteligências Múltiplas, passou-se a considerar outras habilidades, que não são apenas as classificadas nos testes de QI. Levando-se em consideração a sua classificação cronológica, surgiram também teorias com explicações sociais e depois biopsicossociais da deficiência (MOTA, 2014).

Ela foi denominada ainda, como Retardo Mental (termo ainda utilizado no CID 10), Deficiência Mental, e atualmente está sob a definição de Deficiência Intelectual, proposta pela Associação Americana de Deficiência Intelectual e do

Desenvolvimento (AADID). Definição mais recente, também presente na atual edição do *Diagnostic na Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V)*, que percebe esta condição sob a perspectiva funcional e multidimensional, baseada em um conceito socioecológico, considerando limitações pessoais, necessidades de apoio e avaliação interdisciplinar (MOTA, 2014).

O atual conceito de deficiência intelectual proposto pelo DSM V define a deficiência intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) considerando-o com base no funcionamento adaptativo, não baseia-se mais apenas em escores de QI, como transtorno subdividido em leve, moderado, grave e profundo, iniciado no período de desenvolvimento, mas considera os déficits funcionais para o diagnóstico e segue critérios como:

- A. Déficits em funções intelectuais como raciocínio, solução de problemas planejamento, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem acadêmica e aprendizagem pela experiência confirmados, tanto pela avaliação clínica, quanto por testes de inteligência padronizados e individualizados.
- B. Déficits em funções adaptativas que resultam em fracasso para atingir padrões de desenvolvimento e socioculturais em relação à independência pessoal e responsabilidades. Sem apoio continuado, os déficits de adaptação limitam o funcionamento em uma ou mais atividades diárias, como comunicação, participação social, e vida independente, e em múltiplos ambientes, como em casa, na escola, no local de trabalho e na comunidade.
- C. Início dos déficits intelectuais e adaptativos durante o período de desenvolvimento (APA, 2014, p. 33).

Santos (2012) afirma que, a deficiência intelectual abarca uma série de questões que exigem preparo para o seu suporte. Ela engloba a condição de desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizada pelo comprometimento das faculdades que estruturam o nível global da inteligência, ou seja, das funções cognitivas que processam a capacidade de aprender, compreender e responder aos estímulos. Envolve, processos como o da capacidade de linguagem, aquisição da informação, percepção, memória, raciocínio, pensamento, entre outros, os quais viabilizam a realização de tarefas como leitura, escrita, cálculos, compreensão, sequência, entre outras.

Em paralelo, a Associação Americana de deficiência intelectual e do desenvolvimento define a deficiência intelectual por funcionamento intelectual (QI) inferior, que caracteriza importantes limitações nas competências práticas, sociais e emocionais. Entre comunicação, autocuidado, vida no lar, interação social, saúde e

segurança, capacidade de uso dos recursos da comunidade, autodeterminação, funções acadêmicas, lazer e trabalho, sendo que ao menos duas áreas se destacam como com fortes limitações (SANTOS, 2012).

3.4.3 Transtornos mentais e deficiência intelectual no ensino fundamental regular: demandas de suporte diferenciado

A Deficiência Intelectual e a Saúde Mental no cenário de estudo e de atuação profissional, embora tenham compartilhado questões históricas, tomaram rumos diferentes. Ambas as áreas tiveram históricos de exclusão e institucionalização das pessoas com Deficiência Intelectual ou problemas de Saúde Mental, bem como tiveram lutas importantes em defesa dos Direitos Humanos e de desinstitucionalização, na tentativa de assegurar direitos e de inclusão real desta população nos diferentes setores da sociedade (SURJUS; CAMPOS, 2013).

A escola e o ambiente familiar, por serem os lugares onde as crianças passam a maior parte do tempo, podem ser espaços propícios à observação e *start* para o pedido de suporte para a avaliação dos encaminhamentos necessários. Sendo a escola ainda, espaço privilegiado por estar constantemente acessando e avaliando o desenvolvimento da criança, suas formas de processamento cognitivo, comportamental e físico, em diferentes momentos no exercício das atividades do dia-a-dia, que permite um olhar mais refinado.

Os transtornos mentais são bastante prevalentes na infância no Brasil e sujeitos afetados por doenças mentais demonstram pior rendimento escolar, baixa interação social, problemas com a lei, maiores taxas de evasão escolar e de índices de gestação na adolescência. Sendo que, na ótica neurodesenvolvimental, intervenções voltadas a saúde mental nas escolas poderiam evitar a manifestação ou amenizar a intensidade dessas doenças mentais, prevenir problemas na esfera familiar, acadêmica e social (SOARES et al, 2014).

Azevedo e Ferreira-Filha (2012) apontam em um estudo as facilidades e dificuldades dos profissionais que atuam na rede de saúde mental que, ainda há instituições e profissionais resistentes para o desenvolvimento de práticas de inclusão social para pessoas em condição de sofrimento psíquico. Contexto no qual, os professores referem aos profissionais de saúde mental sentirem-se despreparados

para lidar com os escolares em situação de sofrimento psíquico, julgam-se sem condições de propiciar a inclusão o que é algo grave e preocupante. Contudo, estes autores apresentam também a possibilidade de avanços neste movimento nacional de luta para a efetivação da inclusão social pelo envolvimento em rede, parcerias com instituições formadoras para instrumentalização de profissionais por meio de formações, estreitamento de vínculos e ações compartilhadas. Os educadores, quando envolvidos, acabam dando maior abertura para as ações de saúde mental, tornando-se mais atuantes e colaborativos uma vez que se sentem melhor amparados para prestarem suporte a essa demanda.

Ainda, na percepção de Azevedo e Ferreira-Filha (2012), o processo de formação de educação permanente e capacitação de profissionais é uma ferramenta potente para o exercício da saúde mental e de inclusão articuladas, pois viabiliza trocas de saberes, sedimentando a interdisciplinaridade. Nesse sentido, consideram atraente utilizar esta ferramenta como estratégia de suporte aos professores no que concerne à saúde.

Quanto à deficiência intelectual, Tolledo e Vitaliano (2012) evidenciam que algumas escolas ainda não disponibilizam espaço para o avanço da disseminação das matrículas destas crianças, justificando que as classes de atendimento especializado estão lotadas e o atendimento das necessidades delas torna-se inviável, sendo que os números deveriam ser mais expressivos.

Cabe destacar que o papel das classes especiais já vem se configurando como espaço de educação ativo pela busca da inserção de escolares com deficiência intelectual. Já o ensino regular ainda sinaliza que não se estruturou, demonstrando limitações para atender este público. O aluno especial exige da escola estratégias, que considerem a sua subjetividade e potencialidades individuais. O que geralmente não são preconizadas pela classe regular, sendo que o aluno evidencia a dificuldade da escola de atingir este objetivo (LOPES, 2010).

Realizar a identificação de Deficiência Intelectual continua sendo uma tarefa difícil. Anterior ao debate promotor de estratégias de inclusão escolar havia a exigência de avaliação para o encaminhamento destes alunos para as classes de educação especial. Atualmente, o foco está relacionado à permanência destes estudantes em salas de aula comuns de ensino regular, e estas avaliações vem sendo relacionadas com novos propósitos que precisam de mudanças na sua sistematização e fundamentação. Percebe-se que ainda há processo de estruturação destas práticas

avaliativas, que podem limitar o direito das pessoas com deficiência a ter uma educação voltada as suas necessidades (VELTRONE; MENDES, 2011, MENDES, 2010, GARCIA, 2013)

Desse modo, em relação a escolares, pode-se considerar que ambas as condições afetam o aproveitamento escolar, sendo que problemas de saúde mental em geral afetam de maneira significativa o desempenho e, a deficiência intelectual caracteriza-se por levar ao insucesso escolar. Além do fato de que ambas, repercutem no ambiente de sala de aula, na condução do processo pedagógico da turma, nas interações entre colegas e professores, podendo ocasionar inclusive evasão escolar por dificuldades de inserção e por “inadequação” (PEREIRA, 2013).

4 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE (EPS) COM PROFESSORES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO: ESTRATÉGIA DE INSTRUMENTALIZAÇÃO NA PERSPECTIVA INCLUSIVA E DE INTEGRALIDADE

Definições conceituais acerca da Educação Permanente vem sendo discutidas há muitos anos na área da Pedagogia. Entre seus precursores estiveram autores da Escola Francesa que trabalharam seu conceito desde o século XVIII. O termo “Educação Permanente” já foi compreendido em muitos sentidos e até mesmo sob uma perspectiva oposta à lógica a que se proclama na atualidade. Já partiu da perspectiva “limitada” da formação continuada de educação de adultos, educação extraescolar, formação profissional, formação supletiva, reciclagem, educação informal, entre outros, voltada à preocupação com a educação posterior ao sistema educacional (FURTER, 1974 *citado por* FERRAZ, 2011).

O termo Educação Permanente foi incorporado na área da saúde, nas décadas de 1970 e 1980, quando a Organização Mundial da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde (OMS/OPAS) estudaram o tema e estruturaram o conceito de Educação Permanente em Saúde (ROSCHKE; DAVINI, HADDAD, 1993).

Atualmente no Brasil, na área da saúde, a educação permanente em saúde (EPS) supera a lógica da formação continuada. Certamente, a formação continuada proporciona contribuições para a educação, porém, se limita a temas pontuais de forma “restritiva”, voltados para o aperfeiçoamento de conceitos já existentes. Em contraponto, na EPS, em sua essência atual, ocorre o pensar sobre a própria conduta e movimentos gerados pelo trabalho, que impulsiona para além do contato com os

conhecimentos pré-existent, move para a necessidade de novos conhecimentos, não é algo que “se resolve” entre conhecimentos já existentes, mas se forma e constrói no movimento do trabalho (MERHY, FEUERWERKER, CECCIM, 2006).

O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, que culminou na estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) como novo modelo de saúde no final da década de 1980, incitou o interesse e a mobilização pela EPS, na busca pelo estabelecimento de bases sólidas para a aquisição dos novos conceitos e modos de fazer/entender a saúde propostos pelos princípios do SUS, levando em consideração a defasagem da formação dos profissionais neste contexto.

Na atualidade, a EPS, como ferramenta de instrumentalização, se propõe a conduzir às aprendizagens, construir conhecimento, discutir a problematização de experiências, estabelecer práticas educativas, compor coletivos de aprendizagem, círculos de cultura, gerar o desenvolvimento por desafios sócio-interacionistas, viabilizar o acesso a novos saberes e fazeres de forma problematizadora dos saberes e fazeres existentes, entre outros processos das relações de ensino-aprendizagem. Permite reflexões sobre a escuta pedagógica de como ocorre o processo de trabalho, o compartilhamento de experiências sobre como acontece a composição dos coletivos de aprendizagem e o seu desenvolvimento, não se restringe ao “o que é” ou “como está”, ou ainda “o que deve” e “como deve” ser e estar, mas incita para a atualização, o processo de mudança, a emergência pelos saberes e fazeres novos pela construção pedagógica que reflete e intervém na práxis (CECCIM, 2007).

Da mesma forma, a escola também é um espaço que busca a reorientação das suas práticas, concepções sobre educação e das representações acerca do papel que o educando e o educador exercem no ensino. O ensino regular em particular torna-se espaço fundamental para o desenvolvimento de processos de adequações curriculares e aperfeiçoamentos relativos às especificidades dos estudantes que estruturam o cenário da educação inclusiva. Principalmente pela histórica defasagem curricular a respeito desta temática que requer intensificação da sua apropriação para favorecer um cumprimento mais efetivo dos direitos assegurados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) nº 9.394/96 (LOPES, 2010).

Acreditamos que a formação dos professores deve ser compreendida como um dos dispositivos de mudança que possui uma estreita conexão com outros setores e áreas de intervenção. Sendo que a formação não antecipa as transformações, elas ocorrem durante o processo, constituem-se no movimento de inovação e de busca

pelos novos caminhos mais efetivos para as demandas apresentadas. Logo, a mudança educacional depende da capacidade dos professores de ressignificação dos saberes e apropriação de novas compreensões, (re)construídas em ato na formação para a estruturação e consolidação de uma nova práxis e concepções. (FERNANDES, 2013).

Enquanto que a Educação Permanente em Saúde (EPS) se estabelece como significativa estratégia de aprendizagem, que tem por objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. É realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade do trabalho, considera os conhecimentos e as experiências dos envolvidos, bem como suas necessidades de formação, desenvolvimento laboral e as demandas de saúde das populações. Como se pode observar o cotidiano do trabalho é campo formador, o mundo do trabalho é uma escola, somos aprendizes e produtores de saberes no movimento do cotidiano profissional. Neste contexto, o exercício da EPS favorece o pensar sobre a própria conduta e movimentos do trabalho, coloca os conhecimentos pré-existentes em cheque e torna emergente o anseio por novos conhecimentos, conceitos já existentes se esvaziam, dando origem a novas compreensões derivadas dos movimentos cotidianos do exercício do trabalho (BRASIL, 2009; MERHY 2005, FRANCO, 2007).

Alguns autores, como Ceccim e Feuerwerker (2004), defendem o SUS como escola, de modo que, se podemos pensar o cotidiano do trabalho como campo formador e que o mundo do trabalho na saúde é uma escola, porque também não partir da ideia de que o ambiente do ensino regular também poderá ser um espaço formador da construção do cuidado em saúde e disseminação dela com base no conceito de integralidade?

Enfim, como se pode observar a EPS apresenta-se como forte instrumento de mediação para a ressignificação da saúde, suas práticas e elementos envolvidos em seu processo nos diferentes níveis de atenção à saúde. De maneira que poderá tornar-se atrativa para a emergente busca por ressignificação de práticas de ensino e de aprendizagem dentro da perspectiva integralizante proposta pelas Diretrizes e Bases educacionais do cenário atual e movimentos para a intensificação da propagação e consolidação da educação inclusiva com vistas à deficiência intelectual e transtornos mentais.

Uma vez que, através do que propõe a EPS, o educador poderá ter a oportunidade de ser mobilizado à superação das ações cristalizadas até então pelos

moldes educacionais tradicionais fragmentados e excludentes. E, deste modo, dispor da ressignificação necessária para ser impulsionado para novas práticas e compreensões acerca do papel do educando e do educador, implicado na construção cidadã dos sujeitos como atores corresponsáveis no ensino.

Apesar de a proposta de EPS ser oriunda da educação, e não visse versa, buscou-se propor essa modalidade justamente por estar familiarizada com temáticas do setor da saúde para favorecer a intersectorialidade necessária e potencializar uma visão mais integral dos educandos dentro das temáticas de deficiência intelectual e transtornos mentais.

4 MÉTODO

4.1 DESENHO DO ESTUDO

O estudo caracteriza-se por ser uma pesquisa transversal, de abordagem quantitativa.

4.2 HIPÓTESE

Os professores da rede municipal de ensino fundamental regular possuem em sua percepção um conhecimento limitado sobre deficiência intelectual e transtorno mental na infância, sendo que a forma como se preparam para trabalhar com esses escolares é incipiente, necessitando haver um processo contínuo de formação ao longo do processo de trabalho, que possa subsidiar uma atuação docente que corresponda às demandas.

4.3 LOCAL DO ESTUDO

Estudo realizado em 52 escolas de ensino fundamental de um município do Sul de Santa Catarina. A Secretaria Municipal de Educação (SME) possui uma Rede de Educação Municipal (REM). A REM agrega 72 escolas que possuem: educação infantil, ensino fundamental (I) e ensino fundamental (I e II). Dentre as escolas da REM, em 2016, 24 ofereciam Classes de Atendimento Educacional Especializado (AEE) para crianças com deficiências: física, intelectual, mental ou sensorial, transtornos globais do desenvolvimento que apresentam quadros de alterações neuropsicomotoras, comprometimento nas relações sociais, na comunicação ou estereotípias motoras, incluindo autismo clássico, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância (psicoses), transtornos invasivos sem outra especificação e estudantes com altas habilidades (superdotação).

4.4 POPULAÇÃO

Em 2016, entre as 72 escolas cadastradas na REM, 52 possuíam ensino fundamental (I) regular - 1º ao 5º ano, com um total de 391 professores, distribuídos em 83 turmas de 1º ano, 86 turmas de 2º ano, 76 turmas de 3º ano, 75 turmas de 4º ano, 71 turmas de 5º ano.

Das 52 escolas, 47 tinham no ano referido um total de 192 crianças com laudo de DI e/ou utilizando medicação para TM, e dessas, 162 encontram-se ligadas ao AEE. Essa realidade demonstra a necessidade de analisar o preparo dos professores para o atuação docente com crianças com DI e TM no ensino regular.

4.4.1 Critérios de inclusão e exclusão

A população total do estudo foi definida pelos seguintes critérios de inclusão e exclusão:

- a) critérios de inclusão: compor o quadro de professores da Rede Municipal de Ensino Fundamental (I) (efetivos e contratados, permanentes e temporários).
- b) critérios de exclusão: ser professor de disciplinas complementares como artes e educação física da rede municipal de ensino fundamental I, estar afastado no período de realização da coleta de dados.

4.5 AMOSTRA

Frente aos critérios de inclusão e exclusão, a amostra foi selecionada de um universo de 391 professores que compuseram o quadro do Ensino Fundamental (I) regular, de 1º ao 5º ano - da Rede de Educação Municipal em 2016.

A amostra definida para o estudo foi probabilística, aleatória, sendo utilizada a fórmula de cálculo de Costill (1) (BARBETTA, 2001). Nessa modalidade de amostragem, cada sujeito da população possui uma probabilidade conhecida e não nula de ser selecionado (SZWARCOWALD e DAMACENA, 2008).

$$n = \frac{N \cdot n_0}{N + n_0}$$

Sendo:

N = tamanho da população

n = tamanho da amostra

n_0 = uma primeira aproximação para o tamanho da amostra

O cálculo amostral inicial forneceu um $n=197$, porém, a fim de contemplar professores dos diferentes anos do ensino fundamental (I) de forma equilibrada, o valor foi ajustado para mais, sendo definido estatisticamente um $n=220$. Desse modo, foi possível manter o erro amostral de 5% com base na população finita, e viabilizar a aplicação dos instrumentos contemplando os professores de 1º ao 5º ano de forma homogênea.

4.6 LOGÍSTICA E INSTRUMENTOS

A coleta de dados ocorreu de 16 de dezembro de 2016 a 30 de março de 2017. Antes da pesquisa ocorrer houve um incêndio no espaço em que a SME localizava-se, e em função disso, o acesso ao registro de algumas informações tornaram-se inacessíveis, sendo necessário que a pesquisadora junto com o bolsista da pesquisa fizessem contato telefônico com as 72 escolas municipais para que fosse possível identificar; a amostra, as escolas se enquadravam nos critérios de inclusão do estudo, ou melhor, que possuíam ensino fundamental I (destinado a turmas de 1º ao 5º ano) no ensino regular e qual a quantidade de professores por turma/ escolas, pelo período de três meses. Dentre as 72 escolas, foram identificadas 52 com o ensino fundamental I passíveis de participar do estudo, as outras não se encaixavam porque eram destinadas à educação infantil e/ou ensino fundamental II (destinada a turmas de 6º ao 9º ano) e ensino médio em que os docentes não era o público alvo.

A amostra contemplou 220 professores de 1º ao 5º ano, foi estabelecido como ponto de entrega e recolhimento dos questionários as pastas das escolas que ficavam na SME, onde foram deixados os envelopes com os questionários e as pastas lacradas para devolução. O questionário autoaplicável era apresentado aos participantes acompanhado por uma carta convite à participação da pesquisa com

orientações prestadas acerca do preenchimento e devolução, junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. O contato da pesquisadora e orientadora para possíveis esclarecimentos de dúvidas sobre o estudo estavam expressos no TCLE assinado pelos participantes.

Os professores do ensino fundamental (I) foram convidados a participar via carta convite de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, considerando as turmas de cada ano (1º ao 5º ano) disponíveis. Assim, foi assegurada maior homogeneidade de participantes dos diferentes anos inseridos no ensino fundamental regular do município em estudo.

Em reunião específica dos diretores das escolas com a SME, foi realizada orientação sobre o modo de entregar e recolher os instrumentos de coleta de dados em cada escola. Ainda, no período de coleta, uma vez ao mês foram disparados e-mails aos diretores das escolas, a fim de reforçar informações sobre o convite, a entrega dos questionários aos professores, os critérios para preenchimento e devolução das pastas lacradas à SME, a fim de que a pesquisadora pudesse recolher o material coletado. Os diretores receberam o e-mail, dispararam para os professores e também os orientaram a respeito pessoalmente em reunião pedagógica.

Nessa etapa, foi utilizado como instrumento de coleta de dados um questionário fechado autoaplicável (Apêndice A) com 35 questões que buscaram analisar como os docentes percebem o conhecimento dos professores sobre DI e TM na infância e como se preparam para trabalhar com esses escolares.

O questionário foi organizado em 6 blocos temáticos: - Bloco I: Identificação dos participantes; - Bloco II: Educação formal e permanente sobre Deficiência Intelectual e Transtorno Mental; - Bloco III: Conhecimento relacionado a Deficiência Intelectual e Transtorno Mental; - Bloco IV: Habilidades para identificação e atuação junto a estudantes com Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais; - Bloco V: Habilidades para atuação docente com estudantes com Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais; e, - Bloco VI: Habilidades para encaminhamento de estudantes com Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais.

Vale ressaltar que antes da coleta de dados foi realizado um piloto para verificar a aplicabilidade do instrumento e a realização dos ajustes que se fizeram necessários ao mesmo, com 5 pessoas que apontaram a necessidade de inserir o item “não sei” para garantir a aplicabilidade, ajustes em termos de nomenclaturas acessíveis nos enunciados e destaque nas questões estavam interligadas, como por

exemplo, deixar em negrito informações como: **Se a resposta da questão nº X foi “NÃO abordado” ou “não me recordo”**, passe para a **questão nº Y**. Já, **se na questão nº X, sua resposta foi uma das outras**, responda.

4.7 VARIÁVEIS DEPENDENTES E INDEPENDENTES

Considerou-se como variável dependente a atuação docente com de estudantes com Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais. E como variáveis independentes as questões relacionadas aos demais blocos temáticos do questionário, sendo eles, o perfil dos participantes; a educação formal e permanente dos professores sobre DI e TM, o conhecimento relacionado a DI e TM; e, habilidades para encaminhar os estudantes conforme as necessidades para setores específicos relacionados a saúde e a educação.

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Após a coleta de dados foi elaborado um banco de dados no software Microsoft Excel versão 2013, e os dados exportados para o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 23.0, no qual foi realizada a análise estatística. Foram calculadas medidas descritivas, como mediana e intervalo interquartil, para as variáveis numérica quantitativas, e frequência absoluta (n) e relativa (%) para as qualitativas.

Buscando quantificar a associação ou independência entre a atuação docente com crianças com DI e TM em relação às demais variáveis categóricas, utilizou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson. Entre as categorias que mostraram associações positivas pelo teste de Qui-quadrado, foi feita uma análise de resíduos padronizados ajustados para identificar as associações mais significativas.

Na análise univariada, foi testada a normalidade das variáveis numéricas pelo teste de Shapiro-Wilk, que revelou distribuição não gaussiana para as variáveis apresentadas. Assim foi utilizado o Teste de Kruskal Wallis (sucedido pelo Teste post-hoc de Dunn), buscando quantificar a distribuição do escore de conhecimento sobre Transtornos Mentais e Deficiência Intelectual em relação a atuação docente com

crianças com DI e TM. Foram realizadas representações gráficas de tais comparações por meio de gráficos box plot.

Para a regressão logística o método utilizado foi a análise multivariada. Inicialmente, foram dicotomizadas todas as variáveis. Buscando avaliar as associações entre as variáveis independentes dicotomizadas em relação à variável dependente (a atuação docente com crianças com DI e TM) também dicotomizada, foi realizada a análise bivariada na primeira etapa pelo teste de Qui-quadrado de Pearson, sendo candidatas ao modelo multivariado todas as associações que apresentaram $p < 0,25$. Em seguida, foi realizada a Regressão Logística, sendo calculado o Odds Ratio (OR), e respectivos intervalos de confiança (IC), para as associações com $p < 0,05$, buscando quantificar a magnitude da associação.

Para todos os testes supracitados foi considerado como significativo $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95% (IC 95%).

4.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo deriva-se de uma macro pesquisa intitulada “Educação permanente em saúde com professores da rede municipal de ensino: possibilidade de identificação precoce de transtornos mentais e deficiência intelectual para uma educação inclusiva”. A coleta de dados iniciou após a aprovação da pesquisa junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense, sob parecer n. 1.870.511 (Anexo A) que, gerou um banco de dados, do qual foram extraídos parte dos dados para a execução desta dissertação. A macro pesquisa e banco de dados, foi realizado também pela mestranda, orientadora, co-orientadora e bolsista de iniciação científica, financiados com recursos do programa PIBIC/UNESC/CNPq.

Os riscos em participar do estudo foram minimizados, ao esclarecer os participantes que apenas preencheriam, conforme data e horário viáveis a eles, um questionário autoaplicável com perguntas fechadas, sendo que os mesmos seriam identificados por códigos. Foi esclarecido que os benefícios em participar do estudo se daria ao colaborar com uma pesquisa científica a qual possibilitaria fazer uma análise sobre o conhecimento e o preparo dos professores da RME para atuação docente com crianças com DI e TM.

Em relação a conflitos de interesses, a pesquisadora principal do presente estudo atua como psicóloga para o suporte de crianças do 1º ao 5º ano do ensino fundamental I em uma das escolas participantes do estudo. Contudo, vale ressaltar que para a análise dos dados a mesma realizou os processos de forma imparcial ao assumir a postura de investigadora. É importante destacar que não houve nenhuma espécie de pagamento, bonificações ou recompensas aos participantes da pesquisa.

A fim de garantir os direitos dos participantes, antes de preencherem o questionário os mesmos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice B), no qual está claro que eles tinham a liberdade de participar ou não, bem como de desistir a qualquer momento do estudo, e que a pesquisa não oferecia nenhum tipo de risco às suas vidas.

Para o sigilo das identidades, as escolas não foram identificadas. Ainda, foi assegurado a todas as instituições e participantes que as informações coletadas seriam utilizadas exclusivamente para fins da pesquisa. Vale ressaltar que os dados foram arquivados em computadores com senha de acesso e os instrumentos impressos estão guardados em pastas lacradas pelo período de cinco anos, aos quais apenas a pesquisadora principal tem acesso.

Após a aprovação do trabalho final por uma banca de avaliadores e apresentação pública da dissertação, as pesquisadoras comprometem-se em enviar uma cópia da dissertação (no formato impresso e digital) à Secretaria Municipal de Educação. Igualmente, caso haja manifestações de interesse, comprometemo-nos em apresentar na forma oral os resultados. Ainda, enviar (via e-mail) a dissertação no formato pdf às diretoras das escolas participantes, a fim de que disponibilizem a todos os professores.

Cabe ressaltar que os resultados serão socializados na comunidade científica, por meio da apresentação e publicação do trabalho em eventos nacionais e internacionais. Além da publicação de artigos em periódicos científicos, de modo a difundir o conhecimento e contribuir com o debate em torno desta importante temática.

5 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados apresentados nessa seção encontram-se estruturados em três partes: a primeira descreve as características da amostra; a segunda, a análise univariada das variáveis independentes em relação a atuação docente; e a terceira, a análise univariada e multivariada das variáveis independentes dicotomizadas em relação atuação docente com crianças com DI e TM.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFESSORES

Dentre os 220 professores entrevistados que compuseram a amostra, a maioria foi do sexo feminino (n=216; 99,1%), atuando no 4º ano (n=50; 22,7%), com mais de 15 anos de formação (n=86; 40,2%), com formação em Pedagogia (licenciatura) (n=206; 94,5%) e com pós-graduação (n=188; 87,0%) realizada em área interdisciplinar (n=106; 54,4%), conforme ilustra a Tabela 1.

Tabela 1 - Identificação dos participantes da pesquisa

Variável	n (%)
	n=220
Sexo*	
Masculino	2 (0,9)
Feminino	216 (99,1)
Turma de atuação	
1º ano	39 (17,7)
2º ano	45 (20,5)
3º ano	46 (20,9)
4º ano	50 (22,7)
5º ano	40 (18,2)
Tempo de exercício da profissão (geral)*	
Menos de 1 ano	7 (3,2)
1 a 3 anos	29 (13,2)
4 a 6 anos	26 (11,9)
7 a 9 anos	22 (10,0)
10 a 12 anos	25 (11,4)
13 a 15 anos	24 (10,9)
Mais de 15 anos	86 (40,2)
Formação acadêmica*	

Magistério completo – nível médio	1 (0,5)
Nível superior – pedagogia (licenciatura)	206 (94,5)
Nível Superior	2 (0,9)
Cursando pedagogia	1 (0,5)
Pós-graduação*	
Não possui	25 (11,6)
Especialização	188 (87,0)
Mestrado	3 (1,4)
Área de especialização*	
Psicopedagogia	8 (4,1)
Educação/Alfabetização	57 (29,2)
Interdisciplinaridade	106 (54,4)
Não possui	24 (12,3)

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

* Os resultados dessa variável não expressam o quantitativo total da amostra, visto que não foi apresentado na tabela o item “não respondeu”.

Na análise da educação formal e permanente do docente, associada à Deficiência Intelectual (DI), pode-se observar mediante dados da Tabela 2, que 106 respondentes (48,2%) consideraram que o tema foi abordado em sua formação por meio de disciplinas, contudo, de forma “Parcialmente Satisfatória” (n=70; 47,3%). Entre os respondentes 105 (49,5%) afirmam que “Não” participaram de cursos/aperfeiçoamentos sobre DI depois de formados, mesmo que “Sempre” (n=84; 39,3%) foram informados pela Secretaria Municipal de Educação (SME) sobre a disponibilidade de cursos; entre os participantes, 75 (35,9%) expressaram que “Não, nunca foi ofertado” cursos específicos para educação no ensino regular sobre DI, sendo que entre os que responderam que a SME (n=61; 29,2%) ofertou cursos específicos, expressaram que a contribuição destes cursos para a prática em sala de aula foi “Parcialmente satisfatória” (n=25; 34,7%) ou “Satisfatória” (n=26; 36,1%); expressam que há “Bastante” (n=108; 50,0%) interesse em participar de cursos de formação; e que a escola proporciona “Frequentemente” (n=82; 38,5%) momentos para reflexão/discussão sobre esse tema.

Quanto à análise da Educação formal e permanente associada aos Transtornos Mentais (TM), a Tabela 2 expressa que grande parte dos entrevistados (n=84; 39,1%) considerou que o tema foi abordado em disciplinas em sua formação profissional, porém também de maneira “Parcialmente Satisfatória” (n=61; 41,2%). Houve participação em cursos/aperfeiçoamentos (n=97; 47,3%) sobre TM depois de

formados. Houve uma divisão de opiniões sobre se a SME informa cursos/capacitações sobre o tema TM, pois (n=69; 33,2%) expressou que “Sempre” é informado e o mesmo quantitativo que “Raramente” é informado. Sobre a participação em cursos ofertados especificamente para educação no ensino regular sobre TM pela Secretaria Municipal de Educação, os relatos expressam que “Não, nunca foi ofertado” (n=79; 38,7%). Contudo, entre os 48 (23,5%) que referiram que é ofertado, expressam que contribuição de tais cursos para a prática em sala de aula foi considerada “Satisfatória” (n=24; 35,3%); que há “Bastante” (n=102; 48,3%) interesse em participar de cursos de formação sobre TM; e a escola proporciona “Frequentemente” momentos para reflexão/discussão (n=75; 35,2%).

Tabela 2 - Educação formal e permanente sobre Deficiência Intelectual e Transtorno Mental

Variável	Deficiência Intelectual	Transtornos Mentais
	n (%) n=220	
Na formação disciplina sobre os temas		
Sim	106 (48,2)	84 (39,1)
Não, o tema não foi abordado	38 (17,3)	39 (18,1)
Não, mas o tema foi abordado em outras disciplinas	55 (25,0)	62 (28,8)
Não recorda	21 (9,5)	30 (14,0)
Considerou o conteúdo ministrado na formação sobre os temas		
Insatisfatório	34 (23,0)	40 (27,0)
Parcialmente satisfatório	70 (47,3)	61 (41,2)
Satisfatório	38 (25,7)	39 (26,4)
Excelente	4 (2,7)	3 (2,0)
Não sabe avaliar	2 (1,4)	5 (3,4)
Participação em curso/aperfeiçoamento após formado sobre os temas		
Sim	92 (43,4)	97 (47,3)
Não	105 (49,5)	87 (42,4)
Não recorda	15 (7,1)	21 (10,2)
Informado pela SME sobre disponibilidade de cursos sobre os temas		
Nunca	25 (11,4)	24 (11,5)
Raramente	63 (29,4)	69 (33,2)

Sempre	84 (39,3)	69 (33,2)
Não há oferta	16 (7,5)	14 (6,7)
Não sabe avaliar	26 (12,1)	32 (15,4)
Participação em curso ofertado pela SME específico para educação no ensino regular sobre os temas		
Sim	61 (29,2)	48 (23,5)
Não, nunca foi ofertado	75 (35,9)	79 (38,7)
Não, nunca teve interesse neste assunto	13 (6,2)	13 (6,4)
Não sabe avaliar	60 (28,7)	64 (31,4)
Contribuição destes cursos para a prática em sala de aula com crianças com DI e TM		
Insatisfatório	11 (15,3)	12 (17,6)
Parcialmente satisfatório	25 (34,7)	18 (26,5)
Satisfatório	26 (36,1)	24 (35,3)
Excelente	6 (8,3)	3 (4,4)
Não sabe avaliar	4 (5,6)	11 (16,2)
Interesse em participar de cursos de formação sobre os temas		
Nenhum	11 (5,1)	9 (4,3)
Pouco	59 (27,3)	62 (29,4)
Bastante	108 (50,0)	102 (48,3)
Totalmente	38 (17,6)	38 (18)
A Escola proporciona momentos para reflexão/discussão sobre os temas		
Nunca	15 (7,0)	16 (7,5)
Raramente	59 (27,7)	64 (30,0)
Frequentemente	82 (38,5)	75 (35,2)
Sempre	28 (13,1)	26 (12,2)
Não sabe avaliar	29 (13,6)	32 (15,0)

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

A Tabela 3 expressa a auto avaliação associada ao conhecimento/instrução, sendo que os respondentes declararam de forma predominante seu conhecimento como “parcialmente satisfatório” para Deficiência Intelectual (n=83; 39,0%), Transtorno de conduta (n=71; 33,3%), Ansiedade (n=69; 32,5%), Depressão (n=69; 32,7%), Autismo (n=71; 33,3%). Como “insatisfatório” para o Transtorno Opositor desafiante (n=73; 34,2%); e “satisfatório” para o Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (n=78; 36,4%).

Tabela 3 - Conhecimento relacionado à Deficiência Intelectual e Transtorno Mental

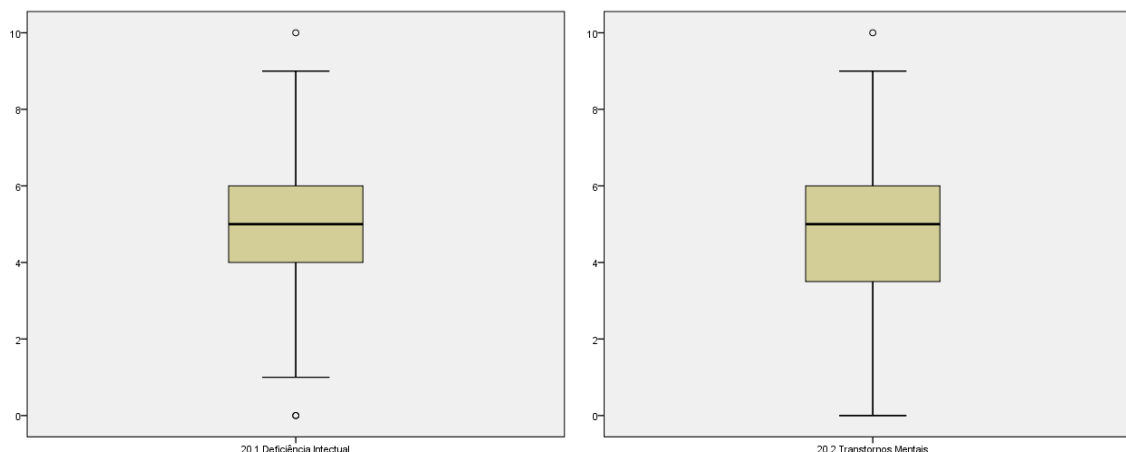
Variável*	Deficiência Intelectual	Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade	Transtorno Opositor desafiante	Transtorno de Conduta	Ansiedade	Depressão	Autismo
				n (%) n=220			
Auto avaliação conhecimento / instrução sobre os temas							
Nenhum	5 (2,3)	5 (2,3)	53 (25,0)	25 (11,7)	9 (4,2)	9 (4,3)	8 (3,8)
Insatisfatório	54 (25,4)	33 (15,4)	73 (34,2)	67 (31,5)	45 (21,2)	51 (24,2)	53 (24,9)
Parcialmente satisfatório	83 (39,0)	75 (35,0)	47 (22,2)	71 (33,3)	69 (32,5)	69 (32,7)	71 (33,3)
Satisfatório	64 (30,0)	78 (36,4)	28 (13,2)	39 (18,3)	66 (31,1)	60 (28,4)	61 (28,6)
Excelente	4 (1,9)	21 (9,8)	5 (2,4)	6 (2,8)	16 (7,5)	15 (7,1)	13 (6,1)
Não sabe avaliar	3 (1,4)	2 (0,9)	6 (2,8)	5 (2,3)	7 (3,3)	7 (3,3)	7 (3,3)

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

* Resultados de algumas variáveis não expressam o quantitativo total da amostra, visto que não foi expresso na tabela o item não respondeu.

Ainda quanto à auto percepção em relação ao conhecimento / instrução, a mediana na escala atribuída foi de 5,0 (4,0-6,0) para Deficiência Intelectual, e 5,0 (3,2-6,0) associada aos Transtornos Mentais (Figura 1).

Figura 1 – Auto percepção em relação ao conhecimento / instrução sobre Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais



Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Analisando as habilidades para identificação e atuação junto a estudantes com Deficiência Intelectual (Tabela 4), constatou-se que 173 (79%) dos respondentes expressaram já terem atuado em sala de aula com crianças com DI; em relação ao tempo de exercício como professor com crianças com DI (n=108; 70,1%) referem “menos de um ano”. A maioria referiu que em 2015 atuou em sala de aula com alunos confirmados com DI (n=100; 54,3%), e casos suspeitos (n=70; 47,6 %). Quanto a identificar se uma criança apresenta sinais de DI, 139 (63,8%) referem se sentir “um pouco capacitada” (n=139; 63,8 %).

Em relação aos Transtornos Mentais (Tabela 4), observou-se que 124 (59,3%) responderam que já atuaram em sala de aula com crianças TM; sendo que o tempo de exercício como professor com crianças com TM foi “menos de um ano” (n=103; 76,3%). A maioria referiu que em 2015 não teve casos confirmados (n= 116; 62,4%) de TM, e também não atuou com casos suspeitos (n=103; 72,5%). Quanto a identificar se uma criança apresenta sinais de TM, referem se sentir “um pouco capacitada” (n=125; 58,7%).

Com relação à inclusão de crianças, tanto com Deficiência Intelectual, quanto com Transtornos Mentais, constatou-se na tabela 4 que os principais

obstáculos são a falta de material didático pedagógico específico (DI n=150; 68,2 % / TM n=153; 70,5%) e falta de preparo dos professores (DI n=176; 80,0% / TM n=175;80,6%). Contudo, ficou explícito que há presença de apoio/Orientação pedagógica (DI n=122; 55,5 % / TM n=116; 53,5%), presença de Monitores para auxiliar em quantidade suficiente (DI n=135; 61,4% / TM n=137; 61,4%), não há resistência dos professores (DI n= 176; 80,0% / TM n=162; 74,7%) buscando incluir os alunos, não há preconceito de pais, alunos e comunidade (DI n=141, 64,1% / TM n=137; 63,1%), e não há superlotação nas salas de aula (DI n=125; 56,8% / TM n= 130; 59,9%), logo, esses tópicos não são vistos pelos participantes como obstáculos para inclusão das crianças.

Tabela 4 - Habilidades para identificação e atuação junto a estudantes com Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais

Variável*	Deficiência Intelectual	Transtornos Mentais
	n (%) n=220	
Atuação em sala de aula com crianças com DI e TM		
Sim	173 (79,0)	124 (59,3)
Não	43 (19,6)	76 (36,4)
Não sei	3 (1,4)	9 (4,3)
Tempo de exercício como professor com crianças com DI e TM		
Menos de um ano	108 (70,1)	103 (76,3)
1 a 3 anos	46 (29,9)	32 (23,7)
Em 2015, atuou em sala de aula com alunos com diagnóstico		
Sim	100 (54,3)	57 (30,6)
Não	79 (42,9)	116 (62,4)
Não sei	5 (2,7)	13 (7,0)
Em 2015, atuou em sala de aula com casos suspeitos de		
Sim	70 (47,6)	26 (18,3)
Não	67 (45,6)	103 (72,5)
Não sei	10 (6,8)	13 (9,2)
Sente-se capacitado para identificar uma criança que apresenta sinais de DI e TM		
Nada capacitado	22 (10,1)	27 (12,7)
Um pouco capacitado	139 (63,8)	125 (58,7)
Suficientemente capacitado	39 (17,9)	37 (17,4)
Totalmente capacitado	2 (0,9)	2 (0,9)
Não sabe avaliar	16 (7,3)	22 (10,3)
Principais obstáculos para inclusão de crianças		
Falta de material didático pedagógico específico		
Sim	150 (68,2)	153 (70,5)
Não	70 (31,8)	64 (29,5)

Falta de apoio/Orientação pedagógica		
Sim	98 (44,5)	101 (46,5)
Não	122 (55,5)	116 (53,5)
Falta de preparo dos professores		
Sim	176 (80,0)	175 (80,6)
Não	44 (20,0)	42 (19,4)
Falta de Monitores para auxiliar ou nº insuficiente		
Sim	85 (38,6)	80 (38,6)
Não	135 (61,4)	137 (61,4)
Resistência dos professores		
Sim	44 (20,0)	55 (25,3)
Não	176 (80,0)	162 (74,7)
Preconceito de pais alunos e comunidade		
Sim	79 (35,9)	80 (36,9)
Não	141 (64,1)	137 (63,1)
Superlotação das salas de aula		
Sim	95 (43,2)	87 (40,1)
Não	125 (56,8)	130 (59,9)

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

* Resultados de algumas variáveis não expressam o quantitativo total da amostra, visto que não foi expresso na tabela o item não respondeu.

Considerando as habilidades para atuação com estudantes com Deficiência Intelectual, na Tabela 5 constata-se que a maioria mencionou sentir-se “nada preparado” e “pouco preparada” (n=185; 84,1%) para aplicar o conhecimento que possui para atuar com crianças com DI, e referem “Raramente” (n=86; 39,4%) ter conseguido no cotidiano de suas ações em sala de aula organizar e adaptar suas propostas. Tendo alunos com DI em sala de aula, a maioria respondeu dificuldade “Frequentemente” e “Sempre” (n=109; 51%), em relação a conduzir a proposta pedagógica como um todo.

Para os Transtornos mentais, a maior parte dos participantes relatou sentir-se “nada preparado” e “pouco preparada” (n=186; 86,9%) para aplicar o conhecimento que possui para atuar com crianças com TM; expressam que “Raramente” (n=82; 38,3%) ter conseguido no cotidiano de suas ações em sala de aula organizar e adaptar suas propostas. Em relação a dificuldade em conduzir a proposta pedagógica como um todo, a maioria (n=113; 53,1%) referiu que “Frequentemente” e “Sempre” tem dificuldade.

Tabela 5 – Habilidades para atuação com estudantes com Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais

Variável	Deficiência Intelectual	Transtornos Mentais
	n (%)	
	n=220	
Sente-se preparado para aplicar o conhecimento que possui na atuação com crianças com DI e TM		
Nada preparado	56 (25,5)	67 (31,3)
Um pouco preparado	129 (58,6)	119 (55,6)
Suficientemente preparado	21 (9,5)	10 (4,7)
Totalmente preparado	1 (0,5)	2 (0,9)
Não sabe avaliar	13 (5,9)	16 (7,5)
Consegue no cotidiano de suas ações em sala de aula organizar e adaptar suas propostas pedagógicas tendo alunos com DI e TM		
Nunca	10 (4,6)	16 (7,5)
Raramente	86 (39,4)	82 (38,3)
Frequentemente	72 (33,0)	60 (28,0)
Sempre	11 (5,0)	10 (4,7)
Não sabe avaliar	39 (17,9)	46 (21,5)
Sente dificuldade para conduzir a proposta pedagógica como um todo tendo alunos com DI e TM		
Nunca	16 (7,5)	13 (6,1)
Raramente	59 (27,6)	46 (21,6)
Frequentemente	87 (40,7)	86 (40,4)
Sempre	22 (10,3)	27 (12,7)
Não sabe avaliar	30 (14,0)	41 (19,2)

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

* Resultados de algumas variáveis não expressam o quantitativo total da amostra, visto que não foi expresso na tabela o item não respondeu.

Em relação a quem fornece ao professor do ensino regular informações/orientação, sobre como agir com os estudantes com Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais, conforme apresenta a Tabela 6, os professores expressam receber pela equipe pedagógica “Frequentemente” e “Sempre” (n=103; 47,7%); “Frequentemente” e “Sempre” (n=95; 44,4%) pelos professores de AEE; e, “Nunca” e “Raramente” (n= 123; 57%) pelos responsáveis pela criança.

Tabela 6 – oferta de informações e orientações sobre como agir com estudantes com DI e TM

Variável*	Equipe pedagógica	Professor AEE	Responsável pela criança
	n (%) n=220		
Recebe informações/orientações sobre como agir com alunos com DI e/ou TM			
Nunca	25 (11,6)	32 (15,0)	39 (18,1)
Raramente	60 (27,8)	52 (24,3)	84 (38,9)
Frequentemente	54 (25,0)	51 (23,8)	43 (19,9)
Sempre	49 (22,7)	44 (20,6)	22 (10,2)
Não sabe avaliar	28 (13,0)	35 (16,4)	28 (13,0)

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

* Resultados de algumas variáveis não expressam o quantitativo total da amostra, visto que não foi expresso na tabela o item não respondeu.

A Tabela 7 apresenta as características associadas às habilidades de encaminhamentos de estudantes com Deficiência Intelectual e Transtornos mentais.

Entre os serviços e profissionais reconhecidos pelos professores como possibilidades de encaminhamento/ atendimento de estudantes com DI e TM observou-se nas respostas que os educadores da nossa amostra afirmaram reconhecer “sim” como possibilidades os médicos, psicólogos, psiquiatras e neuropediatras via UBS” (DI e TM n= 180, 82,2%) e o NCE (DI n= 121, 55,3% e TM n= 105, 47,9%. E sinalizaram “não” reconhecer como possibilidades o CER (DI n= 122, 55,7% e TM n= 127, 58,0%), a Escola de Dimisio Freitas (DI n= 175, 79,9% e TM n= 172, 78,5%), o CAPSi (DI n= 156, 71,2 % e TM n= 154, 70,3%) e a APAE (DI n=147, 67,1% e TM n= 138, 63,0%).

Quanto a se sentirem preparados para sugerir/orientar aos responsáveis quais caminhos eles podem procurar, os professores responderam se perceber “um pouco preparado” (DI n= 142, 64,5% e TM n= 150, 71,4%) e “Suficientemente preparado” (DI n=33, 15,0% e TM n=15, 7,1%).

Tabela 7 – Serviços e profissionais reconhecidos pelos professores como locais em que as crianças devem ser encaminhadas para avaliação e acompanhamento

Variável	Deficiência Intelectual	Transtornos Mentais
	n (%)	
n=220		
Médicos. Psicólogos. psiquiatras e neuropediatras via UBS		
Sim	180 (82,2)	180 (82,2)
Não	39 (17,8)	39 (17,8)
⁵CER/UNESC		
Sim	97 (44,3)	92 (42,0)
Não	122 (55,7)	127 (58,0)
⁶ NCE		
Sim	121 (55,3)	105 (47,9)
Não	98 (44,7)	114 (52,1)
Escola de Dimísio Freitas		
Sim	44 (20,1)	47 (21,5)
Não	175 (79,9)	172 (78,5)
⁷CAPSi		
Sim	63 (28,8)	65 (29,7)
Não	156 (71,2)	154 (70,3)
⁸APAE		
Sim	72 (32,9)	81 (37,0)
Não	147 (67,1)	138 (63,0)
Sente preparado para sugerir/orientar aos responsáveis quais caminhos eles podem procurar		
Nada preparado	40 (18,2)	39 (18,6)
Um pouco preparado	142 (64,5)	150 (71,4)
Suficientemente preparado	33 (15,0)	15 (7,1)
Totalmente preparado	5 (2,3)	6 (2,9)

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

* Resultados de algumas variáveis não expressam o quantitativo total da amostra, visto que não foi expresso na tabela o item não respondeu.

Dentre as repostas sobre estar de acordo com a inclusão de estudantes com DI e TM no ensino regular os participantes responderam “concordo parcialmente” a (DI n= 115, 52,8% e TM n= 123, 56,2%) e responderam “não concordo” (DI n= 9, 4,1% e TM n= 17, 7,8%).

⁵ O Centro de especialidades em reabilitação (CER), localizado na Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC).

⁶ Núcleo de cooperação educacional (NCE)

⁷ Centro de atenção Psicossocial Infante juvenil (CAPSi) para o acompanhamento de casos graves

⁸ Associação dos pais e amigos dos excepcionais (APAE)

Tabela 8 – Posição dos professores do ensino fundamental I sobre a inclusão de estudantes com DI e/ou TM no ensino regular em sala de aula.

Variável*	Deficiência Intelectual	Transtornos Mentais
	n (%) n=220	
Concordo totalmente	86 (39,4)	65 (29,7)
Concordo parcialmente	115 (52,8)	123 (56,2)
Não concordo	9 (4,1)	17 (7,8)
Não sei avaliar	8 (3,7)	14 (6,4)

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

* Resultados de algumas variáveis não expressam o quantitativo total da amostra, visto que não foi expresso na tabela o item não respondeu.

5.2 ANÁLISE UNIVARIADA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES EM RELAÇÃO A ATUAÇÃO COM ESTUDANTES COM DI E/OU TM

A seguir, é apresentada a análise univariada entre as variáveis independentes estratificadas pela atuação docente com o estudante com DI e/ou TM.

Inicialmente, a Tabela 9 caracteriza a educação formal e permanente relacionada individualmente à Deficiência Intelectual e Transtorno Mental, e estratificada pela habilidade de atuação docente com esse público no ensino regular.

Na análise da Deficiência Intelectual, os achados mostraram associação estatisticamente significativa entre a atuação docente os resultados que indicaram que os professores consideraram o conteúdo ministrado insatisfatório em disciplinas na graduação ($p < 0,001$), participação em cursos ($p = 0,012$), receber informação pela Secretaria Municipal de Educação sobre disponibilidade de cursos ($p = 0,045$), participar de cursos ofertados pela SME específicos sobre DI e/ou TM para educação no ensino regular ($p = 0,015$), e momentos para reflexão/discussão proporcionados pela escola ($p = 0,011$).

Da mesma maneira na análise do Transtorno Mental, os resultados também expressam associação estatisticamente significativa entre a atuação docente e as respostas de que os profissionais consideraram o conteúdo ministrado em disciplinas na graduação ($p < 0,001$), e os momentos para reflexão/discussão proporcionados pela escola ($p = 0,010$) (Tabela 9).

Tabela 9 - Características da educação formal e permanente sobre DI e/ou TM estratificadas pela habilidade de atuação docente com esse público no ensino regular

Variável	Deficiência Intelectual					p	Transtornos Mentais					p
	Nada preparado	Um pouco preparado	Suficiente Preparado	Totalmente preparado	Não sabe avaliar		Nada preparado	Um pouco preparado	Suficiente preparado	Totalmente preparado	Não sabe avaliar	
Na formação disciplina sobre aos temas DI e TM												
Sim	15 (26,8)	68 (52,7)	15 (71,4)	1 (100,0)	7 (53,8)	0,222	17 (31,5)	47 (37,3)	13 (61,9)	1 (100,0)	6 (42,2)	0,214
Não, o tema não foi abordado	14 (25,0)	17 (13,2)	5 (23,8)	0 (0,0)	2 (15,4)		10 (18,5)	21 (16,7)	4 (19,0)	0 (0,0)	4 (30,8)	
Não, mas tema abordado em outras disciplinas	28 (32,1)	34 (26,4)	1 (4,8)	0 (0,0)	2 (15,4)		17 (35,5)	43 (34,1)	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (7,7)	
Não recorda	9 (16,1)	10 (7,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (15,4)		10 (18,5)	15 (11,9)	3 (14,3)	0 (0,0)	2 (15,4)	
Considerou o conteúdo ministrado sobre os temas												
Insatisfatório	12 (42,9)	18 (19,1)	2 (12,5)	0 (0,0)	2 (22,2)	<0,001	14 (46,7)	22 (23,9)	2 (12,5)	0 (0,0)	2 (22,2)	<0,001
Parcialmente satisfatório	11 (39,3)	51 (54,3)	4 (25,0)	0 (0,0)	4 (44,4)		11 (36,7)	43 (46,7)	3 (18,8)	0 (0,0)	4 (44,4)	
Satisfatório	3 (10,7)	24 (25,5)	8 (50,0)	0 (0,0)	3 (33,3)		3 (10,0)	24 (26,1)	9 (56,3)	0 (0,0)	3 (33,3)	
Excelente	1 (3,6)	0 (0,0)	2 (12,5)	1 (100,0)	0 (0,0)		1 (3,3)	0 (0,0)	1 (6,3)	1 (100,0)	0 (0,0)	
Não sabe avaliar	1 (3,6)	1 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (3,3)	3 (3,3)	1 (6,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Participação em curso sobre os temas												
Sim	32 (61,5)	52 (41,6)	2 (9,5)	0 (0,0)	6 (46,2)	0,012	29 (58,0)	59 (48,8)	4 (20,0)	0 (0,0)	5 (38,5)	0,062
Não	17 (32,7)	63 (50,4)	18 (85,7)	1 (100,0)	6 (46,2)		17 (34,0)	49 (40,5)	15 (75,0)	1 (100,0)	5 (38,5)	
Não recorda	3 (5,8)	10 (8,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (7,7)		4 (8,0)	13 (10,7)	1 (5,0)	0 (0,0)	3 (23,1)	
Informado pela SME sobre disponibilidade de cursos específicos sobre os temas												
Nunca	8 (14,8)	12 (9,5)	2 (9,5)	0 (0,0)	3 (23,1)	0,045	7 (13,0)	13 (10,8)	1 (4,8)	0 (0,0)	3 (23,1)	0,098

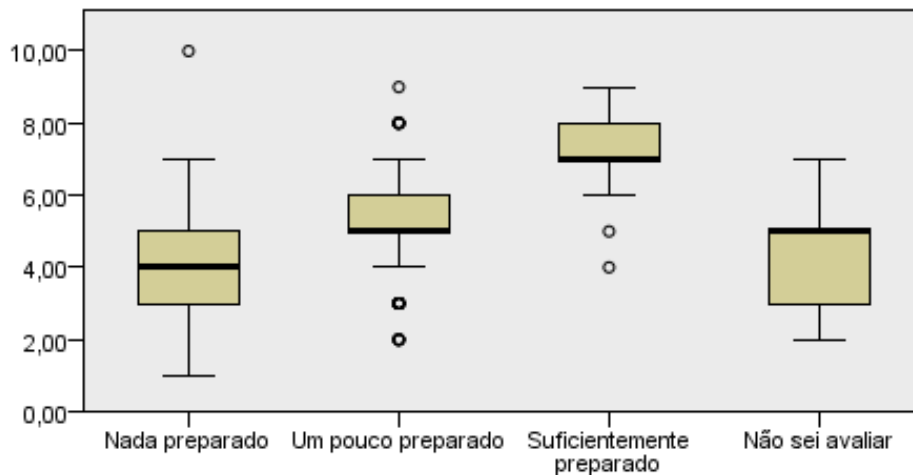
Raramente	16 (29,6)	41 (32,5)	4 (19,0)	0 (0,0)	2 (15,4)		18 (33,3)	44 (36,4)	4 (23,8)	0 (0,0)	2 (15,4)	
Sempre	15 (27,8)	55 (43,7)	12 (57,1)	0 (0,0)	2 (15,4)		15 ((27,8)	43 (35,8)	9 (42,9)	0 (0,0)	2 (15,4)	
Não há oferta	6 (11,1)	5 (4,0)	2 (9,5)	0 (0,0)	3 (23,1)		5 (9,3)	37 (2,5)	3 (14,3)	0 (0,0)	3 (23,1)	
Não sabe avaliar	9 (16,7)	13 (10,3)	1 (4,8)	0 (0,0)	3 (23,1)		9 (16,7)	17 (14,2)	3 (14,3)	0 (0,0)	3 (23,1)	
Participação em curso ofertado pela SME específicos para educação no ensino regular sobre esses temas												
Sim	13 (24,1)	34 (28,3)	14 (66,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,015	11 (21,2)	28 (23,9)	9 (42,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,345
Não, nunca foi ofertado	21 (38,9)	43 (35,8)	4 (19,0)	0 (0,0)	7 (53,8)		22 (42,3)	44 (37,6)	5 (23,8)	0 (0,0)	8 (61,5)	
Não, nunca teve interesse neste assunto	4 (7,4)	8 (6,7)	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)		4 (7,7)	8 (6,8)	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não sabe avaliar	16 (29,6)	35 (29,2)	2 (9,5)	0 (100,0)	6 (46,2)		15 (28,8)	37 (31,6)	6 (28,6)	1 (100,0)	5 (38,5)	
Contribuição destes cursos à prática em sala de aula												
Insatisfatório	3 (18,8)	8 (19,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,683	2 (12,5)	9 (23,7)	1 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,587
Parcialmente satisfatório	6 (37,5)	15 (35,7)	4 (30,8)	0 (0,0)	0 (0,0)		5 (31,3)	12 (31,6)	1 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Satisfatório	4 (25,0)	14 (33,3)	7 (53,8)	0 (0,0)	1 (100,0)		6 (37,5)	11 (28,9)	6 (46,2)	0 (0,0)	1 (100,0)	
Excelente	1 (6,3)	3 (7,1)	2 (15,4)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	2 (5,3)	1 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não sabe avaliar	2 (12,5)	2 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		3 (18,8)	4 (10,5)	4 (30,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Interesse em participar de cursos de formação sobre esses temas												
Nenhum	6 (10,7)	4 (3,2)	1 (4,8)	0 (0,0)	0(0,0)	0,140	5 (8,9)	3 (2,5)	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,099
Pouco	17 (30,4)	35 (28,0)	2 (9,5)	0 (0,0)	5 (38,5)		20 (35,7)	33 (27,3)	3 (14,3)	0 (0,0)	6 (50,0)	
Bastante	23 (41,1)	68 (54,4)	12 (57,1)	0 (0,0)	5 (38,5)		22 (39,3)	66 (54,5)	11 (52,4)	0 (0,0)	3 (25,0)	
Totalmente	10 (17,9)	18 (14,4)	6 (28,6)	1 (100,0)	3 (23,1)		9 (16,1)	19 (15,7)	6 (28,6)	1 (100,0)	3 (25,0)	
Escola proporciona momentos para reflexão/ discussão sobre esses temas												
Nunca	7 (13,0)	8 (6,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,011	7 (13,0)	9 (7,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,010

Raramente	18 (33,3)	30 (24,2)	6 (28,6)	0 (0,0)	5 (27,7)	19 (35,2)	33 (26,6)	7 (33,3)	0 (0,0)	5 (38,5)
Frequentemente	13 (24,1)	60 (48,4)	6 (28,6)	1 (100,0)	2 (15,4)	13 (24,1)	55 (44,4)	5 (23,8)	1 (100,0)	1 (7,7)
Sempre	7 (13,0)	12 (10,5)	7 (33,3)	0 (0,0)	1 (7,7)	5 (9,3)	13 (10,5)	7 (33,3)	0 (0,0)	1 (7,7)
Não sabe avaliar	9 (16,7)	13 (10,4)	2 (9,5)	0 (0,0)	5 (38,5)	10 (18,5)	14 (11,3)	2 (9,5)	0 (0,0)	6 (46,2)

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Quanto a auto percepção em relação ao conhecimento/instrução sobre Deficiência Intelectual houve diferença entre as medianas, considerada estatisticamente significativa ($p < 0,001$) conforme ilustra a Figura 2.

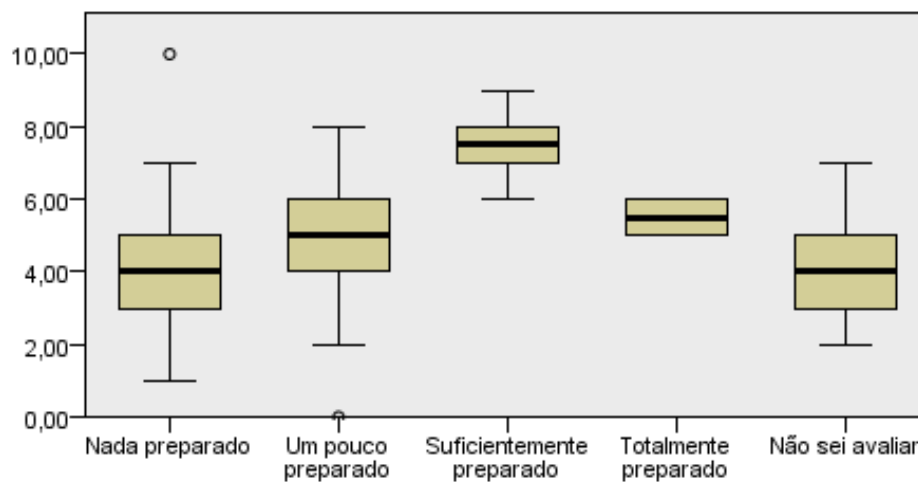
Figura 2 – Auto percepção em relação ao conhecimento / instrução sobre Deficiência Intelectual



Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Na análise da percepção em relação ao conhecimento / instrução sobre Transtornos Mentais também houve diferença entre as medianas, considerada estatisticamente significativa ($p < 0,001$) conforme ilustra a Figura 3.

Figura 3 – Percepção em relação ao conhecimento / instrução sobre Transtorno Mental



Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Na auto avaliação relacionada ao conhecimento/instrução estratificado pelo preparo para atuação docente com as crianças (Tabela 10), foram observadas associações estatisticamente significativas entre a atuação docente e o conhecimento relacionado a Deficiência Intelectual ($p < 0,001$), ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade ($p < 0,001$), Transtorno opositor desafiante ($p = 0,041$), Transtorno de conduta ($p < 0,001$), Ansiedade ($p = 0,004$), Depressão ($p = 0,008$) e Autismo ($p < 0,001$).

Tabela 10 - Conhecimento sobre Deficiência Intelectual e diferentes tipos de Transtornos mentais estratificado pelo preparo para atuação docente

Variável	Autopercepção da atuação docente					p
	Nada preparado	Um pouco preparado	Suficiente preparado	Totalmente preparado	Não sabe avaliar	
Deficiência intelectual						
Nenhum	3 (5,6)	2 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,001
Insatisfatório	27 (50,0)	24 (19,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (23,1)	
Parcialmente Satisfatório	17 (31,5)	55 (44,4)	4 (19,0)	0 (0,0)	7 (53,8)	
Satisfatório	5 (9,3)	42 (33,9)	14 (66,7)	1 (100,0)	2 (15,4)	
Mais do que satisfatório/excelente	0 (0,0)	1 (0,8)	3 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não sabe avaliar	2 (3,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,7)	
Transtorno Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)						
Nenhum	4 (7,4)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,001
Insatisfatório	15 (27,8)	16 (12,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Parcialmente Satisfatório	19 (35,2)	43 (34,4)	5 (23,8)	0 (0,0)	8 (61,5)	
Satisfatório	13 (24,1)	53 (42,4)	9 (42,9)	1 (100,0)	2 (15,4)	
Mais do que satisfatório/excelente	2 (3,7)	12 (9,6)	7 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não sabe avaliar	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,7)	
Transtorno opositor desafiante (TOD)						
Nenhum	22 (40,7)	26 (21,1)	2 (9,5)	0 (0,0)	3 (23,1)	0,041
Insatisfatório	20 (37,0)	39 (31,7)	10 (47,6)	0 (0,0)	4 (30,8)	
Parcialmente Satisfatório	8 (14,8)	32 (26,0)	3 (14,3)	0 (0,0)	4 (30,8)	
Satisfatório	2 (3,7)	21 (17,1)	4 (19,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	
Mais do que satisfatório/excelente	0 (0,0)	3 (2,4)	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (7,7)	
Não sabe avaliar	2 (3,7)	2 (1,6)	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (7,7)	
Transtorno de Conduta						
Nenhum	12 (22,2)	9 (7,3)	1 (4,8)	0 (0,0)	3 (23,1)	<0,001
Insatisfatório	22 (40,7)	39 (31,5)	3 (14,3)	0 (0,0)	3 (23,1)	
Parcialmente Satisfatório	13 (24,1)	45 (36,3)	8 (38,1)	0 (0,0)	5 (38,5)	
Satisfatório	3 (5,6)	28 (22,6)	7 (33,3)	1 (100,0)	0 (0,0)	
Mais do que satisfatório/excelente	1 (1,9)	3 (2,4)	2 (9,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não sabe avaliar	3 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (15,4)	
Ansiedade						
Nenhum	7 (13,2)	1 (0,8)	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,004
Insatisfatório	16 (30,2)	23 (18,5)	2 (9,5)	0 (0,0)	4 (30,8)	

Parcialmente Satisfatório	17 (32,1)	38 (30,6)	7 (33,3)	0 (0,0)	7 (53,8)	
Satisfatório	9 (17,0)	48 (38,7)	7 (33,3)	1 (100,0)	1 (7,7)	
Mais do que satisfatório/excelente	1 (1,9)	11 (8,9)	4 (19,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não sabe avaliar	3 (5,7)	3 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,7)	
Depressão						
Nenhum	7 (13,2)	1 (0,8)	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,008
Insatisfatório	17 (32,1)	25 (20,3)	5 (23,8)	0 (0,0)	4 (30,8)	
Parcialmente Satisfatório	16 (30,2)	40 (32,5)	7 (33,3)	0 (0,0)	6 (46,2)	
Satisfatório	10 (18,9)	44 (35,8)	4 (19,0)	1 (100,0)	1 (7,7)	
Mais do que satisfatório/excelente	1 (1,9)	11 (8,9)	3 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não sabe avaliar	2 (3,8)	2 (1,6)	1 (4,8)	0 (0,0)	2 (15,4)	
Autismo						
Nenhum	2 (3,7)	4 (3,2)	1 (4,8)	0 (0,0)	1 (7,7)	<0,001
Insatisfatório	18 (33,3)	32 (25,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (23,1)	
Parcialmente Satisfatório	20 (37,0)	38 (30,6)	6 (28,6)	0 (0,0)	7 (53,8)	
Satisfatório	9 (16,7)	44 (35,5)	7 (33,3)	0 (0,0)	1 (7,7)	
Mais do que satisfatório/excelente	2 (3,7)	5 (4,0)	5 (23,8)	1 (100,0)	0 (0,0)	
Não sabe avaliar	3 (5,6)	1 (0,8)	2 (9,5)	0 (0,0)	1 (7,7)	

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Considerando as habilidades para identificação e atuação junto a estudantes com Deficiência Intelectual, observa-se na Tabela 11 a associação estatisticamente significativa entre a atuação docente e os casos confirmados em sala de aula ($p=0,010$), capacidade para identificar crianças com DI ($p<0,001$), falta de preparo dos professores ($p=0,010$) e superlotação das salas de aula ($p=0,018$). Para as habilidades de identificação e atuação junto a estudantes com Transtornos Mentais, verificou-se associação estatisticamente significativa entre a atuação docente (maneira de agir/ atuar) com esse público infantil e o Tempo de exercício como professor ($p=0,046$), capacidade para identificar crianças com TM ($p<0,001$) e falta de preparo dos professores surgiu com ($p=0,065$) que não chega a ter significância, mas foi considerado um elemento com tendência a tornar-se relevante.

Tabela 11 - Habilidades para identificação e conduta junto a estudantes com Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais estratificadas atuação docente

Variável	Deficiência Intelectual					P	Transtornos Mentais					p
	Nada Preparado	Um pouco preparado	Suficiente preparado	Totalmente preparado	Não sabe avaliar		Nada preparado	Um pouco preparado	Suficiente preparado	Totalmente preparado	Não sabe avaliar	
Atuação em sala de aula												
Sim	35 (63,6)	107 (82,9)	20 (95,2)	1 (100,0)	10 (76,9)	0,104	26 (47,3)	80 (64,5)	10 (55,6)	1 (100,0)	7 (63,9)	0,433
Não	19 (34,5)	20 (15,5)	1 (4,8)	0 (0,0)	3 (23,1)		26 (47,3)	40 (32,3)	6 (33,3)	0 (0,0)	4 (36,4)	
Não sei	1 (1,8)	2 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)		3 (5,5)	4 (3,2)	2 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tempo de exercício como professor com alunos com DI e TM												
Menos de 1 ano	20 (64,5)	69 (72,6)	10 (58,8)	1 (100,0)	8 (80,0)	0,613	21 (72,4)	63 (75,9)	9 (69,2)	1 (100,0)	9 (100,0)	0,046
1 a 3 anos	11 (35,5)	26 (27,4)	7 (41,2)	0 (0,0)	2 (20,0)		8 (27,6)	20 (24,1)	4 (30,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Aluno em sala de aula (caso confirmado)												
Sim	21 (43,8)	61 (56,5)	13 (72,2)	1 (100,0)	4 (44,4)	0,010	12 (25,5)	37 (34,3)	4 (22,2)	0 (0,0)	4 (33,3)	0,516
Não	25 (52,1)	46 (42,6)	5 (27,8)	0 (0,0)	3 (33,3)		34 (72,3)	62 (57,4)	13 (72,2)	1 (100,0)	6 (50,0)	
Não sei	2 (4,2)	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (22,2)		1 (2,1)	9 (8,3)	1 (5,6)	0 (0,0)	2 (16,7)	
Aluno em sala de aula (caso Suspeito)												
Sim	14 (36,8)	43 (51,2)	8 (57,1)	1 (100,0)	4 (40,0)	0,770	5 (13,5)	18 (21,7)	2 (15,4)	0 (0,0)	1 (12,5)	0,831
Não	20 (52,6)	37 (44,0)	5 (35,7)	0 (0,0)	5 (50,0)		29 (78,4)	58 (69,9)	10 (76,9)	1 (100,0)	5 (62,5)	
Não sei	4 (10,5)	4 (4,8)	1 (7,1)	0 (0,0)	1 (10,0)		3 (8,1)	7 (8,4)	1 (7,7)	0 (0,0)	2 (25,0)	
Capacidade para identificar sinais na criança de DI e TM												
Nada capacitado	15 (27,3)	7 (5,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,001	14 (25,5)	12 (9,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,7)	<0,001
Um pouco capacitado	30 (54,5)	99 (77,3)	4 (19,5)	0 (0,0)	6 (46,2)		30 (54,5)	83 (66,9)	7 (35,0)	0 (0,0)	5 (38,5)	
Suficientemente capacitado	2 (3,6)	19 (14,8)	16 (76,2)	1 (100,0)	1 (7,7)		2 (3,6)	23 (18,5)	10 (50,0)	1 (100,0)	1 (7,7)	
Totalmente capacitado	1 (1,8)	0 (0,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (1,8)	0 (0,0)	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Não sabe avaliar	7 (12,7)	3 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (46,2)		8 (14,5)	6 (4,8)	2 (10,0)	0 (0,0)	6 (46,2)	
Falta de material didático pedagógico específico												
Sim	38 (67,9)	89 (69,0)	12 (57,1)	0 (0,0)	11 (84,6)	0,289	40 (72,7)	93 (72,1)	10 (50,0)	0 (0,0)	10 (83,3)	0,104
Não	18 (32,1)	40 (31,0)	9 (42,9)	1 (100,0)	3 (15,4)		15 (27,3)	36 (27,9)	10 (50,0)	1 (100,0)	2 (16,7)	
Falta de apoio/Orientação pedagógica												
Sim	24 (42,9)	63 (48,8)	6 (28,6)	0 (0,0)	5 (38,5)	0,380	26 (47,3)	63 (48,8)	7 (35,0)	0 (0,0)	5 (41,7)	0,673
Não	32 (57,1)	66 (51,2)	15 (71,4)	1 (100,0)	8 (61,5)		29 (52,7)	66 (51,2)	13 (65,0)	1 (100,0)	7 (58,3)	
Falta de preparo dos professores												
Sim	52 (92,9)	101 (78,3)	12 (57,1)	1 (100,0)	10 (76,9)	0,010	49 (89,1)	102 (79,1)	12 (60,0)	1 (100,0)	11 (91,7)	0,053
Não	4 (7,1)	28 (21,7)	9 (42,9)	0 (0,0)	3 (23,1)		6 (10,9)	27 (20,9)	8 (40,0)	0 (0,0)	1 (8,3)	
Falta de Monitores para auxiliar ou nº insuficiente												
Sim	27 (48,2)	47 (36,4)	6 (28,6)	0 (0,0)	5 (38,5)	0,412	23 (41,8)	46 (35,7)	5 (25,0)	1 (100,0)	5 (41,7)	0,448
Não	29 (51,8)	82 (63,6)	15 (71,4)	1 (100,0)	8 (61,5)		32 (58,2)	83 (64,3)	15 (75,0)	0 (0,0)	7 (58,3)	
Resistência dos professores para incluir												
Sim	13 (23,2)	25 (19,4)	5 (23,8)	1 (100,0)	0 (0,0)	0,098	14 (25,5)	33 (25,4,6)	8 (40,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,153
Não	43 (76,8)	104 (80,6)	16 (76,2)	0 (0,0)	13 (100,0)		41 (74,5)	96 (74,4)	12(60,0)	1 (100,0)	12 (100,0)	
Preconceito de pais alunos e comunidade												
Sim	18 (32,1)	50 (38,8)	6 (28,6)	1 (100,0)	4 (30,8)	0,521	20 (36,4)	53 (41,1)	4 (20,0)	1 (100,0)	2 (16,7)	0,123
Não	38 (67,9)	79 (61,2)	15 (71,4)	0 (0,0)	9 (69,2)		35 (63,6)	76 (58,9)	16 (80,0)	0 (0,0)	10 (83,3)	
Superlotação das salas de aula												
Sim	20 (35,7)	66 (51,2)	6 (28,6)	1 (100,0)	2 (15,4)	0,018	16 (29,1)	62 (48,1)	6 (30,0)	0 (0,0)	3 (25,0)	0,065

Não	36 (64,3)	63 (48,8)	15 (71,4)	0 (0,0)	11 (84,6)		39 (1,9)	67 (51,9)	14 (70,0)	1 (100,0)	9 (75,0)
-----	-----------	-----------	-----------	---------	-----------	--	----------	-----------	-----------	-----------	----------

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Na Tabela 12, considerando as habilidades para atuação docente com estudantes com Deficiência Intelectual, os dados revelaram associação entre o atuação (conduta) docente e a capacidade de organizar as propostas pedagógicas ($p < 0,001$), satisfação com a organização e adaptação das propostas pedagógicas ($p = 0,001$), e dificuldades para conduzir a proposta pedagógica da turma na presença de alunos com DI ($p = 0,001$). Para os Transtornos Mentais os achados sugerem associação estatisticamente significativa entre a atuação (agir) docente e a capacidade de organizar as propostas pedagógicas ($p < 0,001$), satisfação com a organização e adaptação propostas pedagógicas ($p = 0,001$), e dificuldades para conduzir a proposta pedagógica da turma na presença de alunos com TM ($p = 0,017$) (Tabela 12).

Tabela 12 - Habilidades para agir com estudantes com Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais estratificadas pela atuação docente

Variável	Deficiência Intelectual					p	Transtornos Mentais					p
	Nada preparado	Um pouco preparado	Suficiente Preparado	Totalmente preparado	Não sabe avaliar		Nada preparado	Um pouco preparado	Suficiente preparado	Totalmente preparado	Não sabe avaliar	
Consegue organizar adaptar propostas pedagógicas												
Nunca	6 (10,7)	4 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,001	4 (7,3)	11 (8,8)	1 (5,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	<0,001
Raramente	27 (48,2)	53 (41,7)	2 (9,5)	0 (0,0)	4 (30,8)		30 (54,5)	46 (36,8)	3 (15,0)	0 (0,0)	3 (21,1)	
Frequentemente	5 (8,9)	51 (40,2)	15 (71,4)	0 (0,0)	1 (7,7)		3 (5,5)	45 (36,0)	11 (55,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	
Sempre	1 (1,8)	5 (3,9)	3 (14,3)	1 (100,0)	1 (7,7)		1 (1,8)	6 (4,8)	2 (10,0)	0 (0,0)	1 (7,7)	
Não sabe avaliar	17 (30,4)	14 (11,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	7 (53,8)		17 (30,9)	17 (13,6)	3 (15,0)	0 (0,0)	9 (69,2)	
Nível de satisfação na organização e adaptação propostas pedagógicas												
Insatisfatório	10 (30,3)	11 (10,3)	1 (5,3)	0 (0,0)	1 (20,0)	0,001	13 (39,4)	18 (17,0)	1 (5,9)	0 (0,0)	1 (20,0)	0,001
Parcialmente satisfatório	18 (54,5)	63 (58,9)	5 (26,3)	0 (0,0)	1 (20,0)		14 (42,4)	50 (47,2)	4 (23,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Satisfatório	1 (3,0)	29 (27,1)	12 (63,2)	1 (100,0)	2 (40,0)		0 (0,0)	31 (29,2)	10 (58,8)	1 (100,0)	2 (40,0)	
Excelente	1 (3,0)	1 (0,9)	1 (5,3)	0 (0,0)	0 (0,0)		1 (3,0)	1 (0,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não sabe avaliar	3 (9,1)	3 (2,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,0)		5 (15,2)	6 (5,7)	2 (11,8)	0 (0,0)	2 (40,0)	
Dificuldades para conduzir a proposta pedagógica da turma quando esses alunos												
Nunca	4 (7,4)	6 (4,8)	4 (19,0)	1 (100,0)	1 (7,7)	0,001	4 (7,4)	6 (4,8)	3 (15,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,017
Raramente	6 (11,1)	42 (33,6)	9 (42,9)	0 (0,0)	2 (15,4)		4 (7,4)	34 (27,2)	5 (25,0)	1 (100,0)	2 (15,4)	
Frequentemente	23 (42,6)	54 (43,2)	6 (28,6)	0 (0,0)	4 (30,8)		22 (40,7)	56 (44,8)	6 (30,0)	0 (0,0)	2 (15,4)	

Sempre	9 (16,7)	10 (8,0)	1 (4,8)	0 (0,0)	2 (15,4)		11 (20,4)	11 (8,8)	2 (10,0)	0 (0,0)	3 (23,1)	
Não sabe avaliar	12 (22,2)	13 (10,4)	2 (4,8)	0 (0,0)	4 (30,8)		13 (24,1)	18 (14,4)	4 (20,0)	0 (0,0)	6 (46,2)	
Recebe informações /orientações sobre como agir com alunos com DI e/ou TM por Equipe pedagógica												
Nunca	6 (11,1)	15 (11,8)	2 (9,5)	0 (0,0)	2 (15,4)	0,016	9 (13,8)	12 (10,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (18,8)	0,002
Raramente	18 (33,3)	34 (26,8)	2 (9,5)	0 (0,0)	6 (42,6)		22 (33,8)	30 (25,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (43,8)	
Frequentemente	5 (9,3)	38 (29,9)	9 (42,9)	0 (0,0)	2 (15,4)		7 (10,8)	39 (33,3)	5 (50,0)	0 (0,0)	3 (18,8)	
Sempre	12 (22,2)	30 (23,6)	6 (28,6)	1 (100,0)	0 (0,0)		13 (20,0)	27 (23,1)	3 (30,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	
Não sabe avaliar	13 (24,1)	10 (7,9)	2 (9,5)	0 (0,0)	3 (23,1)		14 (21,5)	9 (7,7)	2 (20,0)	0 (0,0)	3 (18,8)	
Professor do AEE												
Nunca	10 (18,5)	17 (13,6)	2 (9,5)	0 (0,0)	3 (23,1)	0,309	12 (18,5)	13 (11,3)	0 (0,0)	1 (50,0)	5 (31,3)	0,185
Raramente	10 (18,5)	34 (27,2)	4 (19,0)	0 (0,0)	4 (30,8)		14 (21,5)	30 (26,1)	2 (20,0)	0 (0,0)	4 (25,0)	
Frequentemente	11 (20,4)	33 (26,4)	6 (28,6)	0 (0,0)	1 (7,7)		13 (20,0)	31 (27,0)	3 (30,0)	0 (0,0)	2 (12,5)	
Sempre	9 (16,7)	27 (21,6)	6 (28,6)	1 (100,0)	1 (7,7)		10 (15,4)	28 (24,3)	3 (30,0)	1 (50,0)	1 (6,3)	
Não sabe avaliar	14 (25,9)	14 (11,2)	3 (14,3)	0 (0,0)	4 (30,8)		16 (24,8)	13 (11,3)	2 (20,0)	0 (0,0)	4 (25,0)	
Responsável pela criança												
Nunca	13 (24,1)	21 (16,5)	3 (14,3)	0 (0,0)	2 (15,4)	0,015	12 (18,5)	21 (17,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (31,3)	0,003
Raramente	20 (37,0)	51 (40,2)	7 (33,3)	0 (0,0)	6 (46,2)		28 (43,1)	45 (38,5)	2 (20,0)	0 (0,0)	6 (37,5)	
Frequentemente	4 (7,4)	29 (22,8)	8 (38,1)	1 (100,0)	1 (7,7)		5 (7,7)	28 (23,9)	5 (50,0)	2 (100,0)	1 (6,3)	
Sempre	4 (7,4)	17 (13,4)	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)		6 (9,2)	15 (12,8)	1 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Não sabe avaliar	13 (24,1)	9 (7,1)	2 (9,5)	0 (0,0)	4 (30,8)		14 (21,5)	8 (6,8)	2 (20,0)	0 (0,0)	4 (25,0)	

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Caracterizando as habilidades de encaminhamento de estudantes com Deficiência Intelectual (Tabela 13), a amostra expressou associação estatisticamente significativa entre a atuação docente e a habilidade de encaminhamento para profissionais da UBS ($p=0,024$), preparo para sugerir/orientar aos responsáveis quais caminhos eles podem procurar ($p<0,001$), e concordar com a inclusão no ensino fundamental regular de estudantes em sala de aula ($p=0,006$). Na mesma análise relacionada aos estudantes com Transtornos Mentais, houve associação estatisticamente significativa entre a atuação docente e o preparo para sugerir/orientar aos responsáveis sobre quais caminhos eles podem procurar ($p<0,001$), e concordância com a inclusão no ensino fundamental regular de estudantes em sala de aula ($p=0,004$).

Tabela 13 - Serviços e profissionais reconhecidos pelos professores como locais em que as crianças devem ser encaminhadas para avaliação e acompanhamento, estratificadas pela atuação docente

Variável	Deficiência Intelectual					P	Transtornos Mentais					P
	Nada Preparado	Um pouco preparado	Suficiente preparado	Totalmente preparado	Não sabe avaliar		Nada preparado	Um pouco preparado	Suficiente preparado	Totalmente preparado	Não sabe avaliar	
Médicos, Psicólogos psiquiatras e neuropediatras via UBS												
Sim	40 (71,4)	111 (86,0)	18 (85,7)	0 (0,0)	11 (91,7)	0,024	45 (80,4)	108 (83,7)	18 (85,7)	1 (100,0)	8 (66,7)	0,608
Não	16 (28,6)	18 (14,0)	3 (14,3)	1 (100,0)	1 (8,3)		11 (19,6)	21 (16,3)	3 (14,3)	0 (0,0)	4 (33,3)	
⁹CER/UNESC												
Sim	24 (42,9)	56 (43,4)	11 (52,4)	1 (100,0)	5 (41,7)	0,748	22 (39,3)	54 (41,9)	11 (52,4)	0 (0,0)	5 (41,7)	0,768
Não	32 (57,1)	73 (56,6)	10 (47,6)	0 (0,0)	7 (58,3)		34 (60,7)	75 (58,1)	10 (47,6)	1 (100,0)	7 (58,3)	
¹⁰NCE												
Sim	32 (57,1)	69 (53,5)	13 (61,9)	1 (100,0)	6 (50,0)	0,815	27 (48,2)	60 (46,5)	12 (57,1)	1 (100,0)	5 (41,7)	0,718
Não	24 (42,9)	60 (46,5)	8 (38,1)	0 (0,0)	6 (50,0)		29 (51,8)	69 (53,5)	9 (42,9)	0 (0,0)	7 (58,3)	
Escola de Dimísio Freitas												
Sim	8 (14,3)	25 (19,4)	8 (38,1)	0 (0,0)	3 (25,0)	0,208	10 (17,9)	29 (22,5)	6 (28,6)	0 (0,0)	2 (16,7)	0,813
Não	48 (85,7)	104 (80,6)	13 (61,9)	1 (100,0)	9 (75,0)		46 (82,1)	100 (77,5)	15 (71,4)	1 (100,0)	10 (83,3)	
¹¹CAPSi												
Sim	12 (21,4)	42 (32,6)	6 (28,6)	0 (0,0)	3 (25,0)	0,581	12 (21,4)	38 (29,5)	10 (47,6)	1 (100,0)	4 (33,3)	0,111
Não	44 (78,6)	87 (67,4)	15 (71,4)	1 (100,0)	9 (75,0)		44 (78,6)	91 (70,5)	11 (52,4)	0 (0,0)	8 (66,7)	
¹²APAE												
Sim	13 (23,2)	47 (36,4)	7 (33,3)	1 (100,0)	4 (33,3)	0,272	16 (28,6)	55 (42,6)	4 (19,0)	0 (0,0)	6 (50,0)	0,098
Não	43 (76,8)	82 (63,6)	14 (66,7)	0 (0,0)	8 (66,7)		40 (71,4)	74 (57,4)	17 (81,0)	1 (100,0)	6 (50,0)	

⁹ Centros de especialidades em reabilitação (CER)

¹⁰ Núcleo de cooperação educacional (NCE)

¹¹ Centro de atenção psicossocial infanto juvenil (CAPSi) para casos graves

¹² associação dos pais e amigos dos excepcionais (APAE)

**Sente preparado
para sugerir/
orientar aos
responsáveis
quais caminhos
eles podem
procurar**

Nada preparado	20 (35,7)	15 (11,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (38,5)	<0,001	19 (37,3)	15 (11,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (38,5)	<0,001
Pouco preparado	34 (60,7)	96 (74,4)	6 (28,6)	0 (0,0)	6 (46,2)		31 (60,8)	99 (78,0)	13 (72,2)	0 (0,0)	7 (53,8)	
Suficientemente preparado	2 (3,6)	15 (11,6)	13 (61,9)	1 (100,0)	2 (15,4)		1 (2,0)	8 (6,3)	4 (22,2)	1 (100,0)	1 (7,7)	
Totalmente preparado	0 (0,0)	3 (2,3)	2 (9,5)	0 (0,0)	0 (0,0)		0 (0,0)	5 (3,9)	1 (5,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	

**Inclusão no ensino
fundamental
regular de
estudantes em
sala de aula**

Concordo totalmente	16 (29,1)	51 (39,8)	15 (71,4)	1 (100,0)	3 (23,1)	0,006	14 (25,0)	37 (28,7)	11 (55,0)	1 (100,0)	2 (15,4)	0,004
Concordo parcialmente	29 (52,7)	72 (56,3)	5 (23,8)	0 (0,0)	9 (69,2)		26 (46,4)	81 (62,8)	8 (40,0)	0 (0,0)	8 (61,5)	
Não concordo	4 (7,3)	4 (3,1)	1 (4,8)	0 (0,0)	0 (0,0)		7 (12,5)	9 (7,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,7)	
Não sabe avaliar	6 (10,9)	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,7)		9 (16,1)	2 (1,6)	1 (5,0)	0 (0,0)	2 915,4)	

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

5.3 ANÁLISE UNIVARIADA E MULTIVARIADA DAS VARIÁVEIS INDEPENDENTES EM RELAÇÃO A ATUAÇÃO DOCENTE

Nessa seção é apresentada a análise univariada e multivariada das variáveis independentes dicotomizadas e estratificadas pela atuação docente também dicotomizada.

Inicialmente, a Tabela 14 apresenta as características dicotomizadas dos participantes da pesquisa estratificados pela atuação docente para a Deficiência Intelectual. Observa-se associação estatisticamente significativa entre a falta de preparo para o atuar/agir com as crianças; renda familiar baixa ($p=0,018$), atuação em turmas de 4º e 5º anos ($p=0,006$), não ter realizado especialização na área da educação especial como desfavorável ($p=0,019$) e não possuir mestrado nesta área ($p=0,001$) também como desfavorável.

Tabela 14 - Análise univariada das características dicotomizadas dos participantes da pesquisa sobre Deficiência Intelectual estratificadas pela atuação docente

Variável	Geral n=220	Atuação docente - Deficiência Intelectual			P
		Não preparado n=198 n(%)	Preparado n=22	OR bruto (IC95%)	
Sexo					
Masculino	2 (0,9)	2 (1,0)	0 (0,0)	1,113 (1,06 - 1,16)	0,634
Feminino	216 (99,1)	194 (99,0)	22 (100,0)		
Idade					
<= 39 anos (mediana)	44 (50,6)	38 (51,4)	6 (46,2)	1,230 (0,380 - 4,010)	0,730
> 39 anos	43 (49,4)	36 (48,6)	7 (53,8)		
Estado civil					
Solteiro casado	54 (24,8)	47 (24,0)	7 (31,8%)	0,676 (0,260 - 1,757)	0,419
Casado/união estável	164 (75,2)	149 (76,0)	15 (68,2%)		
Nº pessoas residem					
> 3 pessoas	50 (23,3)	45 (23,2)	5 (23,8)	0,966 (0,335 - 2,784)	0,950
≤ 3 pessoas	165 (76,7)	149 (76,89)	16 (76,2)		
Renda Familiar					
≤3520,00	70 (32,4)	68 (34,9)	2 (9,5)	5,087 (1,150 - 22,491)	0,018*
> 3521,00	146 (67,6)	127 (65,1)	19 (90,5)		
Turma de atuação					
1º, 2º e 3º anos	90 (40,9)	75 (37,9)	15 (68,2)	3,514 (1,370 - 9,014)	0,006*
4º e 5º anos	130 (59,1)	123 (62,1)	7 (31,8)		
Tempo de exercício da profissão					
Até 6 anos	62 (28,3)	58 (29,4)	4 (18,2)	1,878 (0,609 - 5,789)	0,266
≥ 6 anos	157 (71,7)	139 (70,6)	18 (81,8)		
Formação acadêmica					

Magistério completo- nível médio	2 (0,9)	2 (1,0)	0 (0,0)	1,113 (1,065 - 1,165)	0,634
Nível superior	216 (99,1)	194 (99,0)	22 (100,0)		
Formação acadêmica curso					
Outros cursos	10 (4,7)	10 (5,2)	0 (0,0)	1,121 (1,069 - 1,176)	0,273
Pedagogia	204 (95,3)	182 (94,8)	22 (100,0)		
Instituição					
Pública- Comunitária	83 (76,1)	75 (75,0)	8 (88,9)	0,375 (0,045 - 3,148)	0,349
Privada	26 (23,9)	25 (25,0)	1 (11,1)		
Pós-Graduação					
Não possui	25 (11,6)	25 (12,9)	0 (0,0)	1,130 (1,074 - 1,190)	0,073
Possui	191 (88,4)	169 (87,1)	22 (100,0)		

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Referente à análise das características relacionadas à educação formal e permanente dos professores sobre Deficiência Intelectual estratificadas pela atuação/conduta docente (Tabela 15), identifica-se associação estatisticamente significativa em relação a: alguns não terem realizado em sua formação disciplina voltada ao tema como desfavorável ($p=0,015$), aqueles que tiveram acesso ao tema na graduação, mas com conteúdo insatisfatório ($p<0,001$), não ter participado de curso ofertado pela Secretaria Municipal de Educação (SME) sobre o assunto ($p<0,001$), o educador ter participado de curso sobre o tema, contudo esse não contribuiu para a aplicação do conteúdo na prática em que o tema foi abordado, logo, o curso foi considerado de maneira insatisfatória ($p= 0,047$) e a falta de interesse dos profissionais em participar de cursos de formação específicos sobre deficiência intelectual ($p=0,047$), mesmo com um percentil menor, ainda configura-se um risco para o conhecimento sobre o tema.

Tabela 15 - Análise univariada das características dicotomizadas da educação formal e permanente sobre Deficiência Intelectual estratificadas pela atuação docente

Variável	Geral n=220	Atuação docente - Deficiência Intelectual		OR bruto (IC95%)	p
		Não preparado n=198 n(%)	Preparado n=22		
Na formação disciplina voltada aos temas					
Não	114 (51,8)	108 (54,5)	6 (27,3)	3,200 (1,202 - 8,518)	0,015*
Sim	106 (48,2)	90 (45,5)	16 (72,7)		
Considerou o conteúdo ministrado sobre os temas					
Insatisfatório	106 (71,6)	100 (76,3)	6 (35,3)	5,914 (2,022 - 17,297)	<0,001*
Satisfatório	42 (28,4)	31 (23,7)	11 (64,7)		

Participação em curso sobre os temas					
Não	107 (50,5)	104 (54,7)	3 (13,6)	7,659 (2,193 - 26,751)	<0,001*
Sim	105 (49,5)	86 (45,3)	19 (86,4)		
Informado pela Secretaria Municipal de Educação sobre disponibilidade de cursos sobre os temas					
Não	67 (31,3)	62 (32,1)	5 (23,8)	1,515 (0,531 - 4,322)	0,435
Sim	147 (68,7)	131 (67,9)	16 (76,2)		
Participação em Curso ofertado pela Secretaria Municipal de Educação sobre os temas					
Não	148 (70,8)	140 (74,9)	8 (36,4)	5,213 (2,058 - 13,204)	<0,001*
Sim	61 (29,2)	47 (25,1)	14 (63,3)		
Contribuição destes cursos para a prática em sala de aula com esse público					
Insatisfatório	40 (55,6)	36 (61,0)	4 (30,8)	3,522 (0,971 - 12,778)	0,047*
Satisfatório	32 (44,4)	23 (39,0)	9 (69,2)		
Interesse em participar de cursos de formação específico sobre os temas					
Não	70 (32,4)	67 (34,5)	3 (13,6)	3,341 (0,954 - 11,698)	0,047
Sim	146 (67,6)	127 (65,5)	19 (86,4)		
Escola proporciona momentos para refletir/discutir sobre os temas					
Não	106 (48,4)	95 (49,7)	8 (36,4)	1,732 (0,694 - 4,319)	0,235
Sim	114 (51,6)	100 (50,3)	14 (63,6)		

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Ao analisar o conhecimento relacionado à Deficiência Intelectual estratificado pela atuação docente, observa-se na Tabela 16, associação estatisticamente significativa quanto ao fato de os profissionais se perceberem com pouco conhecimento sobre o tema ($p < 0,001$) e apontarem se julgar com conhecimento/instrução insatisfatória sobre DI ($p < 0,001$).

Tabela 16 – Análise univariada das características dicotomizadas do conhecimento relacionado à Deficiência Intelectual estratificado pela atuação docente

Variável	Geral n=220	Atuação docente - Deficiência Intelectual		OR bruto (IC95%)	p
		Não preparado n=198 n(%)	Preparado n=22		
Quanto você se percebe com conhecimento sobre					
<5	137 (64,3)	135 (69,9)	2 (10,0)	20,948 (4,707 - 93,222)	<0,001*
≥ 5	76 (35,7)	58 (30,1)	18 (90,0)		
Auto avaliação conhecimento/instrução Deficiência Intelectual					
Insatisfatório	145 (68,1)	141 (73,8)	4 (18,2)	12,690 (4,098 - 39,300)	<0,001*

Satisfatório 68 (31,9) 50 (26,2) 18 (81,8)

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Na análise sobre as habilidades dos profissionais para identificação de sinais de DI e atuação deles junto a estes estudantes estratificada pela atuação docente (Tabela 17), constata-se associação estatisticamente significativa relacionada a questão de os professores não conseguirem identificar em sala de aula crianças com DI ($p=0,046$), não estarem capacitados para identificar uma criança que tenha sinais de DI ($p<0,001$), os professores perceberem-se sem preparo para lidar com esse público ($p=0,010$) e não conseguirem, no cotidiano de suas ações em sala de aula, organizar e adaptar suas propostas pedagógicas de acordo com as especificidades dos alunos com DI.

Tabela 17 - Análise univariada das características dicotomizadas das habilidades para identificação e conduta junto a estudantes com Deficiência Intelectual estratificadas pela atuação docente

Variável	Geral n=220	Atuação docente - Deficiência Intelectual			p
		Não preparado n=198 n(%)	Preparado n=22	OR bruto (IC95%)	
Atuação em sala de aula com crianças					
Não	46 (21,0)	45 (22,8)	1 (4,5)	6,217 (0,814 - 47,502)	0,046*
Sim	173 (79,0)	152 (77,2)	21 (95,5)		
Tempo de exercício como professor você com crianças					
6 anos	108 (70,1)	97 (71,3)	11 (61,1)	1,583 (0,572 - 4,380)	0,374
≥ 7 anos	46 (29,9)	39 (28,7)	7 (38,9)		
Deficiência Intelectual Confirmado					
Não	84 (45,7)	79 (47,9)	5 (26,3)	0,389 (0,134 - 1,129)	0,074
Sim	100 (54,3)	86 (52,1)	14 (73,7)		
Deficiência Intelectual suspeito					
Não	77 (54,4)	71 (53,8)	6 (40,0)	0,573 (0,19 - 1,70)	0,311
Sim	70 (47,6)	61 (46,2)	9 (60,0)		
Capacitado para identificar uma criança com sinais					
Não	177 (81,2)	173 (88,3)	4 (18,2)	33,848 (10,53 - 108,78)	<0,001*
Sim	41 (18,8)	23 (11,7)	18 (81,8)		
Falta de material didático pedagógico específico					
Não	70 (31,8)	60 (30,3)	10 (45,5)	1,917 (0,785 - 4,678)	0,148
Sim	150 (68,2)	138 (69,7)	12 (54,5)		
Falta de apoio/Orientação pedagógica					
Não	122 (55,5)	106 (53,5)	16 (72,7)	2,314 (0,870 - 6,160)	

Sim	98 (44,5)	92 (46,5)	6 (27,3)		0,086
Falta de preparo dos professores					
Não	44 (20,0)	35 (17,7)	9 (40,9)	3,224 (1,278 - 8,131)	0,010*
Sim	176 (80,0)	163 (82,3)	13 (59,1)		
Falta de Monitores para auxiliar ou n° insuficiente					
Não	135 (61,4)	119 (60,1)	16 (72,7)	1,770 (0,664 - 4,719)	0,249
Sim	85 (38,6)	79 (39,9)	6 (27,3)		
Resistência dos professores					
Não	176 (80,0)	160 (80,8)	16 (72,7)	0,633 (0,232 - 1,726)	0,369
Sim	44 (20,0)	38 (19,2)	6 (27,3)		
Preconceito de pais alunos e comunidade					
Não	141 (64,1)	126 (63,6)	15 (68,2)	1,224 (0,477 - 3,143)	0,673
Sim	79 (35,9)	72 (36,4)	7 (31,8)		
Superlotação das salas de aula					
Não	125 (56,8)	110 (55,6)	15 (68,2)	1,714 (0,670 - 4,388)	0,257
Sim	95 (43,2)	88 (44,4)	7 (31,8)		

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

A Tabela 18 apresenta a análise sobre habilidades para atuação junto a estudantes com Deficiência Intelectual estratificadas pela própria atuação docente. Observa-se associação estatisticamente significativa quanto ao fato dos respondentes indicarem “não conseguir no cotidiano das ações em sala de aula organizar e adaptar suas propostas pedagógicas para atender as demandas deste público” ($p < 0,001$) e, conseqüentemente, realizarem essa “organização/adaptação de forma insatisfatória” ($p < 0,001$) e a “ausência de informações/orientações sobre estes alunos por parte da equipe pedagógica” que possam impulsionar o professor a uma prática mais condizente com a condição do aluno com deficiência intelectual em suas demandas especificadamente ($p = 0,013$).

Tabela 18 - Análise univariada das características dicotomizadas das habilidades para atuação com estudantes com Deficiência Intelectual estratificadas pela atuação docente

Variável	Geral n=220	Atuação docente - Deficiência Intelectual			p
		Não preparado n=198 n(%)	Preparado n=22	OR bruto (IC95%)	
Consegue no cotidiano de suas ações em sala de aula organizar e adaptar suas propostas pedagógicas					
Não	135 (61,9)	132 (67,3)	3 (13,6)	13,063 (3,729 - 45,762)	<0,001*
Sim	83 (38,1)	64 (32,7)	19 (86,4)		
Consegue no cotidiano de suas ações em sala de aula					

organizar e adaptar suas propostas de forma satisfatória					
Não	117 (70,9)	111 (76,6)	6 (30,0)	7,618 (2,718 - 21,351)	<0,001*
Sim	48 (29,1)	34 (23,4)	14 (70,0)		
Sente dificuldade para conduzir a proposta pedagógica como um todo tendo alunos DI					
Não	105 (49,1)	90 (46,9)	15 (68,2)	2,429 (0,948 - 6,222)	0,058
Sim	109 (50,9)	102 (53,1)	7 (31,8)		
Recebe informações/orientações sobre como lidar com estes alunos com DI Equipe pedagógica					
Não	113 (52,3)	107 (55,2)	6 (27,3)	3,280 (1,231 - 8,739)	0,013*
Sim	103 (47,7)	87 (44,8)	16 (72,7)		
Professor AEE					
Não	119 (55,6)	110 (57,3)	9 (40,9)	1,938 (0,790 - 4,750)	0,143
Sim	95 (44,4)	82 (42,7)	13 (59,1)		
Responsável pela criança					
Não	151 (69,9)	139 (71,6)	12 (54,5)	2,106 (0,860 - 5,156)	0,097
Sim	65 (30,1)	55 (28,4)	10 (45,5)		

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Ao analisar as habilidades dos professores para sugerirem aos responsáveis pelos estudantes encaminhamentos referentes a avaliação/acompanhamento, destinados a crianças com Deficiência Intelectual estratificadas pela atuação docente (Tabela 19), constata-se uma associação estatisticamente significativa para a “falta de compreensão da Escola de Diomísio Freitas” ($p=0,045$) como um caminho possível e o agravante dos profissionais referirem “sentir-se sem preparo para sugerir/orientar os responsáveis” sobre quais caminhos eles podem procurar para o suporte das crianças que necessitam dessa avaliação ou acompanhamento por apresentarem DI ($p < 0,001$).

Tabela 19 - Análise univariada das características dicotomizadas das habilidades de encaminhamento de estudantes com Deficiência Intelectual estratificadas pela atuação docente

Variável	Geral n=220	Atuação docente - Deficiência Intelectual			p
		Não preparado n=198 n(%)	Preparado n=22	OR bruto (IC95%)	
Serviços e profissionais que você reconhece como caminhos pelos quais as crianças são encaminhadas para avaliação e acompanhamento					
Médicos. Psicólogos. psiquiatras e neuropediatras via UBS					
Não	180 (82,2)	162 (82,2)	18 (81,8)	1,029 (0,328 - 3,227)	0,961
Sim	39 (17,8)	35 (17,8)	4 (18,2)		

Centros de especialidades em reabilitação via UBS-CER/UNESC					
Não	97 (44,3)	85 (43,1)	12 (54,5)	0,632 (0,261 - 1,533)	0,307
Sim	122 (55,7)	112 (56,9)	10 (45,5)		
Núcleo de cooperação educacional- NCE					
Não	121 (55,3)	107 (54,3)	14 (63,6)	0,679 (0,273 - 1,692)	0,404
Sim	98 (44,7)	90 (45,7)	8 (36,4)		
Escola de Diomísio Freitas					
Não	44 (20,1)	36 (18,3)	8 (36,4)	0,391 (0,153 - 1,003)	0,045*
Sim	175 (79,9)	161 (81,7)	14 (63,6)		
Centro de atenção Psicossocial Infante juvenil(CAPSi) para casos graves					
Não	63 (28,8)	57 (28,9)	6 (27,3)	0,921 (0,343 - 2,473)	0,870
Sim	156 (71,2)	140 (71,1)	16 (72,7)		
APAE(associação dos pais e amigos dos excepcionais)					
Não	72 (32,9)	64 (32,5)	8 (36,4)	0,842 (0,336 - 2,110)	0,714
Sim	147 (67,1)	133 (67,5)	14 (63,6)		
Sente preparado para sugerir/orientar aos responsáveis quais caminhos eles podem procurar					
Não	182 (82,7)	176 (88,9)	6 (27,3)	21,333 (7,558 - 60,217)	<0,001*
Sim	38 (17,3)	22 (11,1)	16 (72,7)		
Concorda com a inclusão no ensino fundamental regular de estudantes em sala de aula					
Não	17 (7,8)	16 (8,2)	1 (4,5)	1,867 (0,235 - 14,796)	0,548
Sim	201 (92,2)	180 (91,8)	21 (95,5)		

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Mediante análise multivariada (Tabela 20), para o desfecho relacionado a atuação docente com alunos com Deficiência Intelectual, os fatores de risco associados à deficiência e atuação docente foram: Não participação em cursos (OR =8,293; IC 95%: 1,558-44,144); autopercepção menor de conhecimento relacionado a atuação docente com alunos com Deficiência Intelectual (OR =20,508; IC 95%: 3,195-131,631); não se sentir capacitado para identificar uma criança com sinais de Deficiência Intelectual (OR = 29,675; IC 95%: 6,580-133,831); não receber informações/orientações sobre como lidar com alunos com deficiência intelectual pela equipe pedagógica (OR =13,853; IC95%: 1,720-111,568).

Tabela 20 - Modelo final resultante da Regressão Logística para a atuação docente associada a Deficiência Intelectual

Variável	OR _{bruto} (IC 95%)	p	OR _{ajustado} (IC 95%)	P
Participação em curso sobre os temas				

Não	7,659 (2,193-26,751)	<0,001	8,293 (1,558-44,144)	0,013
Sim			1	
Conhecimento relacionado à Deficiência Intelectual estratificado pela atuação docente - quanto você se percebe com conhecimento				
<5	20,948 (4,707-93,222)	<0,001	20,508 (3,195-131,631)	0,001
≥5			1	
Capacitado para identificar uma criança com sinais				
Não	33,848 (10,532-108,783)	<0,001	29,675 (6,580-133,831)	<0,001
Sim			1	
Recebe informações/orientações sobre como lidar com estes alunos com deficiência intelectual – Equipe pedagógica				
Não	3,280 (1,231 - 8,739)	0,013	13,853 (1,720-111,568)	0,014
Sim			1	
Recebe informações/orientações sobre como lidar com estes alunos com deficiência intelectual – Professor AEE				
Não	1,938 (0,790-4,750)	0,143	0,089 (0,012-0,693)	0,021
Sim			1	

OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confiança

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Na análise univariada dicotomizada associada aos Transtornos Mentais, para as características dos participantes da pesquisa estratificadas pela atuação docente (Tabela 21), apesar dos dados sugerirem associação, não houve significância estatística.

Tabela 21 - Análise univariada das características dicotomizadas dos participantes da pesquisa sobre Transtornos Mentais estratificadas pela atuação docente

Variável	Geral n=220	Atuação docente – Transtorno Mental			p
		Não n=198 n(%)	Sim n=22	OR bruto (IC95%)	
Sexo					
Masculino	2 (0,9)	2 (1,0)	0 (0,0)	1,060 (1,026 - 1,096)	0,728
Feminino	211 (99,1)	199 (99,0)	12 (100,0)		
Idade					
≤ 39 anos (mediana)	43 (50,0)	39 (49,4)	4 (57,1)	0,731 (0,154 - 3,482)	0,693
> 39 anos	43 (50,0)	40 (50,6)	3 (42,9)		
Estado civil					
Solteiro casado	52 (24,5)	48 (24,0)	4 (33,3)	0,632 (0,182 - 2,190)	0,465
Casado/união estável	160 (75,5)	152 (76,0)	8 (66,7)		
N° pessoas residem					
> 3 pessoas	48 (23,0)	45 (22,8)	3 (25,0)	0,888 (0,231 - 3,420)	0,863
≤ 3 pessoas	161 (77,0)	152 (77,2)	9 (75,0)		

Renda Familiar					
≤3520,00	68 (32,4)	67 (33,7)	1 (9,1)	5,076 (0,636 - 40,489)	0,090
> 3521,00	142 (67,6)	132 (66,3)	10 (90,9)		
Turma de atuação					
1°, 2° e 3° anos	127 (59,3)	122 (60,4)	5 (41,7)	2,135 (0,655 - 6,960)	0,199
4° e 5° anos	87 (40,7)	80 (39,6)	7 (58,3)		
Tempo de exercício da profissão					
Até 6 anos	62 (29,0)	59 (29,2)	3 (25,0)	1,238 (0,324 - 4,734)	1,878
≥ 6 anos	152 (71,0)	143 (70,8)	9 (75,0)		
Formação acadêmica					
Magistério completo- nível médio	2 (0,9)	2 (1,0)	0 (0,0)	1,061 (1,026 - 1,097)	0,728
Nível superior	210 (99,1)	198 (99,0)	12 (100,0)		
Formação acadêmica curso					
Outros cursos	9 (4,3)	9 (4,6)	0 (0,0)	1,064 (1,027 - 1,102)	0,448
Pedagogia	199 (95,7)	187 (95,4)	12 (100,0)		
Instituição					
Pública- Comunitária	80 (76,2)	74 (75,5)	6 (85,7)	0,514 (0,059 - 4,485)	0,540
Privada	25 (23,8)	24 (24,5)	1 (14,3)		
Pós-Graduação					
Não possui	24 (11,4)	24 (12,1)	0 (0,0)	1,069 (1,029 - 1,110)	0,200
Possui	186 (88,6)	174 (87,9)	12 (100,0)		

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Na análise das características da educação formal e permanente dos professores sobre Transtorno Mental estratificadas pela atuação docente (Tabela 22), identificamos associação estatisticamente significativa em relação aos “professores não terem em sua formação disciplina voltada ao tema” ($p < 0,001$), o “educadores que tiveram disciplina abordando o tema, mas que consideraram o conteúdo ministrado insatisfatório” ($p = 0,001$), a “falta de participação em cursos específicos sobre o tema ofertados pela Secretaria Municipal de Educação (SME)” ($p = 0,026$) e os “profissionais que fizeram cursos a respeito mas consideraram insatisfatória a contribuição destes cursos para a prática em sala de aula” ($p = 0,024$).

Tabela 22 - Análise univariada das características dicotomizadas da educação formal e permanente sobre Transtornos Mentais estratificadas pela atuação docente

Variável	Geral n=220	Atuação docente – Transtorno Mental			p
		Não n=198 n(%)	Sim n=22	OR bruto (IC95%)	
Na formação disciplina voltada aos temas					
Não	126 (60,3)	125 (63,5)	1 (8,3)	19,097 (2,416 - 150,972)	<0,001*

Sim	83 (39,7)	72 (36,5)	11 (91,7)		
Considerou o conteúdo ministrado sobre os temas					
Insatisfatório	104 (71,2)	101 (74,8)	3 (27,3)	7,922 (1,988 - 31,571)	0,001
Satisfatório	42 (28,8)	34 (25,2)	8 (72,7)		
Participação em curso sobre os temas					
Não	116 (57,7)	112 (58,9)	4 (36,4)	2,513 (0,711 - 8,877)	0,140
Sim	85 (42,3)	78 (41,1)	7 (63,6)		
Informado pela SME sobre disponibilidade de cursos					
Não	68 (33,7)	66 (34,6)	2 (18,2)	2,376 (0,499 - 11,317)	0,264
Sim	134 (66,3)	125 (65,4)	9 (81,8)		
Participação em Curso ofertado pela SME sobre os temas					
Não	153 (76,5)	147 (78,2)	6 (50,0)	3,585 (1,098 - 11,707)	0,026*
Sim	47 (23,5)	41 (21,8)	6 (50,0)		
Contribuição destes cursos para a prática em sala de aula com esse público					
Insatisfatório	40 (59,7)	39 (63,9)	1 (16,7)	8,864 (0,973 - 80,776)	0,024*
Satisfatório	27 (40,3)	22 (36,1)	5 (83,3)		
Interesse em participar de cursos de formação específicos sobre os temas					
Não	70 (34,0)	68 (35,1)	2 (16,7)	2,698 (0,575 - 12,670)	0,192
Sim	136 (66,0)	126 (64,9)	10 (83,3)		
Escola proporciona momentos para refletir/discutir sobre os temas					
Não	109 (52,7)	105 (53,58)	4 (33,3)	2,333 (0,680 - 8,005)	0,167
Sim	98 (47,3)	90 (46,2)	8 (66,7)		

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Dentre a análise do conhecimento dos professores relacionado à Transtorno Mental estratificado pela atuação docente (Tabela 23), observa-se associação estatisticamente significativa; com relação aos “profissionais que se perceberem com pouco conhecimento” sobre transtornos mentais ($p < 0,001$) e se avaliam com “conhecimento/instrução insatisfatório” sobre: Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) ($p = 0,009$), TOD ($p = 0,012$), Transtorno de conduta ($p = 0,001$), ansiedade ($p = 0,042$) e autismo ($p = 0,015$).

Tabela 23 - Análise univariada das características dicotomizadas do conhecimento relacionado aos Transtornos Mentais e demais transtornos estratificados pela atuação docente

Variável	Geral n=220	Atuação docente – Transtorno Mental			p
		Não n=198 n(%)	Sim n=22	OR bruto (IC95%)	
Quanto você se percebe com conhecimento					

<5	141 (68,4)	140 (72,2)	1 (8,3)	28, 519 (3,595 - 226, 242)	<0,001*
≥ 5	65 (31,6)	54 (27,8)	11 (91,7)		
Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)					
Insatisfatório	111 (53,4)	109 (55,6)	2 (16,7)	6,264 (1,337 - 29, 341)	0,009*
Satisfatório	97 (46,6)	87 (44,4)	10 (83,3)		
Transtorno Opositor desafiante (TOD)					
Insatisfatório	174 (84,1)	167 (85,6)	7 (58,3)	4,260 (1,264 - 14,364)	0,012*
Satisfatório	33 (15,9)	28 (14,4)	5 (41,7)		
Transtorno de Conduta					
Insatisfatório	163 (78,7)	158 (81,0)	5 (41,7)	5,978 (1,797 - 19, 892)	0,001*
Satisfatório	44 (21,3)	37 (19,0)	7 (58,3)		
Ansiedade					
Insatisfatório	126 (61,2)	122 (62,9)	4 (33,3)	3,389 (0, 986 - 11, 653)	0,042*
Satisfatório	80 (38,8)	72 (37,1)	8 (66,7)		
Depressão					
Insatisfatório	132 (64,4)	126 (65,3)	6 (50,0)	1,881 (0,584 - 6, 058)	0,283
Satisfatório	73 (35,6)	67 (34,7)	6 (50,0)		
Autismo					
Insatisfatório	136 (65,7)	132 (67,7)	4 (33,3)	4,190 (1, 216 - 14,440)	0,015*
Satisfatório	71 (34,3)	63 (32,3)	8 (66,7)		

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

A Tabela 24 considera as habilidades dos educadores para a identificação de sinais nas crianças de TM e de atuação junto a esses estudantes estratificadas pela atuação docente, observa-se associação estatisticamente significativa relacionada ao fato destes “profissionais não se sentirem capacitados para identificar sinais de transtorno em uma criança” ($p < 0,001$) e “falta de preparo dos professores para tal” ($p = 0,039$).

Tabela 24 - Análise univariada das características dicotomizadas das habilidades para identificação e conduta junto a estudantes com Transtornos Mentais estratificadas pela atuação docente

Variável	Geral n=220	Atuação docente – Transtorno Mental			p
		Não n=198 n(%)	Sim n=22	OR bruto (IC95%)	
Atuação em sala de aula com crianças com TM					
Não	85 (41,7)	82 (42,5)	3 (27,3)	1,970 (0,507 - 7,654)	0,319
Sim	119 (58,3)	111 (57,5)	8 (72,7)		
Tempo de exercício como professor você com crianças					
6 anos	102 (78,5)	97 (80,2)	5 (55,6)	3,233 (0,806 - 12,964)	0,830
≥ 7 anos	28 (21,5)	24 (19,8)	4 (44,4)		
Caso de TM Confirmado					

Não	168 (92,8)	158 (92,9)	10 (90,9)	0,759 (0,090 - 6,441)	0,800
Sim	13 (7,2)	13 (7,1)	1 (9,1)		
Caso de TM suspeito					
Não	125 (90,6)	117 (90,0)	8 (100,0)	1,068 (1,021 - 1,118)	0,347
Sim	13 (9,4)	13 (10,0)	0 (0,0)		
Capacitado para identificar uma criança com sinais de TM					
Não	170 (82,1)	168 (85,7)	2 (18,2)	27,000 (5,542 - 131,549)	<0,001*
Sim	37 (17,9)	28 (14,3)	9 (81,8)		
Falta de material didático pedagógico específico					
Não	60 (28,4)	54 (27,1)	6 (50,0)	2,685 (0,830 - 8,686)	0,880
Sim	151 (71,6)	145 (72,9)	6 (50,0)		
Falta de apoio/Orientação pedagógica					
Não	112 (53,1)	105 (52,8)	7 (58,3)	1,253 (0,385 - 4,082)	0,707
Sim	99 (46,9)	94 (47,2)	5 (41,7)		
Falta de preparo dos professores					
Não	40 (19,0)	35 (17,6)	5 (41,7)	3,347 (1,004 - 11,160)	0,039*
Sim	171 (81,0)	164 (82,4)	7 (58,3)		
Falta de Monitores para auxiliar ou n° insuficiente					
Não	133 (63,0)	125 (62,8)	8 (66,7)	1,184 (0,345 - 4,068)	0,788
Sim	78 (37,0)	74 (37,2)	4 (33,3)		
Resistência dos professores					
Não	156 (73,9)	149 (74,9)	7 (58,3)	0,470 (0,143 - 1,547)	0,205
Sim	55 (26,1)	50 (25,1)	5 (41,7)		
Preconceito de pais alunos e comunidade					
Não	133 (63,0)	124 (62,3)	9 (75,0)	1,815 (0,476 - 6,914)	0,377
Sim	78 (37,0)	75 (37,7)	3 (25,0)		
Superlotação das salas de aula					
Não	125 (59,2)	117 (58,8)	8 (66,7)	1,402 (0,408 - 4,810)	0,590
Sim	86 (40,8)	82 (41,2)	4 (33,3)		

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Na análise sobre as habilidades de atuação com estudantes com Transtornos Mentais estratificadas pela própria atuação/ conduta docente com esse público (Tabela 25), constata-se associação estatisticamente significativa relacionada ao fato destes “profissionais não conseguirem no cotidiano de suas ações em sala de aula organizar/adaptar as propostas pedagógicas em conformidade com as especificidades deste público” ($p < 0,001$), acabarem realizando essa “organização/adaptação de forma insatisfatória” ($p < 0,001$), “não receberem da equipe pedagógica ($p = 0,010$), nem dos responsáveis ($p = 0,004$) informações/orientações sobre como lidar com estes alunos”.

Tabela 25 - Análise univariada das características dicotomizadas das habilidades para conduta com estudantes com Transtornos Mentais estratificadas pela atuação docente

Variável	Geral n=220	Atuação docente – Transtorno Mental			
		Não n=198 n(%)	Sim n=22	OR bruto (IC95%)	p
Consegue no cotidiano de suas ações em sala de aula organizar e adaptar suas propostas					
Não	141 (67,5)	139 (70,6)	2 (16,7)	11,983 (2,546 - 56,388)	<0,001*
Sim	68 (32,5)	58 (29,4)	10 (83,3)		
Consegue no cotidiano de suas ações em sala de aula organizar e adaptar suas propostas de forma (satisfação)					
Insatisfatório	112 (71,3)	110 (74,8)	2 (20,0)	11,892 (2,416 - 58, 527)	<0,001*
Satisfatório	45 (28,7)	37 (25,2)	8 (80,0)		
Sente dificuldade para conduzir a proposta pedagógica como um todo tendo alunos Transtorno Mental					
Não	97 (46,9)	90 (45,9)	7 (63,6)	2,061 (0,585 - 7,268)	0,252
Sim	110 (53,1)	106 (54,1)	4 (36,4)		
Recebe informações/ orientações sobre como lidar com estes alunos com deficiência intelectual e transtornos mentais					
Equipe pedagógica					
Não	111 (52,9)	109 (55,1)	2 (16,7)	6,124 (1,308 - 28,672)	0,010*
Sim	99 (47,1)	89 (44,9)	10 (83,3)		
Professor AEE					
Não	116 (55,8)	111 (56,6)	5 (41,7)	1,828 (0,561 - 5,961)	0,311
Sim	92 (44,2)	85 (43,4)	7 (58,3)		
Responsável pela criança					
Não	147 (70,0)	143 (72,2)	4 (33,3)	5,200 (1,505 - 17,967)	0,004*
Sim	63 (30,0)	55 (27,8)	8 (66,7)		

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Em relação a análise sobre as habilidades de encaminhamento de estudantes com Transtornos Mentais estratificadas pela atuação docente (Tabela 26), frente aos serviços e profissionais reconhecidos como caminhos possíveis para avaliação e acompanhamento, observa-se associação estatisticamente significativa para: a compreensão acertada de que a Escola Diomísio Freitas ($p=0,010$) não é uma possibilidade neste caso para essas crianças e o implicador de os profissionais se sentirem sem preparo em geral para sugerir/orientar aos responsáveis quais caminhos eles podem procurar para suporte e avaliação de TM a estas crianças ($p < 0,001$).

Tabela 26 - Análise univariada das características dicotomizadas das habilidades de encaminhamento de estudantes com Transtornos Mentais estratificadas pela atuação docente

Variável	Geral n=220	Atuação docente – Transtorno Mental			
		Não n=198 n(%)	Sim n=22	OR bruto (IC95%)	p
Serviços e profissionais que você reconhece como caminhos pelos quais as crianças são encaminhadas para avaliação e acompanhamento					
Médicos, psicólogos, psiquiatras e neuropediatras via UBS					
Não	175 (82,2)	166 (82,6)	9 (75,0)	1,581 (0,407 - 6,138)	0,505
Sim	38 (17,8)	35 (17,4)	3 (25,0)		
Centros de especialidades em reabilitação CER – II, via UBS					
Não	91 (42,7)	83 (41,3)	8 (66,7)	2,843 (0,829 - 9,753)	0,084
Sim	122 (57,3)	118 (58,7)	4 (33,3)		
Núcleo de cooperação educacional - NCE					
Não	102 (47,9)	95 (47,3)	7 (58,3)	0,640 (0,197 - 2,085)	0,456
Sim	111 (52,1)	106 (52,7)	5 (41,7)		
Escola Diomísio Freitas					
Não	44 (20,7)	38 (18,9)	6 (50,0)	4,289 (1,311 - 14, 035)	0,010*
Sim	169 (79,3)	163 (81,1)	6 (50,0)		
CAPSi					
Não	63	57 (28,4)	6 (50,0)	0,396 (0,123 - 1,278)	0,111
Sim	150 (70,4)	144 (71,6)	6 (50,0)		
APAE					
Não	78 (36,36)	74 (36,8)	4 (33,3)	0,858 (0,250 - 2,947)	0,808
Sim	135 (63,4)	127 (63,2)	8 (66,7)		
Sente preparado para sugerir/ orientar os responsáveis quais caminhos eles podem procurar					
Não	184 (90,2)	179 (92,7)	5 (45,5)	15,343 (4,158 - 56,609)	<0,001*
Sim	20 (9,8)	14 (7,3)	6 (54,5)		
Concorda com a inclusão no ensino fundamental regular de estudantes em sala de aula					
Não	31 (14,6)	31 (15,4)	0 (0,0)	1,071 (1,030 - 1,113)	0,141
Sim	182 (85,4)	170 (84,6)	12 (100,0)		

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

Mediante análise multivariada (Tabela 27), para o desfecho relacionado ao atuação docente com alunos com Transtornos Mentais, os fatores de risco associados a deficiência com a atuação docente foram: professores não terem em sua formação disciplina voltada ao tema (OR=17,751; IC 95%: 1,530-205,893); autopercepção menor de conhecimento relacionado a atuação docente, com alunos com Deficiência Intelectual (OR =14,834; IC 95%: 1,166-188,743); conhecimento de outros transtornos insatisfatório (OR =13,205; IC 95%: 1,653-105,462); não se sentir capacitado para identificar uma criança com sinais de Transtornos Mentais (OR = 10,660; IC 95%: 1,452-78,271); não receber informações/orientações sobre como agir

com alunos com Transtornos Mentais pela equipe pedagógica (OR =9,822; IC95%: 1,041-92,631).

Tabela 27 - Modelo final resultante da Regressão Logística para a atuação docente associada aos Transtornos Mentais

Variável	OR _{bruto} (IC 95%)	p	OR _{ajustado} (IC 95%)	p
Na formação disciplina voltada ao tema				
Não	19,097 (2,416 - 150,972)	<0,001*	17,751 (1,530-205,893)	0,021
Sim			1	
Quanto você se percebe com conhecimento				
<5	28,519 (3,595 - 226,242)	<0,001*	14,834 (1,166-188,743)	0,038
≥ 5			1	
Conhecimento de outros transtornos				
Insatisfatório	12,411 (2,635 - 58,446)	<0,001*	13,205 (1,653-105,462)	0,015
Satisfatório			1	
Capacitado para identificar uma criança com sinais de Transtornos Mentais				
Não	27,000 (5,542 - 131,549)	<0,001*	10,660 (1,452-78,271)	0,020
Sim				
Recebe informações/ orientações sobre como agir com estes alunos com TM pela Equipe Pedagógica				
Não	6,124 (1,308 - 28,672)	0,010*	9,822 (1,041-92,631)	0,046
Sim			1	

OR = Odds Ratio; IC = Intervalo de Confiança.

Fonte: Banco de Dados da Pesquisa, 2017.

6 DISCUSSÃO

Este estudo foi realizado com o objetivo de analisar a percepção dos docentes sobre o preparo dos professores da rede municipal de ensino fundamental(I)¹³ para a atuação docente com crianças com DI e TM, e os achados, corroboraram a sensação de falta de preparo dos docentes para atuação com esse público e a associação entre a atuação/ conduta docente com dificuldades para organizar propostas pedagógicas, conhecimento incipiente sobre as temáticas (DI e TM), pouca contribuição dos cursos realizados para a prática em sala de aula e baixo conhecimento sobre a oferta de cursos de instrumentalização, assim como da disponibilização de cursos, a respeito dos temas DI e TM.

No município estudado, entre os anos de 2009 e 2010, houve a regulamentação das salas para atendimento educacional especializado (AEE) conforme propõe as resoluções do CNE/CEB nº 4/2009 e nº 19/2013, que fixam normas para a educação especial, na perspectiva da educação inclusiva, do sistema municipal de ensino, destinadas ao suporte de crianças com necessidades educacionais especiais, que possui dentre seu público alvo, crianças com deficiência intelectual, autismo, entre outros (BRASIL, 2013). Logo, há pelo menos 6 anos crianças com DI fazem parte da rede municipal de educação, “amparadas” por normas/direções estabelecidas para a docência nessa área. Contudo a atuação com esses escolares em sala de aula de ensino regular ainda se estabelece como desafio e espaço de significativas fragilidades a serem superadas.

A maioria dos participantes desse estudo referiram ter identificado, efetivamente crianças com DI e/ou TM, dentro do ensino regular entre seus escolares, somente nos três últimos anos. Houve um espaço de tempo de pelo menos 5 anos para que o município pudesse ter se organizado de forma mais “sólida”, sobre o que propunha e foi instituído pela legislação, frente a limitações associadas à falta de aproximação dos educadores com os temas e um possível aumento de casos de crianças com necessidades educacionais especiais a serem contempladas, inseridas

¹³ Ensino fundamental I: destinado a escolares de 1º ao 5º ano.

formalmente na rede de ensino por meio de laudos e/ou diagnósticos, em consequência do incentivo da lei ao acesso deste público ao ensino regular.

Logo, os dados levaram a reflexão também de que, ou, houve falta de conhecimento sobre esses temas, que gerou certa “invisibilidade” dos casos existentes de crianças com DI e/ou TM e esses estudantes passaram despercebidos, ou ainda, estes estudantes não tiveram acesso ao espaço de ensino regular como nos três últimos anos, se é que essas duas possibilidades não coexistiram.

Essa hipotética “invisibilidade” das crianças com DI e TM pode causar a impressão de ser relativamente “protetora” de possíveis rótulos e práticas, voltadas a patologização e/ou de reducionismo da subjetividade destas crianças a diagnósticos, caso não haja a sensibilização dos docentes para uma acolhida e prática empática com estes discentes, que os considere em sua integralidade com equidade. Porém paralelamente, a omissão das especificidades dessas crianças aos educadores, também poderá limitar o campo de visão do educador, em termos de integralidade desse educando, e impulsionar para rótulos voltados às fragilidades incompreendidas, que demandam o seu reconhecimento para o olhar e postura sensível deste profissional.

Ao passo, que se essas especificidades dos educandos forem compreendidas, podem provocar os docentes a uma atuação mais assertiva e por fim, incitar/ potencializar a busca por estratégias, que venham a contemplar esses discentes em suas diferentes formas de construção dos seus saberes.

Uma pesquisa com 108 professores, de abordagem qualitativa e quantitativa, realizada em 2013, sobre como os professores implementavam a educação inclusiva nas escolas primárias de Gana e qual o entendimento que possuem sobre a política nacional de inclusão, constatou-se que a apropriação das novas políticas, incorporação delas, e de uma nova ação, dificilmente poderá ocorrer entre os professores, se estes não forem sensibilizados e familiarizados com o conhecimento sobre o que representa a inclusão e as políticas que norteiam a sua implementação na educação. O referido estudo recomenda o estabelecimento de uma rede de formadores de educação inclusiva para colaboração e divulgação efetiva dessas informações aos professores (ALHASSAN, 2014).

O estudo acima reforça a importância de uma instrumentalização docente sólida sobre essas temáticas, para que elas sejam melhor disseminadas e haja a

apropriação desejada desta “nova” realidade educacional, a ponto de ela ser incorporada na prática.

Necessidade de instrumentalização também expressa como importante, quando os professores da rede de educação em estudo, sinalizaram ter realizado o contato com essas temáticas na graduação e/ou por meio de capacitações, mas que elas não foram apresentadas de maneira satisfatória para dar-lhes sustentação para a práxis, na atuação com as crianças no espaço da sala de aula do ensino regular.

A realidade do cenário educacional demonstra que a maioria das instituições de ensino aparentam ainda não estarem preparadas, nem devidamente estruturadas para a inclusão dos alunos com deficiência e/ou para a garantia do atendimento adequado a essa nova demanda. Aparentemente, falta aos órgãos educacionais assumirem ações que transformem em realidade a inclusão apregoada nas diretrizes e documentos oficiais destinados a orientações para prática de ensino a essas crianças. Contudo, é sabido que muitas escolas têm buscado adequar-se em suas ações e procurado atender as demandas dos estudantes nelas matriculados, mas se percebem e se declaram limitadas nessa ação ainda (LOPES; MARQUEZINE, 2012).

Num estudo transversal realizado em 2013 e 2014, com 617 docentes atuantes em escolas regulares em Portugal, a fim de conhecer as percepções dos professores relativas ao trabalho a se desenvolver em classes que tem incluídos alunos com necessidades educativas especiais, observou-se também o predomínio de professoras mulheres, com 40 anos ou mais, predominantemente com licenciatura, que ao serem inqueridas sobre a percepção que tinham sobre o nível de formação que possuíam sobre a educação de alunos com necessidades educativas especiais, referiram (54,0%) se entender com “algum” nível de formação/conhecimento, sendo que apenas 16% referiram ter um nível “elevado” de conhecimento entre as respondentes (LOPES, 2014).

Dos profissionais desse estudo 44,0% mencionaram se perceber com grau de confiança “média” para lecionar com esses estudantes, apesar de 47% dos educadores terem se julgado com elevada experiência na educação com escolares com necessidades educativas especiais. Além disso, observou-se que os professores mais jovens expressaram maior preocupação, sensação de ineficácia em suas ações, sentimentos e atitudes mais negativas em comparação aos colegas mais velhos, que

demonstraram crer serem mais eficazes. Ressaltando que tais necessidades especiais deste estudo englobavam, desde DI, TM, a transtornos de aprendizagem e outros fatores que possam exigir suporte diferenciado para inclusão (LOPES, 2014).

O estudo acima apontou também que haviam determinações consistentes sobre como deveria ser o preparo docente, em termos de conhecimento destes profissionais, mas ainda assim, na prática esses profissionais apontaram sentir-se com necessidade de preparo. Ele remete à reflexão de que, mesmo em outros países a inserção deste público se mostra um desafio, gera inquietações e que apesar de haver maior tempo de exercício entre os professores participantes e experiência elevada no contato deles com essas crianças, ainda assim, 44,0% dos profissionais se julgaram com grau de confiança “média” para essa ação.

O estudo supracitado indica que os profissionais se julgam sem preparo suficiente, para a atuação/ conduta adequada, para lidar com as demandas/especificidades desses alunos, assim como, os professores em nossa amostra. E, em ambos os estudos, os professores que se julgaram com experiência elevada seja no magistério, ou, no contato com essas crianças, se identificaram com falta de preparo para lidar com esse público.

Na busca por compreender um pouco sobre como os professores estudados se prepararam para atuar com crianças com DI e/ou TM, foi analisado como os profissionais perceberam que ocorre a instrumentalização docente em termos de educação formal e permanente, sobre Deficiência Intelectual e Transtorno Mental, no Município estudado.

Observou-se, dentre os participantes do nosso estudo, que tiveram algum contato com as temáticas em sua graduação sobre DI 48,2% e TM 39,1% dos professores, em relação aos que não tiveram. Dentre os profissionais que afirmaram ter acessado esses temas, foi identificado que o conhecimento envolvido foi considerado parcialmente satisfatório. O que pode denotar uma lacuna existente em termos de apropriação das temáticas de forma mais eficaz e/ou de aporte teórico.

Os professores do presente estudo consideraram que os temas, não foram explorados, em cursos e/ou capacitações com a profundidade que envolvem as demandas dos alunos com DI e/ou TM dentro do ensino regular, mas se estabeleceram de modo parcialmente satisfatório, denotando novamente lacuna de conhecimento.

A inclusão de alunos com deficiência, exige práticas diferenciadas e conhecimentos sobre uma temática, que muitos professores não tiveram acesso no decorrer de sua formação inicial, que desacomoda, tanto professores, quanto gestores. Tal proposta inclusiva, tem movimentado o cenário educacional para a necessidade da criação de possibilidades de educação permanente, aos professores para que eles possam ser capacitados, para atender esse público da Educação Especial no ensino regular. Entretanto, percebe-se que a temática “inclusão” até vem sendo alvo de propostas de formações continuadas, contudo, ainda é comum, observar relatos de professores, se pronunciando sem preparo, para receberem esses alunos. Ou seja, apesar da existência dos movimentos de ofertas, dessas formações existirem, elas ainda veem sendo consideradas suporte insuficiente para sustentar a prática, ou, para promover a transformação de práticas (ANTUNES et al, 2016).

Quanto ao aperfeiçoamento dos profissionais após a formação sobre as temáticas DI e TM, constatou-se em nossa casuística, que menos da metade dos professores pesquisados realizaram algum curso para aperfeiçoamento, participaram de cursos sobre DI (43,4%) e TM (47,3%) dos profissionais. Sendo que esses cursos poderiam favorecer a instrumentalização destes docentes, em termos de conhecimento e embasar uma prática mais consistente em âmbito educacional no ensino regular. Logo, entende-se que as ações docentes, precisam ser mais condizentes com o espaço em que esse público infantil estivera inserido e as suas demandas, assim como, as formações/ capacitações precisam viabilizar maior aproximação da teoria com a prática.

A percepção sobre a participação dos professores em cursos/capacitações ofertadas pela SME, identificadas associadas ao tema DI foi de 29,2%, não chegou a ser realizada por 30,0% dos profissionais e sobre TM por 23,5% dos educadores, expressando uma participação ainda menor. Essa percepção de baixa participação dos cursos ofertados, contraria as afirmações encontradas no próprio “discurso” dos professores do estudo, de que os educadores se consideravam com “bastante interesse” em participar de cursos sobre DI (50,0%) e TM (48,3%), pois, ao responderem essa pergunta do questionário a minoria afirmou ter “pouco interesse” sobre DI (27,3%) e TM (29,4%) ou “nenhum interesse” referente a DI (5,1%) e TM (4,3%).

Com base nestes indicativos, buscou-se explorar os motivos ligados ao fato, de menos da metade dos professores pesquisados terem realizado algum curso de aperfeiçoamento sobre DI e TM, apesar de boa parte dos professores assinalarem interesse em realizá-los. E procurou-se verificar também como ocorre a estruturação dos conteúdos envolvidos nessa oferta de cursos/capacitações para aperfeiçoamento dos docentes, como ocorre a disponibilização da instrumentalização específica desses temas e quais os setores envolvidos nesta disponibilização e divulgação.

Os profissionais de nosso estudo, afirmaram identificar como entidade de referência dessa oferta de cursos/capacitações sobre os temas em estudo, a Secretaria Municipal de Educação, a qual foi sinalizada como responsável por ter ofertado cursos sobre DI por (55,6%) e TM (53,2%) dos pesquisados. Os quais, indicaram entender com participação pequena na organização e disponibilização dessa oferta de cursos sobre essas temáticas, outras entidades como; universidades apontadas como responsáveis pela oferta de capacitações sobre DI por 17,6% e TM 19,1% dos professores, e outros setores sobre DI por 20,4% e TM 18,1% dos profissionais

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi o setor apontado com menor participação identificada nessa oferta, pelos professores, considerada com envolvimento praticamente nulo, na oferta desses temas para DI (0,9%) e TM (1,1%).

Embora leis e documentos atentem para a necessidade de garantir a inclusão, o direito de acesso e permanência na rede de ensino regular, a todo e qualquer cidadão, as pesquisas tem alertado para o fato de que tem existido a preocupação em elaborar teorias que sustentem essa proposta, mas elas não vêm acompanhando as práticas governamentais, para efetivar essas garantias. Uma vez que os profissionais da educação não possuem um programa de formação continuada na área inclusiva, especificadamente, e as escolas não possuem estrutura física adequada, nem apoio especializado para esse atendimento de acordo com as demandas (CHAGAS; DIAS 2014).

Diante da baixa percepção de participação docente nos cursos dos professores, buscou-se explorar se os profissionais de nossa amostra se percebiam com acesso à informação da oferta de cursos pela SME sobre os temas de nossa pesquisa e os educadores afirmaram que “sempre” foram informados sobre as capacitações de DI por 39,3% e de TM 33,2%. Apesar de que a respeito de TM, os

professores se mostraram ambivalentes, pois consideraram que “sempre” (33,2%) são informados e ao mesmo tempo que “raramente” (33,2%) tomam conhecimento dessa oferta por meio da SME.

Os participantes dos cursos ofertados pela SME, também referiram em nosso estudo, que a participação dos cursos oferecidos sobre os temas não contribuiu para a aplicação do conteúdo na prática, em que o tema foi abordado, logo, o curso foi considerado insatisfatório. Ou seja, indicaram ter ocorrido a oferta de cursos, contudo, que nem sempre foram satisfatórios para subsidiar o enfrentamento dos desafios que os alunos com DI e/ou TM trazem para o processo pedagógico no ensino regular.

Um estudo descritivo de 2011, analisou as concepções de 20 professores da educação infantil da rede de ensino regular na cidade de Mossoró-RN sobre a educação inclusiva, com 10 professores da rede pública e 10 da rede privada. Semelhantemente ao nosso estudo, constatou-se em seus resultados; dificuldades relacionadas à formação dos educadores para o trabalho com alunos e de atuação relacionada as ações docentes com educandos com necessidades educacionais especiais. E ainda, que as formações destinadas à instrumentalização teórica dos educadores apresentaram conteúdos que se distanciavam das reais situações da prática educacional (CHAGAS; DIAS, 2014).

Semelhante aos achados em nossa casuística, apesar do estudo de Chagas e Dias (2014) ter sido destinado a professores da educação infantil do ensino regular (privado e público) e o nosso abordar professores da rede pública de ensino fundamental regular municipal, ambos debatem os desafios e dificuldades enfrentadas pelos professores, em absorver as demandas de alunos com necessidades educacionais especiais no ensino regular e possuem resultados parecidos. Indicando que essa adaptação às novas demandas e práticas educacionais, apresenta complexidade em diferentes cenários e estágios de desenvolvimento dos discentes, representado pelas semelhantes inquietações docentes, tanto no cenário da educação infantil, quanto no de ensino fundamental, que afetam/ desacomodam, desde o ensino público ao privado.

Os professores de nossa amostra deflagraram a necessidade, de aprimoramento, da oferta e/ou divulgação da oferta, dos cursos de aperfeiçoamento/capacitações, e ainda, da eficácia deles em termos de

prática/atuação em sala de aula, com crianças com DI e TM, para melhor aproveitamento do conhecimento na prática. Assim como, a importância de maior envolvimento dos outros setores, apontando uma lacuna de ações em rede, dialógica, intersetorial, interdisciplinar, que poderiam estar transitando entre essas ofertas de aperfeiçoamento dos profissionais da educação, preparando-os de maneira mais abrangente e enriquecedora.

A análise dos dados da percepção dos professores sobre a oferta de formações relacionadas as temáticas em discussão, instigou a reflexão de que talvez chegou o momento dos espaços gestores da educação municipal estudada, pensar outras modalidades de aperfeiçoamento que possam extrapolar os formatos tradicionais dos cursos ofertados, tenham mais visibilidade entre os docentes e proporcionem espaço de suporte para a transformação das práticas.

E nesse contexto, considerando os impactos da lógica de EPS como referência, seria interessante estruturar propostas de formação com oficinas, que possibilitem “exercitar” a atuação com crianças com DI e/ou TM no ensino regular, a partir de situações vivenciadas pelos professores, favorecendo assim, maior encontro da teoria com a prática e a elaboração de estratégias para harmonizá-las.

Cabe afirmar que a consolidação do processo de mudança instaurado pela proposta da inclusão escolar, requer o estabelecimento de ações compartilhadas, articuladas na escola, que possam fortalecer as práticas pedagógicas, com vistas à construção de uma educação de qualidade para todos os alunos. O que exige um fazer pedagógico mais atraente e inovador, apropriado às especificidades e necessidades dos educandos, que acredite em uma aprendizagem favorável para todos os alunos sem distinção (SANTOS; MARTINS, 2015)

Quanto a serem estimulados a discussões sobre as temáticas em estudo, mais uma vez o grupo de participantes de nossa amostra ficou ambivalente, dividido entre duas respostas. Ao serem questionados se as escolas em que estiveram inseridos proporcionavam momentos para reflexão/discussão sobre DI e/ou TM, as respostas ficaram entre “raramente” para DI 27,7% e TM 30,0% e “frequentemente” para DI 38,5% e/ou TM 35,2%. Constatou-se um pouco de profissionais que entenderam que “frequentemente” tiveram espaço para essa discussão/reflexão, contudo, não chegaram a 40,0% os profissionais que percebem ocorrer desta forma.

Considerando as afirmações acima, pode-se concluir que os respondentes da pesquisa apontaram a necessidade de ampliação do investimento em discussão/reflexão sobre os temas, entre as equipes educacionais destinada à atenção dessa parcela (alunos com DI e TM) do público escolar. Os dados expressam relativo incentivo aos professores de nosso estudo a buscarem o fortalecimento de práticas voltadas à inserção destes estudantes de maneira mais efetiva, dentro do ensino regular com base nas porcentagens acima.

No município em que nossa amostra foi composta, havia uma espécie de grupos de trabalho de aperfeiçoamento sobre os temas que concernem à educação especial, destinado a profissionais especificadamente distribuídos nas salas AEE. Enquanto, que os professores regentes do ensino regular tinham acesso às formações sobre os temas apenas mediante a oferta de cursos esporádicos, lançados em sua maioria pela SME, nos quais os professores indicaram a percepção de baixa participação.

Tal questão é indicativo de que, possivelmente, essas temáticas ainda sejam uma “bandeira” assumida com maior força pelos profissionais da educação especial e que compõem as classes de Atendimento Educacional Especializado (AEE), principalmente ao se pensar em DI no município estudado.

Enquanto que em relação a temática TM, há um distanciamento ainda maior em âmbito educacional dos profissionais. Logo, há probabilidade de que os professores e escolas do ensino regular, ainda não tenham se apropriado deste movimento de buscar por qualificação profissional sobre esse tema, e da luta pela oferta de espaços devidamente qualificados para receber/atender essas crianças, que demandam suporte/atuação diferenciada em sala de aula do ensino regular.

Os educadores precisam superar a ideia de que, para o estudante com DI, a classe comum do ensino regular é somente espaço para socialização. É um equívoco afirmar que alguns estudantes estão na escola para aprender, enquanto que outros apenas para socializar. Essa forma de inserção dos estudantes com DI no ensino regular, mascara uma falsa participação do aluno nas escolas, sendo que não ocorrem planejamentos e ações que explorem suas capacidades, desconsiderando-o em seu processo de desenvolvimento cognitivo e social verdadeiramente. O estudante com DI, quando introduzido em escola regular, tem possibilidades de realizar variados

progressos, contudo, esses avanços se fazem possíveis conforme o nível de intervenção ofertada (BARBOSA; DUARTE, 2016).

Frente ao exposto, o professor regente de turma precisa estar capacitado para atuar com esse público, a fim de que estes estudantes possam se desenvolver, e é preciso entender que a sala de aula também vai além de um ambiente favorável para os demais estudantes aprenderem a conviver com as diferenças. Essa convivência é um aspecto de extrema importância, contudo, defende-se aqui que a presença de alunos com DI e/ou TM em sala não pode se limitar a isso. (BARBOSA; DUARTE, 2016).

Estudos relacionados a TMs, costumam voltar-se mais a discussões relacionadas ao curso da doença mental, ou, associadas às lutas contra a institucionalização e ações de segregação, que vislumbram maior participação social possível do sujeito, ao invés de aprofundarem questões associadas a escola. Apesar de haver recorrentemente estudos sobre a saúde mental do público infanto-juvenil, não foram encontrados estudos que promovessem a discussão e a interlocução propriamente dita, entre saúde e educação, no espaço formal de ensino escolar. Mas, os estudos encontrados enfatizam a necessidade da participação ativa da escola, para que se possa estabelecer o suporte e a elaboração de ações/conduas voltadas à saúde mental de maneira eficaz (SANTOS, 2006; AZEVEDO, et al 2012; FEITOSA et al, 2011; BRASIL, 2014a). Ainda assim, não se voltam a como os docentes atuam com esse público no espaço de ensino-aprendizagem.

Ao questionar o conhecimento que os professores do presente estudo julgavam possuir acerca de DI e TM, constatou-se que apesar de a metade dos participantes considerarem ter recebido acesso a conhecimento/instrução, sobre as temáticas em algum momento, e mais da metade destes profissionais terem mais de 15 anos de atuação lecionando, ou seja, familiaridade com o cenário educacional, os respondentes, se consideraram com conhecimento/instrução insuficiente de ambas as temáticas para atuar com esse público no ensino regular.

Quanto aos temas avaliados dentro dos TMs, foi verificado que a grande maioria dos participantes, se sentiu pouco preparado para agir com crianças que apresentam Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), Transtorno Opositor Desafiante (TOD), Transtorno de Conduta, Ansiedade, Depressão e Autismo.

Referente à TDAH, menos de 10% dos professores se identificaram com conhecimento a respeito, demonstrando que, apesar de o tema TDAH ser melhor disseminado na educação, há uma proporção baixa de profissionais que se consideraram com conhecimento/instrução efetivamente. A respeito de TOD, os profissionais afirmaram ter instrução insuficiente, enquanto que sobre Transtorno de Conduta, Ansiedade, Depressão e Autismo, os educadores se identificaram com conhecimento/instrução parcialmente suficiente, mas não chegaram a 40,0% dos respondentes os professores que tiveram essa impressão.

A falta de intersecção entre as ações da saúde e educação costuma mostrar-se recorrente, apesar de que o transtorno de *déficit* de atenção e hiperatividade (TDAH) e o autismo, já são considerados temas melhor disseminados em ambos os setores, decorrente de pesquisas envolvendo guias de manejo, suporte, investigações e proposições destinadas a esse público, que podem ser absorvidos no campo de ação de ambos os cenários (ARAUJO, 2012; CAETANO, 2012).

Apontamentos extraídos de uma revisão sistemática com o objetivo de identificar os transtornos mais prevalentes na infância/adolescência e possíveis fatores associados, que incluiu 27 artigos nacionais e internacionais de 2001 a 2013, da qual dois estudos foram realizados no Brasil, indicaram que os transtornos mais frequentes encontrados foram: depressão, transtornos de ansiedade, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), transtorno por uso de substâncias, e transtorno de conduta. Foi identificado dentre eles a prevalência de depressão 0,6% e 30%; transtornos de ansiedade 3,3% e 32,3%; TDAH 0,9% e 19%, transtorno por uso de substâncias 1,7% e 32,1%; e transtorno de conduta 1,8% e 29,2% (TRIENGO et al, 2014).

Os achados da presente pesquisa, corroboram a hipótese de que os educadores participantes, se perceberam com conhecimento/instrução incipiente sobre transtornos mentais. Inclusive referente a TDAH e autismo, que são transtornos que já possuem alguns manuais acessíveis, sobre como agir com esse público em ambiente escolar, e até mesmo, frente a transtornos considerados mais “populares” como depressão e ansiedade. Os professores, ao serem indagados sobre o conhecimento que consideravam possuir sobre transtornos mentais com ênfase em crianças, revelaram baixa porcentagem de profissionais que se perceberam com conhecimento sobre TM, indicando limitações de entendimento sobre esse tema.

Nem mesmo os transtornos que possuem guias e manuais existentes foram considerados com bases/conteúdos suficientes para subsidiar a prática educacional, o que nos remete ao entendimento de que não basta a informação estar disponível, mas faz-se necessário discuti-la e estabelecer espaços de sensibilização para a internalização das estratégias propostas, para ocorrer de fato a apropriação necessária que impulsiona e/ou transforma a prática.

Contudo, vale a reflexão, de que os manuais podem ser “*starts*” de estratégias para o favorecimento das práticas, mas não devem ser usados como um “roteiro engessado” e de produção de ação “em massa”, pois assim, se assume uma postura docente que não considera o discente, em sua singularidade, como sujeito integral, portador de uma subjetividade a ser considerada e respeitada, que conduz a práticas que a educação integral busca fortemente contrapor.

A percepção dos professores estudados de que há falta de conhecimento sobre TMs, pode estar associada também à dificuldade de identificação dos sinais deles e de atuação docente relacionada à conduta do professor no ensino regular com estudantes com DI e TM. Pois, subentende-se que se há pouco conhecimento/instrução sobre essas temáticas, naturalmente haverá maior dificuldades de enfrentamento das demandas que as envolvem, sendo que, em nosso estudo, os profissionais referem falta de conhecimento/instrução suficiente sobre os temas.

Logo, é compreensível que os professores indiquem dificuldade de clareza sobre as temáticas, bem como, para se localizar com relação aos fatores envolvidos nas demandas desses estudantes com DI ou TM e organizar as propostas pedagógicas condizentes com essa realidade. Ou ainda, tenham dificuldades para buscar estratégias para uma atuação/conduta docente em conformidade com a condição destes estudantes.

Os dados expressaram que os profissionais estudados, ao se avaliarem, se julgaram com falta de preparo para a atuação como docente nesta área e se mostraram divididos quanto à concordarem com a inclusão destes alunos no ensino regular.

Afim de explorar melhor a ligação, entre a dificuldade de atuação docente com possíveis limitações para reconhecer os sinais de DI e TM nos estudantes, buscou-se explorar como os educadores percebiam suas habilidades de identificação

de sinais e/ou sintomas de DI e/ou TM, nos escolares do ensino fundamental regular e quais habilidades identificavam possuir para atuar no ambiente de sala de aula com este público, onde constatou-se dificuldades de atuação docente associadas a identificação dos escolares nesta condição.

Os números expressaram que houveram por parte dos educadores de nossa amostra, maior identificação dos casos de DI confirmados (54,3%) e suspeitos (47,6%) do que de TM, que tiveram detectados como caso confirmados (30,6%) e (18,3%) de suspeita. Sendo válido destacar que os casos de DI confirmados no município em estudo, devem ser informados nas secretarias das escolas para que os educandos sejam inseridos no sistema de matrícula municipal e terem acesso ao registro do processo avaliativo diferenciado (descritivo), segundo professor (monitor-estagiário) mediante apresentação de laudo médico que confirme DI ou algum transtorno que se enquadre nos critérios elencados para inserção em AEE também. Favorecendo assim, a detecção e apropriação da existência dos casos de DI no município estudado quando já confirmados.

No curso da história da educação há evidências de que a DI ganhou mais espaço de discussão na área da educação do que os TMs, e que as crianças com necessidades especiais associadas à DI, possuem diretrizes melhor definidas e propagadas no âmbito educacional. O próprio Ministério da Educação (MEC) faz menção a diretrizes para esse público nas escolas que devem ser seguidas pelo município, além das próprias resoluções municipais instituídas (FEITOSA et al, 2011; BRASIL, 2012; BRASIL, 2014a; WERLE, 2011).

É de conhecimento que o sistema de ensino, deve garantir aos educandos com necessidades educacionais especiais, currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e uma organização que contemple as especificidades destes educandos, assim como, professores com especialização adequada para o ensino médio, superior e de formação continuada, para o atendimento educacional especializado capacitado para a inclusão deste público nas classes de ensino regular (CHAGAS; DIAS, 2014).

Enquanto, que para os TMs não existem normas específicas a respeito do processo avaliativo, que é realizado igualmente aos demais estudantes, nem há acesso/direito de segundo professor (monitor-estagiário) no município em estudo, que se orienta pelas leis estaduais e nacionais. Os estudantes com TM, são “melhor identificados” pelo fato de fazerem tratamento com neuropediatra, psiquiatra e

psicólogo, ou por fazerem uso de medicações controladas. Diferente dos casos de DI, não há obrigatoriedade de informar a escola, nem direitos ligados à apresentação do laudo de TM. E às vezes o tratamento medicamentoso que poderia “denunciar” a existência de um TM, se detém à administração dos responsáveis em casa, que não necessariamente compartilham a informação. O que pode também justificar o fato de crianças com TMs serem menos identificadas entre os casos confirmados e suspeitos.

Não é incomum casos de TM, entendidos como questões puramente comportamentais consideradas, birra, manha, preguiça, falta de limites, indisciplina, entre outros fatores, que só recebem suporte quando estão em estágio grave e um TM que poderia ter sido contornado por uma psicoterapia, ou, por outras ações protetivas, virar um tratamento farmacológico.

Sendo que, se tivesse ocorrido o reconhecimento da necessidade de suporte diferenciado para essa criança antes, poderia ter acontecido o investimento, por exemplo, em um grupo de educação em saúde, em que essa criança que consta em intenso sofrimento poderia ter sido contemplada, em suas urgências e preservada.

Entende-se por parte da pesquisadora que falta, o fortalecimento da visão integral que contextualiza essa criança, o entendimento de que uma criança em vulnerabilidade social, por exemplo, com sinais de comportamento isolado e deprimido, pode estar propensa a uma possível depressão. E, então faz-se necessário acolhe-la, neste aspecto, proporcionar espaços de fortalecimento da capacidade de resiliência dentro do que a estrutura escolar tem a oferecer, viabilizar ações que envolvam grupos que favoreçam socialização e educação em saúde, dentro dessa perspectiva, entre outras ações, condizentes com a realidade da escola e urgências dessa criança.

Em resumo, a identificação de sinais, ou, dos casos de DI e TM, surgiu no aspecto de reforçar a ideia de que é possível promover ações de saúde no ambiente escolar, gerar prevenção e permitir que essas crianças, que se encontram em “condições desiguais” decorrentes de necessidades educacionais especiais incompreendidas, possam ter tais desigualdades minimizadas, ou quem sabe superadas quando reconhecidas.

E nos casos em que o olhar para os sinais da criança forem tardios e a fragilidade desse discente foi considerada meramente comportamental, mas posteriormente identificada, que se possa no mínimo, sensibilizar os profissionais a

assumirem uma postura diferenciada, acolhedora, que permita a criança a desenvolver-se e ajude a família, no reconhecimento da rede disponível para amparar esse educando.

Em contato com o cenário educacional, a pesquisadora observou na prática, diferença entre o desenvolvimento de crianças que tiveram professoras sensíveis as suas fragilidades, daquelas que não tiveram. E, que algumas professoras não sensibilizadas, além de demonstrar dificuldades para estabelecerem vínculo para trabalhar com esse público, disparavam ações e discursos “perigosos”, desfavoráveis que precisam ser superados. Derivados de conservas culturais duras que “alimentavam” práticas, que resultaram em uma postura reducionista que inviabiliza uma educação inclusiva e não enxerga o discente de maneira integral. Havendo entre esses discursos falas como; “você não tomou seu remédio hoje?! Porque estais incomodando tanto!?” Como se a resposta da criança ao ambiente fosse reduzida ao tratamento/ diagnóstico.

Na Saúde Mental as políticas existentes geralmente são mais voltadas aos problemas da população adulta, enquanto que entre a população infanto-juvenil, os tipos de transtornos, principais fatores de risco e de proteção, estratégias de intervenção e de organização do sistema de serviços, têm especificidades que não podem ser contempladas pela extensão dessas estratégias da população adulta. De modo que, as crianças e adolescentes tendem a permanecer “invisíveis” por essa “falta de políticas” que orientem a respeito destas especificidades do público infanto-juvenil. É mais do que necessário, que hajam deliberações para uma agenda política específica destinada e obstinada ao desenvolvimento de políticas nacionais de saúde mental para infância e adolescência (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008).

Nossa casuística apontou entre os docentes a percepção de escassez de acesso a disponibilização de informações sobre laudos, comunicados, informativos por escrito, ou orientações verbais, entre outros elementos que pudesse subsidiar uma atuação favorável e também, orientá-los sobre as possíveis necessidades de suporte diferenciado dos estudantes, referentes a provas especiais, atividades de aula adaptadas, entre aspectos envolvendo o suporte do professor para a garantia da educação da criança.

Foi identificado, entre os professores de nosso estudo, que a oferta de informação sobre a condição das crianças, que necessitam de suporte diferenciado na percepção deles frequentemente ocorre, por parte da equipe pedagógica apenas em

25% dos casos, pelos professores de AEE em 23,8% e por meio dos responsáveis pela criança somente em 19,9%. O fato de os professores apresentarem menor aproximação com esse tema, pode resultar em menor habilidade para identificação de sinais/sintomas.

Sobre DI 48,2% dos professores tiveram acesso ao tema em sua formação, apesar de 47,3% consideraram esse conteúdo “parcialmente satisfatório”. Enquanto que sobre TM 39,1% dos educadores referiram esse acesso na formação e 41,2% consideraram a abordagem da temática “parcialmente satisfatória”. Sendo que, essas respostas foram extraídas de uma amostra de 220 professores, demonstrando que essa aproximação parcialmente satisfatória com os temas, na época da formação, não chegou a metade dos respondes. Logo, o exercício docente com este público também sem as informações pertinentes a condição da criança, poderá tornar-se desfavorável, tanto em termos de reconhecimento das fragilidades envolvidas que necessitam de suporte, quanto para a prática docente.

É possível que as crianças com TM não sejam identificadas com a mesma “facilidade” do que as que possuem DI pelos educadores, pelo fato de que crianças com TM apresentam mais prejuízos de cunho comportamental, que diante da falta de aproximação com o conhecimento/instrução sobre os seus sinais/sintomas expressos nas descrições clínicas e diretrizes diagnósticas (CID-10), podem ser confundidos com questões puramente comportamentais (APA, 2014).

Enquanto que, com base no manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM IV), as crianças que possuem DI envolvem prejuízos na área da inteligência e na área adaptativa (APA, 2002). Ou seja, ao longo do tempo começam a sinalizar em destaque atrasos/limitações de desenvolvimento associados a idade, que já deveriam ter sido superados em comparação com os colegas, dentro de um “padrão” reconhecido comum para o desenvolvimento. O que pode tornar a DI “mais nítida” e “detectável” de forma mais “direta”, em alguns momentos, do que o TM, que se torna mais evidente depois de seus prejuízos já estarem mais acentuados.

A falta de preparo para a detecção dos sinais/sintomas, tanto de DI, quanto de TM pode tornar-se preocupante, quando essa detecção “depende” de sinais/sintomas acentuados para serem identificados. Pois, nesse intervalo de tempo, as crianças permanecem sem suporte adequado, os professores sem entendimento de

como suprir as demandas dessas crianças e conseqüentemente com dificuldades para atuação docente, sendo ambos afetados.

A identificação de sinais/ casos de DI e TM, proposta neste estudo não para um fim meramente classificatório, nem deverá ser, vem como estratégia de alerta para fomentar um olhar diferenciado à essas crianças, bem como, uma acolhida sensível, que permite a superação dos tradicionais rótulos que envolvem as fragilidades dessas crianças e uma atuação docente que tem compromisso com a garantia da equidade para estes discentes.

Entre os achados de nosso estudo, ao questionar os professores sobre o quanto se percebiam capacitados, para identificação de sinais de DI em crianças, 62,9% dos profissionais afirmaram se perceberem “um pouco” capacitados e apenas 18,6% indicaram ter se sentido “suficientemente” preparados para essa identificação de sinais. Enquanto, que para identificação de sinais de TM 58,2% se perceberam “um pouco” capacitados e 18,1% dos educadores se consideraram “suficientemente” preparados. Como se pode observar, as porcentagens se aproximam entre as temáticas DI e TM, quanto à sensação de preparo, mas conforme mencionado em parágrafos anteriores, frente ao resultado extraído sobre as habilidades de identificação dos casos confirmados e suspeitos, propriamente dita, os educadores demonstraram identificarem melhor os sinais de DI, apesar de poucos terem se julgado “suficientemente” preparados em relação ao tema.

Diante das dificuldades de atuação/condução docente e *feedbacks* recorrentes destes profissionais, referindo sensação de despreparo para lidar com essas demandas, buscou-se neste estudo compreender os principais obstáculos envolvidos na inclusão de crianças com DI e TM no ensino regular, que pudessem estar associados. Dentre os dados encontrados, os participantes destacaram perceber como principais obstáculos para a inclusão dos estudantes com DI e TM no ensino regular; a falta de preparo dos professores em 78,1% das repostas para DI e 79,7% para TM, seguida da falta de material didático pedagógico para DI 67,1% e TM 69,8%, posteriormente falta de apoio/orientação pedagógica para DI 43% e TM 44,8% e a superlotação das salas de aula para DI 43,5% e TM 40,5%. Resistência por parte dos professores foi considerado menos provável, em termos de porcentagem para DI ocorrido em 9% dos casos, e para TM em 24,6%.

Alguns empecilhos dificultam a efetivação das políticas educacionais inclusivas, entre eles consta o despreparo estrutural das escolas e o fato de poucos professores estarem capacitados para absorver essa demanda (TOLEDO; VITALIANO, 2012).

Ao longo dos resultados foi sinalizado pelos participantes interesse em saber mais dos temas em estudo e de participar de capacitações/cursos. Observou-se que os profissionais referiram se perceber com baixa resistência para atuar com esse público, mas evidenciaram de forma recorrente a sensação de despreparo e necessidade de aperfeiçoamento para se sentirem aptos para atuação docente, tanto para identificar os casos, quanto para atuar com esses escolares no ensino regular. O que pode ser melhor observado também, nos dados a seguir sobre habilidades de atuação docente com crianças com DI e TM.

Sobre a inclusão de educandos com DI 40,0% dos professores expressaram “concordar totalmente” e 52,5% “concordar parcialmente”, ou seja, metade da nossa amostra se mostrou inclinada a concordar, enquanto que apenas 4,2% afirmaram “não concordar” explicitamente. Quanto a inclusão envolvendo TM, 30,5% dos professores assinalaram “concordar totalmente”, 55,6% “concordar parcialmente” e 7,9% “não concordar” declaradamente com essa inclusão.

Tais respostas expressam que há certo interesse em incluir, mas que há fatores a serem superados para que isso ocorra, os profissionais que afirmaram diretamente “não concordarem” foram poucos. Foi manifesto o entendimento de que a inserção destes alunos a priori, aparenta ser possível para boa parte dos professores parcialmente, ou seja, há necessidade de aperfeiçoamento para que ocorra efetivamente. Observou-se maior resistência em aceitar a inclusão de crianças com TMs.

A heterogeneidade dos alunos em sala, pode gerar angústia no professor quando ele se sente inseguro e impotente para desenvolver o seu trabalho, sensações que afetam diretamente o seu trabalho. É comum ouvir dos docentes que eles se sentem angustiados, sobretudo, quando recebem um discente que, supostamente, não consegue atingir as propostas de pedagógicas, ou possui dificuldade de comportamento, com a qual o profissional não se vê em condições de lidar, a ponto desses professores se sentirem desamparados e inseguros frente à prática docente, em meio a essa diversidade. (BRIANT; OLIVER, 2012)

Levando em consideração que o município mostrou uma trajetória mais sólida voltada à DI, podemos considerar que a resistência respeito dos TM pode estar associado ao medo e insegurança por parte do docente, de assumir um papel significativo no cenário dessas temáticas, indicadas como pouco familiares. As quais também inegavelmente, possuem uma bagagem histórica, envolvendo muitos estigmas a serem desconstruídos sobre o sofrimento psíquico, que ainda precisam ser resinificados, para que os profissionais possam se aproximar dessa realidade e entender o potencial de uma atuação docente atenta às singularidades dessas crianças.

É interessante observar que os professores indicaram estar mais familiarizados com a DI do que com os TMs, já que os transtornos são mais recorrentes do que a deficiência intelectual. O que pode estar mais uma vez relacionado, ao peso do estigma que envolve o sofrimento psíquico.

No Brasil, estudos registram taxas da prevalência de transtornos mentais de 7 a 12,7% e estimativas apontam, que uma entre quatro ou cinco crianças e adolescentes no mundo, apresentam possuem transtorno mental (Thiengo *et al*, 2014)

É possível inclusive, que os próprios casos de TM, que se mantem na “invisibilidade”, não sejam considerados transtornos/ visíveis, por não se encaixarem na lógica ultrapassada de doença mental como “loucura”, pela qual se considera que alguém com transtorno mental, obrigatoriamente não pode ser funcional e deve ser “cuidado” em “separado”.

Perspectiva arriscada, porque fortalece a visão hegemônica, segregadora, de patologização e de que essa demanda, não precisa ser vista pela educação, mas é incumbência isolada da “saúde”, dentro de um modelo biomédico. Rompendo desta forma com a visão integral, a que se pretende apregoar e alcançar no âmbito educacional, enfraquecendo assim, a inclusão deste público, os potenciais movimentos de ações intersetoriais e interdisciplinares neste aspecto e ainda o senso de corresponsabilidade docente.

A doença mental incontestável costuma abalar a estrutura familiar, pois apesar da reforma psiquiátrica, ainda se instaura em parte da sociedade por uma compreensão permeada de estigmas e preconceito, relacionado ao sofrimento psíquico (VICENTE *et al*, 2015). Ou seja, tais estigmas ainda afetam a forma de ver e acolher, aqueles que são identificados com transtornos mentais.

Ao serem questionados se concordavam com a inclusão, os profissionais se mostraram divididos, quanto a assumirem as demandas das crianças com DI e/ou TM em estudo e demonstram insatisfações a respeito dessa inclusão, sinalizando concomitantemente anseio por maior preparo para atuação docente com esse público no ensino regular. Configurando a necessidade de serem sensibilizados para que consigam se apropriar destas demandas como parte do seu campo de ação.

Constatou-se, que os docentes precisam se aproximar dessas temáticas, em termos teóricos com conexão com a prática e ter maior direcionamento sobre como conduzir as demandas deste público, no âmbito escolar dentro de suas atribuições.

Para que haja efetivamente a prática de um processo inclusivo sustentado em acesso, participação ativa e aprendizagem às crianças, faz-se necessário que a atenção à DI componha a proposta pedagógica da escola e haja a elaboração, sensibilização e conscientização coletiva, pois, as transformações e adesão necessária, passam a se tornar reais quando há reflexão no cotidiano escolar (BARBOSA; DUARTE, 2016).

No que compete ao conhecimento sobre DI e TM capaz de ser aplicado pelos professores na atuação com as crianças em sala de ensino regular, foi identificado que os educadores se perceberam “nada preparados” e “um pouco preparados”. Sendo que, especificadamente referente à DI, os professores responderam sentir-se “nada preparado” 25,8%, “um pouco preparado” 58,3% e somente 9,2% como “suficientemente preparado”. Já sobre essa capacidade de aplicar o conhecimento referente a TM na prática, ou seja, na atuação/ conduta com essas crianças, os professores se julgaram “nada preparados” 31,8%, “um pouco preparado” 54,9% e “suficientemente preparado” apenas 4,3%.

A educação inclusiva exige o preparo dos professores que atuam com as crianças com necessidades educacionais especiais e formação adequada para atender os discentes. É importante investir em espaços de formação de professores no próprio local de trabalho, uma vez que, neste espaço as reflexões podem ser melhor atreladas ao cotidiano, possibilitando trocas de experiências, favorecendo a construção coletiva do saber pedagógico. (TOLEDO; VITALIANO, 2012)

Embora as porcentagens indiquem que praticamente metade dos profissionais se julgaram “um pouco preparado”, o número de professores que se perceberam “suficientemente preparados” efetivamente foi baixo e não representou

nem 10% dos profissionais. Essa baixa porcentagem de professores que se julgaram “suficientemente preparados”, veio a corroborar com a hipótese da existência de dificuldade para atuação docente, com crianças que possuem DI e TM entre os professores de nossa amostra que lecionaram para esse público. Esses dados também conduzem à leitura de que se faz necessário maior investimento na instrumentalização destes profissionais, para que a práxis possa ser coerente com as demandas, em termos de atuação, no ensino regular.

Em uma pesquisa qualitativa com 31 professores de ensino fundamental e médio de uma escola estadual do município de São Paulo realizada em 2010, sobre a percepção dos professores a respeito de saúde mental, os resultados do estudo indicou que 80,6% dos professores demonstraram “grande interesse” na aquisição de conhecimentos sobre saúde mental e em receber materiais educativos sobre o assunto. Assim, como os educadores de nossa amostra, os educadores do estudo apontaram ter considerado existir pouca informação disponível sobre saúde mental para professores e ser necessário o desenvolvimento de estratégias educativas sobre saúde mental na escola. Os professores afirmaram que a falta de informação gera insegurança e dificulta a atuação docente relacionada a situações cotidianas envolvendo TM (SOARES et al, 2014).

Frente as questões de saúde mental na escola há uma preocupação docente expressa com relação ao sofrimento psíquico e uma apreensão sobre como lidar com os “ditos sintomas”, como se a relação docente-discente fosse ser totalmente baseada apenas no enfrentamento de sintomas, ou, uma realidade muito distante. Aparentemente se esquece, que a criança em sofrimento psíquico vai além do diagnóstico, que se trata de mais uma criança querendo desfrutar da sua infância e desenvolver-se que apresenta singularidades que demandam sensibilidade.

No cotidiano das ações em sala de aula, os professores de nossa casuística se mostraram ambivalentes, quanto a conseguir fazer a organização/adaptação das propostas pedagógicas para poder contemplar as especificidades dos alunos com DI e TM. Praticamente metade dos profissionais que realizaram as adaptações necessárias, referiram concretiza-las de modo “parcialmente satisfatório”, ou seja, como algo que não é inatingível, mas ainda assim se mostram distantes de serem suficientemente satisfatórias.

Quanto a inserção das crianças com DI e/ou TM em sala de aula e o recebimento pelo professor de algum tipo de orientação ou informação (laudos, comunicados, informativos por escrito, orientações verbais, entre outros) sobre como trabalhar com estes alunos, ou ainda, sobre as possíveis necessidades de suporte diferenciado (provas especiais, atividades de aula adaptadas, entre outras) os professores indicaram, que pela equipe pedagógica, professores de AEE e pelos responsáveis da criança, o recebimento de orientação, ou, informações sobre esses alunos e suas possíveis especificidades é limitado.

Tal questão leva a reflexão, de que os professores ficam praticamente “às escuras” sobre as condições dos alunos e suas demandas. Logo, entende-se que até terem clareza do que se passa com essa criança e é possível ser desenvolvido, com o aluno com DI e/ou TM, o professor segue “tateando”, explorando possibilidades possivelmente pela experiência e intuição, por meio de tentativa e erro, vai reconhecendo na prática as ações favoráveis e necessárias, até que tenha entendimento sobre o que ocorre e/ou da melhor forma de atuação docente com esse público efetivamente.

Não que estudantes com TMs necessariamente precisem de provas diferenciadas ou estagiários, como ocorre com as crianças que possuem *déficits* cognitivos decorrentes da DI, mas incentivar os docentes a compreender as especificidades associadas a condição de saúde das crianças com TM, ou de potenciais sinais do desenvolvimento delas de maneira adequada, poderá favorecer uma atuação docente mais empática e o desenvolvimento de estratégias educacionais mais protetivas, pensando na lógica de que todo espaço gera saúde, ou o fortalecimento da ausência dela.

Estudantes com DI e/ou TM, em razão de suas especificidades, conforme discorrido ao longo de nosso estudo, demandam acompanhamentos de profissionais e serviços da rede de saúde, entre outros setores, para a garantia do suporte que precisam.

Considerando que a educação pode ser importante aliada do setor da saúde para ações em rede, em benefício de crianças com DI e TM, procurou-se avaliar se os educadores estavam familiarizados com o repertório de serviços e profissionais disponíveis para atender a esse público. No sentido de potencializar o “encaminhamento” destas crianças, para o suporte, acompanhamento e avaliação voltados a DI e/ou TM. E, para tal avaliou-se a percepção dos professores

pesquisados sobre suas habilidades de reconhecimento deste repertório local e para sugestão dos serviços/ profissionais a que os responsáveis dos seus discentes podem recorrer.

Dentre os achados, para os casos de crianças com DI, os professores em nossa casuística manifestaram identificar como caminho possível a UBS e profissionais atrelados a ela, se mostraram divididos quanto ao CER e o NCE serem uma possibilidade, demonstraram não ter clareza de que a Escola Dionísio é um caminho possível, expressaram corretamente que o CAPSi não é uma alternativa à esta demanda e por fim que pouco perceberem a APAE como uma possibilidade de caminho para propor como suporte.

Em suma, sobre DI os professores afirmaram em 95,4%, não terem clareza sobre os caminhos possíveis para o suporte dessas demandas, ou, para propor como alternativa de cuidado aos familiares dessas crianças.

A sensibilização dos profissionais e familiares para o reconhecimento da população com deficiência intelectual e suas possibilidades de vulnerabilidade, ampliaria a chance de não negligenciá-los e acompanhá-los de forma mais adequada, e preservá-los inclusive de futuros problemas de saúde mental. (SUSJUS; CAMPOS, 2014)

Nas respostas referentes às demandas de TMs, os professores mais uma vez afirmaram entender como caminho possível de sugerir avaliação e/ou suporte a UBS e os profissionais atrelados a ela, se mostraram divididos quanto ao CER e o NCE serem uma possibilidade, apesar destes serviços atenderem essa demanda, sinalizaram não ter clareza de que o CER é para avaliação intelectual, apontando-o como um caminho para suporte de TMs, demonstraram não perceber claramente que o Diomisio Freitas não é o caminho para o suporte de TM e sim para adolescentes com DI, indicaram não compreender que o CAPSi atende aos TMs graves e consideraram corretamente que a APAE não é o caminho neste caso. Dos professores analisados, 95% assumiram não saber os caminhos possíveis para sugestões de encaminhamentos, avaliações e/ou que fazem o suporte desta demanda, quando questionados diretamente sobre esses caminhos como possibilidades para alunos com TM.

Quanto a sentir-se com preparo para identificar sinais de DI e/ou TM em uma criança ainda não avaliada, e se perceber com preparo para sugerir/orientar aos

responsáveis sobre quais os caminhos (serviços e profissionais) podem ser procurados, para uma investigação/avaliação de um educando nesta condição, os profissionais do nosso estudo referiram sentir-se “um pouco” preparados frente à DI (64,2%) e TM (71,5%), sendo que apenas DI (15,4%) e TM (7,0%) se sentem “suficientemente” preparado.

A maior parte dos profissionais em nossa casuística manifestou ter algum tipo de informação, sobre as possibilidades de serviços/profissionais e se perceber com “um pouco” de preparo, ou melhor, possuir certa informação sobre essas possibilidades. Mas, quando indagados se sentem “suficientemente” preparados, as porcentagens surgiram baixas, demonstrando que os professores não se perceberam com propriedade, ou aproximação suficiente com o assunto, a ponto de se sentirem seguros/preparados para a realização de sugestões de procura aos espaços destinados ao cuidado de crianças com DI e TM.

Ao mesmo tempo, há uma extensa e variada gama de problemas associados à saúde mental na infância e adolescência, que incluem desde transtornos globais do desenvolvimento (como o autismo), até outros ligados a fenômenos de externalização (transtornos de conduta, TDAH - hiperatividade), internalização (depressão, transtornos de ansiedade), uso abusivo de substâncias, entre outros que, para um diagnóstico de qualidade, exigem procedimentos de avaliação específicos que incluem, além das próprias crianças e adolescentes como recurso, fontes de informação diversas como familiares, responsáveis, professores e outros (COUTO, DUARTE, DELGADO, 2008).

Observa-se que a psicopatologia da infância agrupa uma série de fenômenos que englobam desde quadros biológicos/ orgânicos até a alterações psíquicas heterogêneas e problemas individuais ou coletivos de saúde mental. Devido essa abrangência, torna-se cada vez mais importante a colaboração de diferentes áreas de conhecimento para intervir nesses casos e o professor é um dos elementos mais importantes na identificação e encaminhamento precoce de boa parte de problemas de saúde mental, cabendo-lhe assim, ser orientado para tal (ASSUMPÇÃO, 2009). Ao passo que os profissionais podem assumir um importante papel no auxílio do processo de avaliação e conduta para suporte deste público e a sua omissão, por falta de apropriação dos caminhos necessários pode acarretar em prejuízos.

Apesar da existência de inúmeros textos de relatórios, conferências, declarações, protocolos legais, entre outros, dirigidos ao setor da educação e da saúde, recomendando intersetorialidade como essencial para a qualidade da atenção a esse público, e que é emergente a necessidade de viabilizar a ressignificação da vida destes sujeitos em sofrimento psíquico, depoimentos de familiares denunciam que os profissionais das áreas de educação e saúde passam ao largo dessas informações e orientações (SANCHES; OLIVEIRA, 2011), aspectos também contatados no presente estudo.

A educação efetiva e de direito, dos alunos com deficiência intelectual, da mesma forma no contexto inclusivo, necessita de transformação da cultura escolar, mas mais do que reestruturar práticas ou realizar ajustes curriculares comumente propostos pelas políticas públicas, é preciso disponibilizar conhecimentos teórico-práticos e suporte aos docentes, para que eles possam realizar mediações pedagógicas que favoreçam, sobretudo aqueles discentes que apresentam necessidades educacionais especiais. Apenas a partir dessas mudanças, se torna viável estabelecer novas práticas pedagógicas e relações educacionais. (PLETSCH; GLAT, 2012)

Em suma, referente a ambas as temáticas, há uma parcela muito pequena em nossa amostra de profissionais que se sentem “suficientemente” preparados, indicando a necessidade de se instrumentalizar/preparar estes profissionais para tal ação e revigorar a interlocução, entre as áreas saúde e educação, a fim de que a educação possa efetivamente se estabelecer de modo inclusivo na lógica da integralidade da atenção.

Interlocução essa que para ser efetiva, precisa ser uma “via de mão dupla”, ocorrer tanto na saúde, quanto na educação, para que não se caia na lógica de patologização da educação, ou seja assumida uma posição de que a saúde atua como quem julga a educação sob a sua lógica. É importante compreender, o que a saúde e a educação tem a dizer e oferecer sobre esse público, verificar o que a educação tem a aprender com a saúde e vice e versa. Ao passo que haja uma interlocução sólida que favoreça a inclusão e o desenvolvimento das crianças com DI e TM como desejado.

Considerando, que essa “simbiose” da educação com a saúde em prol deste público, poderá potencializar a capacidade desses educandos com necessidades

educacionais especiais, transcenderem o raso de suas potencialidades e ser contemplados ao máximo, por meio de uma mediação docente favorável, inclusiva, que o considera-os integralmente.

7 CONCLUSÃO

A população predominante do estudo foi mulheres com mais de 15 anos de tempo de exercício profissional, nível superior em pedagogia (licenciatura), inseridas na Rede Municipal de Educação como professores regentes de sala que atuam ou já atuaram com crianças DI e TM no ensino regular do 1º ao 5º ano.

A partir dos dados apresentados foi possível confirmar a hipótese de que os professores da Rede Municipal de Ensino Fundamental (I) Regular se percebem com conhecimento limitado sobre DI e/ou TM na infância, sendo que a forma como se prepararam para trabalhar com esses escolares, é incipiente em sua visão. Isto nos faz apontar a necessidade de haver um processo contínuo de formação ao longo do processo de trabalho que possa subsidiar uma atuação docente que corresponda as demandas.

Ao analisar a percepção do preparo dos professores para a atuação com crianças com DI e/ou TM no ensino regular, observou-se na casuística que os profissionais se perceberam despreparados para atuação com esse público infantil, e inclusive demonstram dificuldades para organização e realização de propostas pedagógicas que contemplem as especificidades dos estudantes nesta condição de maneira suficientemente satisfatória. Sendo que o número de professores que se percebem suficientemente preparados efetivamente não representam, nem mesmo 10% dos profissionais.

Outro fator considerado frente à capacidade de atuação/ conduta docente, que os professores apontaram, foi pouco acesso a informações sobre essas crianças, ou as especificidades que possam demandar esses alunos com DI e/ou TM para elaboração de estratégias pedagógicas e de atuação docente mais condizentes com os desafios em trabalhar com essas crianças em sala de aula regular.

Quanto ao conhecimento dos professores sobre DI e/ou TM na infância e como se preparam para atuar com esses escolares, constatou-se que os profissionais não são totalmente leigos, tiveram certo acesso às temáticas em caráter de formação e pós-formação. Contudo, os conteúdos das temáticas no momento do processo formal de ensino superior foram considerados parcialmente satisfatórios. Pós-formação praticamente metade dos profissionais não realizaram curso algum e os que

fizeram curso a respeito, baixa porcentagem de profissionais indicou considerar o aprendizado satisfatório para a prática em sala de aula.

Em relação a quais subsídios os professores da rede municipal de ensino fundamental possuem para identificar sinais da necessidade de encaminhar as crianças para avaliação e acompanhamento com profissionais da saúde, nossos achados indicaram limitações de conhecimento sobre as especificidades das demandas e condição de DI e/ou TM referente aos escolares, que poderiam subsidiar a identificação da presença de sinais com propriedade, associadas a incertezas sobre quais profissionais e/ou serviços podem ser sugeridos aos responsáveis para que as crianças possam ser atendidas e amparadas efetivamente.

Referente a como ocorre a oferta de ações de educação permanente em saúde sobre DI e/ou TM junto aos professores, profissionais afirmaram essa oferta e outros a ausência dela. Os que identificaram e participaram de capacitações, consideraram a contribuição destes cursos para a prática em sala de aula, como pouco satisfatória. O que indica a importância da consolidação das ações destinadas a formações de educação permanente e a necessidade de buscar intensificar a aproximação da teoria com a prática, para potencializar o preparo dos educadores para terem uma atuação com essas crianças em sala de aula em ensino regular mais condizente com a necessidades desses escolares.

A casuística identificou alguns aspectos positivos como o fato de que apesar de os profissionais se declararem despreparados, se consideram abertos para formações sobre as temáticas. Sobre a inclusão dessas crianças boa parte referiu ser sim uma possibilidade, mas que para tal, há necessidades de maior preparo dos docentes para receber e atuar com esses estudantes. Os professores indicaram interesse e abertura para a adesão de novas formações e até mesmo práticas que possam favorecer essa inclusão.

Observou-se como limitação em nosso estudo a impossibilidade de cruzamento das informações prestadas nos questionários com dados concretos/formais sobre as crianças com DI e/ou TM (casos confirmados/ suspeitos). Na execução do instrumento piloto os educadores não apontaram a necessidade de incluir a pergunta específica indagando se os professores sabiam o que era DI e TM e qual a diferença entre eles, sendo que na entrega dos instrumentos definitivos alguns profissionais pontuaram que desconheciam a diferença sobre ambos. Outra

limitação sentida pelos pesquisadores, foi o fato do instrumento ter uma estruturação de autoaplicação, pois isso, por vezes, fez com que muitas questões retornassem em branco, mesmo havendo uma carta explicativa com orientações de como preencher o instrumento.

Em suma, o presente estudo alerta para o fato de que houve movimentos teóricos com fim de viabilizar a inclusão de crianças que necessitam de suporte diferenciado por apresentarem especificidades associadas a DI e/ou TM, para que tenham suas demandas contempladas no ensino regular e possam compor esse cenário de maneira equânime e exercer seus direitos educacionais, envolvendo, inclusive, normas diretrizes que sustentem esse discurso, conforme discorrido ao longo de nosso estudo disposto na LDBEN, na própria Constituição Federal, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Declaração de Salamanca, resoluções, entre outros referenciais inclinados à garantia desse direito, mas que as ações práticas, ou seja, a execução deste discurso vem se mostrando ainda como um desafio a ser superado.

Constatou-se que este distanciamento muitas vezes ocorre mesmo entre profissionais que participaram de formações destinadas a instrumentalizar os professores para este fim, por não haver espaço de discussão específicos para essas demandas em sua complexidade, de maneira que a teoria se distancia demasiadamente ainda da prática e o pouco conhecimento adquirido pelos educadores sobre as temáticas quando disseminados entre os profissionais ainda pouco se aplica, em termos de atuação docente com essas crianças no cotidiano dos espaços de aprendizagem. Gerando a inquietação de que se faz necessário mudanças na interrelação das práticas educacionais com o campo da saúde, uma vez que os educadores se identificam com bagagem de conhecimento incipiente para atuação docente e dificuldades para atuar com este público no ensino regular. O que gera obstáculos para contemplar esses educandos efetivamente neste espaço e resulta em sentimentos de inadequação e/ou impotência nos professores relativos à sua conduta na prática.

Os resultados apontaram que há dificuldade de atuação docente do público infantil com DI e/ou TM ainda associada à sensação de falta de preparo para absorver esses estudantes nos processos formais do ensino regular. E apesar das contínuas discussões sobre a necessidade de preparo dos professores para lidar com esses

educandos no ensino regular essa limitação em termos de atuação docente ainda é manifesto. Ou seja, ainda permanece, essa percepção de falta de preparo, e isso, vem impactando, tanto os educandos, quanto os educadores e enfraquecendo a consolidação da inclusão e práticas educacionais neste sentido, que demonstram necessitar de estratégias mais eficazes para o preparo mais consistente destes profissionais da educação, em relação ao processo de inclusão, ensino destes estudantes e atuação dos professores. A qual poderá estar fadada a permanecer puramente em um ideal a ser alcançado, sem alicerces que sustentem a sua aplicabilidade.

A falta de apropriação sobre quais demandas e especificidades que os alunos com DI e TM possuem e o que os identifica em tais condições, demonstra inviabilizar o reconhecimento dos casos manifestos no espaço escolar, logo, se não há entendimento de que estes se fazem presentes em sala, os mesmos passam a ser negligenciados em suas necessidades atreladas ao processo de ensino. Os professores tendem a se sentir com dificuldades para atuação adequada também e as possibilidades de sugestões de encaminhamentos para suporte e avaliação pelos os educadores aos responsáveis no sentido de prevenir a intensificação de prejuízos possíveis e/ou prestação do suporte necessário para a condição da criança se torna pouco provável.

Contudo, ainda que os professores suspeitem de casos de DI e/ou TM e estejam disponíveis para propor caminhos possíveis para os familiares assistirem as crianças, seja por suspeita ou confirmação de DI e TM, se não estiverem familiarizados com o repertório (fluxos) de profissionais e serviços e sinais a serem considerados, tendem a se sentir sem condições de auxiliar neste aspecto. Logo, se isentam desta ação, empobrecendo as possibilidades de assistência a essa criança em sua complexidade.

Sendo assim, recomenda-se novos estudos que façam o cruzamento ou associação entre a percepção dos professores e dos gestores referente as ações de Educação Permanente para identificar como ocorrem essa oferta de cursos/capacitações em uma perspectiva macro. O estudo da Educação Permanente em Saúde como potencial ferramenta/estratégia de instrumentalização dos profissionais frente às temáticas de DI e TM em âmbito educacional.

Ainda, considera-se importante aprofundar alguns aspectos por meio de pesquisas de abordagem qualitativa com os professores, para aprofundar a investigação dos dados obtidos no instrumento já aplicado, que possam discutir os elementos envolvidos no discurso de sensação de despreparo, o reconhecimento de como atuam frente aos obstáculos envolvidos na inclusão dos estudantes que necessitam de suporte diferenciado e o reconhecimento dos conhecimentos que podem vir a preencher as lacunas identificadas em termos de conhecimento e suas formas de aplicação na prática, para a atuação docente eficaz com estudantes com DI e TM no cenário do ensino fundamental regular.

E também para que se possa propor os fatores necessários para formações em que os professores se envolvam no processo de oferta, discutam essas temáticas especificadamente e com maior profundidade, sustentadas por uma proposta de formação em que as pessoas possam refletir e discutir a correlação entre teoria e prática dentro de seu campo de ação cotidiano. Bem como, efetivamente reconhecer os diferentes serviços de atenção disponíveis para as crianças com DI e TM, fortalecer a sua capacidade de identificação dos casos existentes para que se possa buscar o suporte necessário dentro do repertório de serviços/ profissionais disponíveis que venham a favorecer, tanto a atuação do educador com a criança, quanto o bem estar desse estudante e a inclusão dos mesmos de forma mais concreta.

REFERÊNCIAS

ALHASSAN, A. M. Teachers' Implementation of Inclusive Education in Ghanaian Primary Schools: An Insight into Government Policy and Practices. **Advances in Social Sciences Research Journal**, V.1, n.2. mar. 2014. DOI: 10.14738/assrj.12.124

ALVES, M.L.T; DUARTE. E. A percepção dos alunos com deficiência sobre a sua inclusão nas aulas de Educação Física escolar: um estudo de caso. **Rev Bras Educ Fís Esporte**. São Paulo, vol 28, n2, p329-38.Abr-Jun.2014.

ALVES, M. J. M. **A educação inclusiva nas escolas públicas municipais de Anápolis nos anos iniciais do ensino fundamental e a formação docente**. Dissertação (Mestrado em Educação), UniEVANGÉLICA, Centro Universitário Anápolis, Universidade Católica de Goiás, Anápolis GO, 2010, 125p

ALVES, VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface Comunic., Saúde, Educa**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev2005

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-IV**, Alegre, Artmed, 4a ed, 2002, 880p

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**, Alegre, Artmed, 5a ed, 2014, 948p

ANTUNES et al. Educação inclusiva e formação de professores: desafios e perspectivas a partir do Pacto Nacional pela Alfabetização na Idade Certa. **Rev. Práxis Educativa**, Ponta Grossa, v. 11, n. 1, p. 171-198, jan./abr. 2016

ARAÚJO, Marcos Vinícius de. **Contexto de sala de aula de alunos identificados com TDAH: desenvolvimento, implementação e avaliação de guia de intervenção**. 2012. 237 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2012. 237 p

ASSUMPCAO.JR,F.B.Aspectos psiquiátricos da criança escolar. **Revista psicopedagogia**, São Paulo, v. 26,n. 81,p. 441-457, 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862009000300012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 18 nov. 2017.

AZEVEDO, Elisângela Braga de; FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 60-70, jul./dez. 2012

BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. 4. ed. rev. e amp. Florianópolis: Ed. UFSC, 2001.

BARBOSA, M. O; DUARTE, L. N. Deficiência Intelectual e escolarização: uma análise das produções científicas. **Rev.Comunicações**. Piracicaba v. 23 n. 3 Número

Especial p. 351-368. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.15600/2238-121X/comunicacoes.v23nespp351-368>

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial**. Brasília: MEC/SEESP, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política nacional de educação especial na perspectiva da educação inclusiva**. Brasília, DF, MEC/SEESP, 2007. [Acesso em: 14 de outubro de 2014]. Disponível em: http://peei.mec.gov.br/arquivos/politica_nacional_educacao_especial.pdf

_____. Conselho Nacional. **Resolução CNE/CEB 4/2009**. Diário Oficial da União, Brasília, 5 de outubro de 2009, Seção 1, p. 17. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf

_____. Ministério da Educação. Resolução n.º 4, de 02 de outubro de 2009. **Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial**. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Básica, 2009a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf. Acesso em 05 de janeiro de 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Saúde na escola. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2009b, 100p Disponível em: dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf. Acesso em 05 de janeiro de 2015.

_____. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, nº9.394 de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. 5. ed. Brasília, Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara, 2010. ISBN 978-85-736-5671-8

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. 35. ed. Brasília: Edições Câmara, 2012. 454 p. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/constituicao_federal_35ed.pdf Acesso em: 10 de jan. 2016.

_____. Secretaria Municipal de Educação. Resolução N° 19/2013. Fixa normas para a **Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva do Sistema**

Municipal de Ensino de Criciúma no Capítulo VII Art. 16. 19 de fevereiro de 2013. Disponível em:<http://www.criciuma.sc.gov.br/site/upload/ckfinder/files/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20COMEC%20019-2013%20Ensino%20Especial.pdf>

_____. Ministério da Saúde. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS: tecendo redes para garantir direitos**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional do Ministério Público. Brasília. Ministério da Saúde, 2014a, 62 p.

_____. **Plano Nacional de Educação (PNE). Plano Nacional de Educação 2014-2024** [recurso eletrônico]. Lei nº 13.005 de 25 de junho de 2014 que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências, Brasília, Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014b. ISBN 978-85-402-0245-0

CAETANO; Natacy Munarini Otero. **Avaliação de um Programa de Formação Continuada para Professores de Educação Infantil nas escolas regulares do Município de Dourados**, UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS, Dissertação, (Mestrado em educação), Dourados, Mato Grosso do Sul, 2012, 134p

CAVALIERE, Ana Maria. Anísio Teixeira e a educação integral. **Rev Paidéia**. vol. 20, n46, maio-ago. p249-259. 2010

CECCIM, Ricardo Burg. **"Um sentido muito próximo ao que propõe a educação permanente em saúde"!: O dever da educação e a escuta pedagógica da saúde**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2007, vol.11, n.22, pp. 358-361. ISSN 1807-5762.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1400-1410, set-out, 2004

CHAGAS, M.F.L; DIAS, F.K.D. Alunos com necessidades educacionais especiais nas escolas regulares de Mossoró-RN. **HOLOS**, [s.l], v.5,p.144-153, nov.2014. ISSN 107-1600. Disponível em:<http://www.2.ifr.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/968>

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane. S; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Revista Brasileira Psiquiatria**. 2008;30(4):390-8

CRISPIM, Rute Irene C. **Avaliando possíveis impactos do “Programa Mais Educação” no rendimento do ensino fundamental no estado do Piauí**, 2016. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

CURY, Carlos Roberto Jamil. A Educação nas Constituições Brasileiras. In: STEPHANOU, Maria e BASTOS, Maria Helena Câmara (orgs). **História e memórias da educação no Brasil** - Vol. III - Século XX. Petrópolis. Vozes, 2005, 440 pp.

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA. **Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais**, Salamanca Espanha.1994,

FAGLIARI, S.S dos S. **A Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva: Ajustes e tensões entre a Política Federal e Municipal**, 2012. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FEITOSA, Helvécio Neves; RICOU, Miguel; REGO, Sérgio; Rui NUNES. **A saúde mental das crianças e dos adolescentes: considerações epidemiológicas, assistenciais e bioéticas**Rev. bioét (Impr.) 2011; 19(1): 259 – 75.

FERNANDES, Sandra Maria de Souza. **A Inclusão do Aluno Com Deficiência na Rede Municipal de Ensino de Anápolis. Dissertação** [Mestrado em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente]. UniEvangélica Centro Universitário, Anápolis, GO. 2013. 163f

FERRAZ, Fabiane. **Contexto e processo de desenvolvimento das Comissões permanentes de integração ensino serviço: perspectiva dos sujeitos sociais pautada na concepção dialógica de Freire. Tese Doutorado** (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2011, 421p

FRANCO, T.B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Rev. Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.427-38, set/dez 2007.

GARCIA, Rosalba Maria Cardoso; MICHELS, Maria Helena. A política de educação especial no Brasil (1991-2011): uma análise da produção do GT15 - educação especial da ANPED.**Rev. bras. educ. espec.** [online], vol.17, maio-ago, 2011, pp 105-124. ISSN 1413-6538. International collaboration for participatory health research (ICPHR). **What is Participatory Health Research?** [documento internet]. Disponível em:<<http://www.icphr.org>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

GARCIA, Rosalba Maria Cardoso. *Política de educação especial na perspectiva inclusiva e a formação docente no Brasil*. **Rev. Bras. Educ.** [online]. 2013, vol.18, n.52, pp.101-119. ISSN 1413-2478. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782013000100007>

KASSAR, M. C. M. Educação especial na perspectiva da educação inclusiva: desafios da implantação de uma política nacional. **Rev, Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, Ed UFPR jul./set. n. 41, p. 61-79, 2011.

LEONARDO, N. S. T. et al. Inclusão escolar: um estudo acerca da implantação da proposta em escolas de ensino básico.**Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v.15, n.2, p.289-306, Mai.-Ago, 2009.

LOPES, E.; MARQUEZINE, M.C. Sala de Recursos no Processo de Inclusão do Aluno com Deficiência Intelectual na Percepção dos Professores. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v. 18, n. 3, p. 487-506, Jul.-Set., 2012

LOPES, Esther. **Adequação Curricular: um caminho para a inclusão do aluno com deficiência intelectual**. 2010. 166f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2010.

LOPES, J. C. Educação Inclusiva: **Indicadores de sentimento, atitudes, preocupações e auto eficácia dos professores**. Tese (Doutorado em psicologia e Antropologia), Universidade de extremadura, Bodajoz. 2014. 300f

MACHADO, M.F.A.S. *et al.*Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):335-342, 2007.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A (Org). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção a Saúde e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro. UERJ-IMS/ABRASCO, 2001.

MELETTI, Silvia Márcia Ferreira. Indicadores Educacionais sobre a Educação Especial no Brasil e no Paraná. *rev.* **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 39, n. 3, p. 789-809, jul./set. 2014.

MELETTI, Silvia Márcia Ferreira. Políticas de educação inclusiva e a instituição especializada na educação da pessoa com deficiência mental. **Ciências & Cognição**. Vol 13 (3), 2008, p199-213

MENDES, Enicéia Gonçalves. Breve histórico da educação especial no Brasil. **Revista Educación y Pedagogía**, vol. 22, núm. 57, mayo-agosto, 2010.

MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, vol9, nº 16, fev. 2005, p 161 – 177.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 189p.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M; CECCIM, R.B. Educación Permanente em Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. **Rev. Salud Coletiva**, Buenos Aires, 2 (2): 147-160 mayo- agosto, 2006.

MIRANDA, Arlete Aparecida Bertoldo. Educação Especial No Brasil: Desenvolvimento Histórico. **Cadernos de História da Educação**– n. 7 – jan./dez. 2008

MONTEIRO, Espedito Saraiva; SCAFF, Elisângela Alves da Silva. A pesquisa em educação integral no âmbito das políticas públicas no Brasil. **Rev. Exitus Santarém**, PA, vol. 5, n. 2, p. 12- 26 Jul./Dez.2015 ISSN: 2237-9460

MOTA, Luciene Lourenço. **Deficiência Intelectual: um estudo sobre o processo diagnóstico multidimensional**. Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Brasília. 2014.

OLIVEIRA, E. A. **A educação dos alunos com necessidades educacionais Especiais nas escolas públicas municipais de 1ª fase do Ensino fundamental de Anápolis-GO: inclusão ou Exclusão?**. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Católica de Goiás, Anápolis, GO, 2007, 152p

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação dos Transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Coord. OMS. Porto Alegre, Artmed, 1993 (reimpressão 2011). 351p

PATTARO, Rita de Cássia Ventura; MACHADO, Vera Lúcia de Carvalho. Educação integral e a perspectiva histórico-crítica: aproximações possíveis. **Educação (UFSM)**, Santa Maria, p. 117-128, jan. 2014. ISSN 1984-6444. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reeducacao/article/view/4796>>. Acesso em: 18 nov. 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.5902/198464444796>.

PEREIRA, Celina Andrade. **Capacitação em saúde mental para professores do ensino fundamental e seu impacto no ambiente escolar**. Dissertação (Mestrado em Ciências), Faculdade de medicina, Universidade de São Paulo, SP, 2013, 163p

PINHEIRO, Roseni. Demanda por Cuidado como direito humano à saúde: ensaio teórico-prático sobre o cuidado como valor dos valores. In: PINHEIRO, Roseni.; SILVA, Aluisio Gomes. (org). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro UERJ-IMS/ABRASCO, 2010.

POSSER, DE ALMEIDA, MOLL, Jaqueline. Educ Integral Contexto Hist. Na Educ. Brasileira. **Rev. Ciênc. Humanas**, v. 17, n. 28, p. 112-126, 2016

REDIG, Annie Gomes. **Ressignificando a educação especial no contexto da educação inclusiva: a visão de professores especialistas**. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Educação. RJ.2010. 183f.

ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C.; HADDAD, J.Q. Educación permanente y trabajo en salud: un proceso en construcción. **Educ Med Salud**, Washington, v. 27, n. 4, p. 466-488, 1993.

SANCHES, A.C. G; OLIVEIRA, M. A. F. **Educação Inclusiva e Alunos com Transtorno Mental: Um Desafio Interdisciplinar** Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, Out-Dez 2011, Vol. 27 n. 4, pp. 411-418

SANTOS, DaísyCléia Oliveira dos. Potenciais dificuldades e facilidades na educação de alunos com deficiência intelectual. **Rev, Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 38, n. 04, p. 935-948, out./dez. 2012.

SANTOS, Patrícia Leila dos. **Problemas de saúde mental de crianças e adolescentes atendidos em um serviço público de psicologia infantil.** rev. Psicologia em estudo, Maringá, v. 11, n. 2, p. 315-321, mai./ago. 2006

SANTOS, T.C.C.; MARTINS, L.A.R. Práticas de Professores Frente ao Aluno com Deficiência Intelectual em Classe Regular. **Rev. Bras. Ed. Esp., Marília**, v. 21, n. 3, p. 395-408, Jul.-Set., 2015

SAVIANI, Dermevai. A Política Educacional no Brasil. In: STEPHANOU, Maria e BASTOS, Maria Helena Câmara (orgs). **História e memórias da educação no Brasil** - Vol. III - Século XX. Petrópolis. Vozes, 2005, 440 pp.

SOARES, A. G. S. et al. Percepção de professores de escola pública sobre saúde mental. **Rev Saúde Pública** 2014, 48(6):940-948. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004696

SURJUS, Luciana Togni de Lima; Silva, CAMPOS; ONOCKO, Rosana Teresa. Deficiência Intelectual e Saúde Mental: quando a fronteira vira território. **Rev. Polis e Psique**, nº3(2): 82-96. 2013

SZWARCWALD, C. L; DAMACENA, G. N. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2008, vol.11, suppl.1, pp. 38-45. ISSN 1980-5497.

TOLEDO, E. H; VITALIANO, C. R. Formação de professores por meio de pesquisa colaborativa com vistas à inclusão de alunos com deficiência intelectual. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v.18, n.2, p. 319-336, Abr.-Jun., 2012.

TRIENGO, Daianna Lima; CAVALCANTE, Maria Tavaris and LOVISI, Giovanni Marcos. Prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes e fatores associados: uma revisão sistemática. **J. Bras. Psiquiatria** [online]. Vol.63, nº4, Rio de Janeiro, out/dec, 2014. p 360- 372. ISSN 0047-2085.

VELTRONE, A. A; MENDES, E. G. Descrição das propostas do Ministério da Educação na avaliação da deficiência intelectual. **Rev.Paidéia**, set.-dez. 2011, Vol. 21, Nº. 50, 413-421

WERLE, Flávia Obino Corrêa. **Políticas de avaliação em larga escala na educação básica: do controle de resultados à intervenção nos processos de operacionalização do ensino.** Ensaio: aval.pol.públ.Educ. [online]. 2011, vol.19, n.73, pp. 769-792. ISSN 0104-4036.

APÊNDICES

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO – PROFESSORES DA REDE MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO



UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINE – UNESC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA –
MESTRADO PROFISSIONAL



QUESTIONÁRIO	
PROFESSORES DA REDE MUNICIPALDE EDUCAÇÃO	
Preenchido pelo pesquisador	Código do participante:
	Data coleta dados:
Preenchido pelo Participante	Contato telefônico:

BLOCO – I	
Identificação dos participantes da pesquisa	
1) Nome da escola em que atua:	
2) Sexo:	1. () Masculino 2. () Feminino
3) Faixa etária ➡ Idade específica: _____	1. () 18 a 30 anos 2. () 31 a 40 anos 3. () 41 a 50 anos 4. () mais de 50 anos
4) Estado Civil:	1. () Solteiro 3. () Casado 5. () Viúvo 2. () Divorciado 4. () União Estável
5) Número de pessoas que residem com você	1. () 1 pessoa 3. () 3 pessoas 5. () mais de 4 2. () 2 pessoas 4. () 4 pessoas pessoas
6) Renda Familiar (Base salário Mínimo – R\$ 880,00)	1. () R\$ 880,00 a R\$ 1.760,00 2. () R\$ 1.761,00 a R\$ 3.520,00 3. () R\$ 3.521 a R\$ 5.280,00 4. () mais de R\$ 5.281,00
7) Turma de atuação no Ensino Fundamental I:	1. () 1º ano 3. () 3º ano 5. () 5º ano 2. () 2º ano 4. () 4º ano
8) Tempo de exercício da profissão de professor (docência):	1. () menos de 1 ano 5. () 10 a 12 anos 2. () 1 a 3 anos 6. () 13 a 15 anos 3. () 4 a 6 anos 7. () mais de 15 anos 4. () 7 a 9 anos
9) Formação acadêmica	1. () Magistério completo – nível médio 2. () Nível superior – pedagogia (licenciatura) 3. () Nível superior licenciatura – Curso: _____

	Instituição de formação/graduação: _____
10) Formação em nível de Pós-graduação	1. () Não possui 2. () Especialização - área: _____ 3. () Mestrado- área: _____ 4. () Doutorado- área: _____

BLOCO – II

Educação formal e permanente sobre Deficiência Intelectual e Transtorno Mental

11) Em seu curso de formação para atuar como professor você teve alguma disciplina voltada para:

11.1 Deficiência intelectual:	1. () sim 2. () não, o tema não foi abordado 3. () não, mas o tema foi tratado no andamento de outras disciplinas 4. () Não me recordo
-------------------------------	---

11.2 Transtorno mental:	1. () sim 2. () não, o tema não foi abordado 3. () não, o tema foi abordado no andamento de outras disciplinas 4. () Não me recordo
-------------------------	--

12) **Se a resposta da questão nº 11 foi “NÃO abordado” ou “não me recordo”,** passe para a questão nº 13. Já, **se na questão nº 11, sua resposta foi uma das outras,** responda como você considerou o conteúdo ministrado sobre:

12.1 Deficiência intelectual:	1.() insatisfatório 2.() parcialmente satisfatório 3 () satisfatório	4.() excelente 5.() não sei avaliar
12.2 Transtorno mental:	1.() insatisfatório 2.() parcialmente satisfatório 3 () satisfatório	4.() excelente 5.() não sei avaliar

13) Você já participou de algum curso/aperfeiçoamento depois de formado sobre:

13.1 Deficiência intelectual:	1. () Não 3. () Não me recordo
-------------------------------	-------------------------------------

	2. () Sim Quantos: _____
13.2 Transtornos mentais	1. () Não 2. () Sim Quantos: _____ 3. () Não me recordo
14) Se a resposta da questão nº 13 foi “NÃO” ou “não me recordo”, passe para a questão nº15. Já, se na questão nº 13, sua resposta foi SIM, quem ofertou o curso?	
14.1 Deficiência intelectual:	1. () Secretaria Municipal de Educação 2. () Secretaria Municipal de Saúde 3. () Universidade 4. () não sei avaliar 5. () Outro, QUEM? _____
14.2 Transtornos mentais	1. () Secretaria Municipal de Educação 2. () Secretaria Municipal de Saúde 3. () Universidade 4. () não sei avaliar 5. () Outro, QUEM: _____
15) Você costuma ser informado sobre a disponibilidade/oferta de cursos pela Secretaria Municipal de Educação, voltados para crianças com:	
15.1 Deficiência intelectual:	1. () nunca 2. () as vezes 3. () sempre 4. () não há oferta 5. () não sei avaliar
15.2 Transtornos mentais:	1. () nunca 2. () as vezes 3. () sempre 4. () não há oferta 5. () não sei avaliar
16) Participou de algum curso, voltado a educação no ensino regular de crianças com deficiência intelectual e transtornos mentais oferecido especificamente pela Secretaria Municipal de Educação:	
16.1 Deficiência intelectual:	1. () Sim. Quantos: _____ 2. () Não, nunca foi ofertado 3. () Não, nunca tive interesse neste assunto 4. () Não sei avaliar
16.2 Transtornos mentais:	1. () Sim. Quantos: _____ 2. () Não, nunca foi ofertado 3. () Não, nunca tive interesse neste assunto 4. () Não sei avaliar

17) Se a resposta da questão nº 16 foi **“NÃO”**, passe para a questão nº 18. Já, se na questão nº 16, sua resposta foi **SIM**, como você avalia a contribuição deste(s) curso(s) para sua prática em sala de aula frente à criança com:

17.1 Deficiência intelectual:	1. () insatisfatório 2. () parcialmente satisfatório 3 () satisfatório	4.() excelente 5.() não sei avaliar
17.2 Transtornos mentais:	1.() insatisfatório 2.() parcialmente satisfatório 3 () satisfatório	4.() excelente 5.() não sei avaliar

18) Você tem interesse em participar de cursos de formação específica para a atuação no ensino regular com alunos que possuem:

18.1 Deficiência intelectual:	1. () nenhum 2. () um pouco	3. () bastante 4. () totalmente
18.2 Transtorno mental:	1. () nenhum 2. () um pouco	3. () bastante 4. () totalmente

19) A **sua escola proporciona momentos** para que os professores possam refletir e/ou discutir questões voltadas à inclusão no ensino regular de crianças que possuem:

19.1 Deficiência intelectual:	1. () nunca 2. () as vezes	3. () frequentemente 4. () sempre	5.() não sei avaliar
19.2 Transtornos mentais:	1. () nunca 2. () as vezes	3. () frequentemente 4. () sempre	5.() não sei avaliar

BLOCO – III

Conhecimento relacionado à Deficiência Intelectual e Transtorno Mental

20) Em uma escala de zero a dez, onde zero é a classificação mais negativa e dez a mais positiva indique com um **“X”** o número que corresponde ao quanto você **se percebe com conhecimento/ instrução sobre:**

20.1 Deficiência intelectual:	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
20.2 Transtorno mental:	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10

21) Marque para cada item que consta em ordem alfabética o número equivalente a resposta que melhor se aplica ao seu conhecimento/instrução sobre os temas a seguir:

Respostas:

1 = nenhum

4 = satisfatório

2 = insatisfatório

5 = mais do que satisfatório/ excelente

3 = parcialmente satisfatório

6 = não sei avaliar

a) () Deficiência intelectual

e) () Ansiedade

b) () Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

f) () Depressão

c) () Transtorno Opositor desafiante (TOD)

g) () Autismo

d) () Transtorno de conduta

BLOCO – IV**Habilidades para identificação e atuação junto a estudantes com Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais**

22) Você já atuou em sala de aula, no ensino fundamental regular, com alguma criança com Deficiência intelectual e/ou transtornos mentais?

22.1 Deficiência intelectual:

1. () sim Quantos: _____

2. () não

3. () não sei

22.2 Transtorno mental:

1. () sim Quantos: _____

2. () não

3. () não sei

23) Se a resposta da questão nº 22 foi “**NÃO**”, passe para a questão nº 24. Já, se na questão nº 22, sua resposta foi **SIM**, quanto tempo de exercício como professor você possui com alunos com:

23.1 Deficiência intelectual:

1. () menos de 1 ano

5. () 10 a 12 anos

2. () 1 a 3 anos

6. () 13 a 15 anos

3. () 4 a 6 anos

7. () mais de 15 anos

4. () 7 a 9 anos

8. () Não sei avaliar

23.2 Transtorno mental:

1. () menos de 1 ano

5. () 10 a 12 anos

2. () 1 a 3 anos

6. () 13 a 15 anos

3. () 4 a 6 anos

7. () mais de 15 anos

4. () 7 a 9 anos

8. () Não sei avaliar

24) No ano 2016, você tem algum aluno em sala com **Deficiência intelectual**:

24.1 Caso – confirmado	1. <input type="checkbox"/> sim Quantos: _____ 2. <input type="checkbox"/> não 3. <input type="checkbox"/> não sei
24.2 Caso – Suspeito	1. <input type="checkbox"/> sim Quantos: _____ 2. <input type="checkbox"/> não 3. <input type="checkbox"/> não sei
25) No ano 2016 , você tem algum aluno em sala com Transtorno mental :	
25.1 Caso – confirmado	1. <input type="checkbox"/> sim Quantos: _____ 2. <input type="checkbox"/> não 3. <input type="checkbox"/> não sei
25.2 Caso – Suspeito	1. <input type="checkbox"/> sim Quantos: _____ 2. <input type="checkbox"/> não 3. <input type="checkbox"/> não sei
26) Você se sente capacitado(a) para identificar se uma criança apresenta sinais em sala de aula de:	
26.1 Deficiência intelectual:	1. <input type="checkbox"/> nada capacitado 2. <input type="checkbox"/> um pouco capacitado 3. <input type="checkbox"/> bastante capacitado 4. <input type="checkbox"/> totalmente capacitado 5. <input type="checkbox"/> não sei avaliar
26.2 Transtorno mental:	1. <input type="checkbox"/> nada capacitado 2. <input type="checkbox"/> um pouco capacitado 3. <input type="checkbox"/> bastante capacitado 4. <input type="checkbox"/> totalmente capacitado 5. <input type="checkbox"/> não sei avaliar
27) Assinale com um “X” uma ou mais alternativas sobre os principais obstáculos que você observa no ensino fundamental regular para a inclusão de crianças com:	
27.1 Deficiência intelectual:	1. <input type="checkbox"/> falta de material didático-pedagógico específico 2. <input type="checkbox"/> falta de apoio/orientação pedagógica 3. <input type="checkbox"/> falta de preparo dos professores 4. <input type="checkbox"/> falta de monitores para auxiliar em sala ou nº insuficiente 5. <input type="checkbox"/> resistência dos professores 6. <input type="checkbox"/> preconceito de pais, alunos e comunidade 7. <input type="checkbox"/> superlotação das salas de aula 8. <input type="checkbox"/> outro, qual? _____
27.2 Transtorno mental:	1. <input type="checkbox"/> falta de material didático-pedagógico específico

- | | |
|--|---|
| | 2. () falta de apoio/orientação pedagógica
3. () falta de preparo dos professores
4. () falta de monitores para auxiliar em sala ou nº insuficiente
5. () resistência dos professores
6. () preconceito de pais, alunos e comunidade
7. () superlotação das salas de aula
8. () outro, qual? _____ |
|--|---|

BLOCO – V

Habilidades para manejo de estudantes com Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais

28) Você se **sente preparado para aplicar o conhecimento** que possui sobre Deficiência intelectual ou Transtorno Mental **na atuação (manejo) com as crianças em sala** de ensino regular:

28.1 Deficiência intelectual:	1. () nada preparado	4. () totalmente preparado
	2. () um pouco preparado	5. () não sei avaliar
	3. () bastante preparado	

28.2 Transtorno mental:	1. () nada preparado	4. () totalmente preparado
	2. () um pouco preparado	5. () não sei avaliar
	3. () bastante preparado	

29) Você consegue, no cotidiano das suas ações em sala de aula, organizar e adaptar suas propostas pedagógicas para atender as especificidades dos alunos com:

29.1 Deficiência intelectual:	1. () nunca	4. () sempre
	2. () as vezes	5. () não sei avaliar
	3. () frequentemente	

29.2 Transtorno mental:	1. () nunca	4. () sempre
	2. () as vezes	5. () não sei avaliar
	3. () frequentemente	

30) Se a resposta da questão nº 29 foi **“NUNCA”** ou **“NÃO sei avaliar”**, passe para a questão nº 31. Já, se na questão nº 29, sua resposta foi **qualquer uma das outras**, você consegue organizar e

adaptar suas propostas pedagógicas para atender as especificidades dos alunos com Deficiência Intelectual e Transtorno Mental de forma:		
30. 1 Deficiência intelectual:	1. () insatisfatória 2. () parcialmente satisfatória 3. () satisfatória	4. () excelente 5. () não sei avaliar
30. 2 Transtorno mental:	1. () insatisfatória 2. () parcialmente satisfatória 3. () satisfatória	4. () excelente 5. () não sei avaliar
31) Você sente dificuldades para conduzir a proposta pedagógica da turma como um todo tendo alunos com:		
31.1 Deficiência intelectual:	1. () nunca 2. () as vezes 3. () frequentemente	4.() sempre 5.() não sei avaliar
31.2 Transtorno mental:	1. () nunca 2. () as vezes 3. () frequentemente	4.() sempre 5.() não sei avaliar
32) Ao receber uma criança com Deficiência Intelectual e/ou Transtorno Mental em sala de aula, você recebe algum tipo de orientação ou informação (laudos, comunicados, informativos por escrito ou orientações verbais, entre outros) sobre como lidar (ter o manejo adequado) com estes alunos, ou, sobre a suas possíveis necessidades de suporte diferenciado (provas especiais, atividades de aula adaptadas, entre outros) da(o):		
32.1 Equipe pedagógica:	1. () nunca 2. () as vezes 3. () frequentemente	4.() sempre 5.() não sei avaliar
32.2 Professor da AEE	1. () nunca 2. () as vezes 3. () frequentemente	4.() sempre 5.() não sei avaliar
32.3 Responsável pela criança:	1. () nunca 2. () as vezes 3. () frequentemente	4.() sempre 5.() não sei avaliar

BLOCO – VI

Habilidades de encaminhamento de estudantes com Deficiência Intelectual e Transtornos Mentais

33) **Entre os serviços e profissionais abaixo** listados, **assinale** com um “X” **uma ou mais opções** que você **reconhece** como **caminhos pelos quais as crianças são encaminhadas** para **avaliação e acompanhamentos** referentes a:

33.1 Deficiência intelectual:	<ol style="list-style-type: none"> 1. () Médicos, psicólogos, psiquiatras e neuropediatras via Unidade Básica de Saúde 2. () Centro de Especialidades em Reabilitação via Unidade Básica de Saúde – CER-II 3. () Núcleo de cooperação educacional – NCE 4. () Escola Dimísio Freitas 5. () Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi) para casos graves 6. () APAE (Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais) 7. () Não sei
-------------------------------	--

33.2 Transtorno mental:	<ol style="list-style-type: none"> 1. () Médicos, psicólogos, psiquiatras e neuropediatras via Unidade Básica de Saúde 2. () Centro de Especialidades em Reabilitação via Unidade Básica de Saúde – CER-II 3. () Núcleo de cooperação educacional – NCE 4. () Escola Dimísio Freitas 5. () Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi) para casos graves 6. () APAE (Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais) 7. () Não sei
-------------------------	--

34) **Ao perceber a possibilidade** de **deficiência intelectual ou transtorno mental** em uma criança **que ainda não foi avaliada**, você **se sente preparado para sugerir /orientar** aos **responsáveis quais os caminhos (serviços e profissionais)** eles podem procurar para a **investigação/ avaliação do aluno** com possível:

34.1 Deficiência intelectual:	1. () nada preparado	3. () bastante preparado
-------------------------------	-----------------------	---------------------------

	2. () um pouco preparado	4. () totalmente preparado
34.2 Transtorno mental:	1. () nada preparado	3. () bastante preparado
	2. () um pouco preparado	4. () totalmente preparado
35) Você concorda com a inclusão no ensino fundamental regular de estudantes em sala de aula com:		
35.1 Deficiência intelectual:	1. () concordo totalmente	3. () não concordo
	2. () concordo parcialmente	4. () Não sei avaliar
35.2 Transtorno mental:	1. () concordo totalmente	3. () não concordo
	2. () concordo parcialmente	4. () Não sei avaliar

Obrigada pela sua participação!

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(a) Sr(a) está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **“Educação Permanente em Saúde com professores da Rede Municipal de Ensino: possibilidade de identificação precoce de transtornos mentais e deficiência intelectual para uma educação inclusiva”**, a qual tem como objetivos: - analisar o conhecimento dos professores da rede municipal de ensino fundamental (I) sobre deficiência intelectual e transtorno mental na infância e como se preparam para trabalhar com esses escolares, bem como quais subsídios possuem para identificar e encaminhar as crianças para avaliação e acompanhamento com profissionais da saúde; - desenvolver e avaliar as ações de educação permanente em saúde sobre deficiência intelectual e transtorno mental na infância junto a professores de ensino fundamental (I) regular, de modo a possibilitar um espaço de diálogo e troca de experiências para subsidiar ações mais apropriadas junto a essas crianças no espaço escolar. Mesmo aceitando participar do estudo, informo que o(a) sr(a) poderá desistir a qualquer momento, bastando para isso informar sua decisão aos responsáveis pela pesquisa. Fica esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, o(a) senhor(a) não terá direito a nenhuma remuneração. Declaramos que todos os riscos e eventuais prejuízos foram devidamente esclarecidos. Os dados referentes à sua pessoa serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela **Resolução nº 466/2012 do CONEP - Conselho Nacional de Saúde**, podendo o(a) senhor(a) solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Procedimentos detalhados que serão utilizados na pesquisa:

Os dados serão coletados por meio de questionários fechados e entrevistas com duração prevista de no máximo 1 hora realizadas em local e horário definidos pelo(a) senhor(a). Para as entrevistas, pedimos autorização para usar gravador digital a fim de gravar o seu depoimento para posterior transcrição. Contudo, será assegurado a(o) senhor(a) o direito de solicitar que o gravador seja desligado quando desejar que algo não seja registrado, bem como, o acesso à transcrição das entrevistas para validação antes da análise.

Riscos: os riscos serão mínimos, visto que se o(a) sr(a) aceitar participar do estudo, poderá apenas preencher, conforme a etapa de desenvolvimento da pesquisa, até 3 questionários com perguntas fechadas identificados por códigos, em data e horário

apropriados ao(a) sr(a). Caso seja convidado(a) a participar de uma entrevista individual, será garantido que a entrevista ocorrerá em local reservado, de modo que outras pessoas não ouçam, bem como a pesquisadora garante sigilo absoluto da sua identidade, não divulgando o seu nome, nem outras informações que possam identificá-lo. Caso o(a) sr(a) participe da etapa III, realização da intervenção (ações de EPS), ficará garantido que o(a) sr(a) não será prejudicado(a), visto que negociaremos individualmente junto a direção de cada escola, a sua liberação para participar do estudo, pois iremos definir com a gestora o melhor cronograma de estruturação dos encontros, nos adequando ao espaço escolar, bem como a Secretaria Municipal de Educação está ciente e aprova essa pesquisa.

Benefícios: ao aceitar participar o(a) senhor(a) estará colaborando com uma pesquisa científica para conclusão de dissertação de mestrado na área de saúde coletiva, que visa melhorar a inclusão de crianças com deficiência intelectual e transtornos mentais no ambiente de ensino fundamental I, instrumentalizando os docentes a respeito de suas especificidades via a escola e preparo destes para a identificação precoce e manejo qualificado com vistas ao suporte integral da criança e inclusão educacional efetiva.

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora mestranda Gabriela Maciel Alves (Fone: 9915-6070), vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional, da Universidade do Extremo Sul Catarinense, de Santa Catarina e orientada pela professora responsável Dra. Fabiane Ferraz (Fone: 48-8833-3243). O telefone do **Comitê de Ética** para qualquer dúvida é **(48) 3431.2723**.

_____ (SC) ____ de _____ de 2016

Assinaturas:

Pesquisadora Responsável/Coordenadora
Prof^a. Dr^a Fabiane Ferraz - CPF: 951.924.330-53

Eu, _____,
fui esclarecido(a) sobre a pesquisa **“Educação Permanente em Saúde com professores da Rede Municipal de Ensino: possibilidade de identificação precoce de transtornos mentais e deficiência intelectual para uma educação**

inclusiva”, e aceito participar, bem como concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Assinatura _____ CPF: _____

ANEXOS

ANEXO A
PARECER DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA



RESOLUÇÃO

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

Parecer n.: 1.870.511

CAAE: 62761416.4.0000.0119

Pesquisador(a) Responsável: Fabiane Ferraz

Pesquisador (a): Gabriela Maciel Alves

Título: "EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COM PROFESSORES DA REDE MUNICIPAL DE ENSINO: POSSIBILIDADE DE IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE TRANSTORNOS MENTAIS E DEFICIÊNCIA INTELECTUAL PARA UMA EDUCAÇÃO INCLUSIVA"

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

Criciúma, 15 de dezembro de 2016.



Renan Antônio Ceretta
Coordenador do CEP