FERNANDA MOREIRA TELES

Identificação de incapacidades em crianças com deficiência inclusas em escolas municipais pertencentes à DRE-Diretoria Regional de Educação Penha - São Paulo, por meio do PEDI-Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências

São Paulo
2010

Identificação de incapacidades em crianças com deficiência inclusas em escolas municipais pertencentes à DRE-Diretoria Regional de Educação Penha - São Paulo, por meio do PEDI-Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título de mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dra. Rosana Fiorini Puccini
Co-orientação: Dra. Rosa Resegue Ferreira da Silva

São Paulo
2010

Teles, Fernanda Moreira

Identificação de incapacidades em crianças com deficiência inclusas em escolas municipais pertencentes à DRE-Diretoria Regional de Educação Penha, São Paulo, por meio do PEDI-Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade. / Fernanda Moreira Teles. -- São Paulo, 2010.

x, 120f.

Tese (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Pediatria.

Título em inglês: Identification of incapacities in children with disabilities studing at public schools subordinated to DRE - Regional Board of Education Penha , SP, by PEDI - Pediatric Evaluation of disability inventory.

1. Crianças com Deficiência. 2. Atividades Cotidianas. 3. Instituições Acadêmicas. 4. Ensino Fundamental e Médio. 5. Ajustamento Social. 6. Questionários.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Orientadora: Professora Dra. Rosana Fiorini Puccini

Co-orientadora: Professora Dra. Rosa Resegue Ferreira da Silva

Área: Pediatria Geral e Comunitária

Locais de Realização do trabalho:

Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária (UNIFESP);

Escolas da prefeitura de São Paulo – DRE – Delegacia Regional de Ensino Penha.

Fernanda Moreira Teles

Identificação de incapacidades em crianças com deficiência inclusas em escolas municipais pertencentes à DRE-Diretoria Regional de Educação Penha, São Paulo, por meio do PEDI-Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

Presidente da Banca:

Professor Dr._____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr._____

Prof. Dr._____

Prof. Dr._____

Prof. Dr._____

Prof. Dr._____

Dedicatória

Dedico aos pais das crianças com necessidades especiais pela luta diária e o amor sem fim.

Dedico também aos professores, admiráveis e incansáveis, que contribuem com a nossa sociedade formando e transformando o individuo em um cidadão melhor.

Agradecimentos

Agradeço a professora Doutora Rosana Fiorini Puccini, exemplo de saber, competência e generosidade, por toda a atenção oferecida, e pelo imenso privilégio de ter sido orientada por uma pessoa admirável.

A professora Doutora Rosa Resegue Ferreira da Silva, apoio e presença fundamental na elaboração da tese.

As coordenadoras de cada escola, especialmente a Coordenadora Ana Maria (Assad), que transmite no olhar o amor por educar crianças e por acreditar na escola como instrumento para construção de uma sociedade justa.

A querida Tamires pelo apoio diário.

A amiga Thieli Monsani por participar e fazer parte deste trabalho, me apoiando em cada fase.

A minha mãe que tanto se orgulha das minhas conquistas, que sempre acreditou e apoiou os meus projetos, incansável ajuda para que eu possa alcançar a felicidade.

Ao João Pimentel que torce por minhas conquistas e realizações profissionais.

As minhas irmãs que talvez não entendam a minha busca, mas sempre presente na vida me apoiando em tudo.

Finalmente ao meu filho João Vitor, que durante o desenvolvimento deste trabalho sempre esteve ao meu lado, querendo saber de tudo, dando sua opinião critica e infindável alegria de criança.

Sumário

Dedicatória.....vi

Agradecimento.....vii

Lista de figuras e gráficos.....xi

Lista de tabelas e quadros.....xiii

Lista de abreviaturas.....xvii

Resumo.....xviii

1. INTROCUÇÃO.....01

1.1 Histórico da inclusão.....01

1.2 Deficiência.....02

1.3 Indicadores de prevalência de pessoas com deficiências e incapacidades03

1.4 Educação da criança com deficiência.....07

1.5 Inclusão e exclusão.....08

1.6 Leis e diretrizes sobre a inclusão escolar.....10

1.7 O processo de inclusão – a importância dos instrumentos de avaliação...11

1.8 Justificativa.....14

2. Objetivo.....16

3. Métodos.....17

3.1 Tipo de estudo.....17

3.2 Local.....17

3.3 Estrutura de apoio à inclusão nas DERs – São Paulo.....19

3.4 População.....19

3.5 Termos e definições utilizados.....21

3.6 População entrevistada: Cuidador.....22

3.7 Instrumento de avaliação.....22

3.8 Análise Estatística.....23

3.9 Considerações éticas.....24

4. Resultados.....25

4.1 Caracterização dos cuidadores.....25

4.2 Caracterização do grupo de estudo.....25

4.3. Pontuação das escalas do PEDII.....28

4.4. Desempenho dos alunos e associação com idade e série escolar.....32

4.5. Desempenho dos alunos e assistência oferecida pelo cuidador de acordo com o diagnóstico da deficiência (SME/CEFAI).....36

4.5.1. Conduta típica 36

4.5.2. Deficiência Física.....38

4.5.3. DGD – Deficiência Global do Desenvolvimento.....41

4.5.4. Distúrbios da fala.....43

4.5.5. Múltiplas deficiências.....46

4.5.6. Síndrome de Down.....48

4.5.7. Síndromes genéticas 50

5. Discussão.....53

6. Conclusão.....59

7. Considerações Finais.....59

8. Referencias bibliográficas 61

9. Anexos.....68

Abstract.....80

Lista de Figuras e Gráficos

Figura 1. CIF – Classificação Internacional de Função.....13

Figura 2. Distribuição das Diretorias Regionais de Educação da prefeitura de São Paulo – 2007-2010.....17

Figura 3. Etapas da pesquisa.....20

Figura 4. Total de crianças e divisão quanto à participação na pesquisa.....21

Gráfico 1. Comparação entre as escalas e as séries na área de auto cuidado. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....34

Gráfico 2. Comparação entre as escalas e as séries na área de mobilidade. DRE-Penha/São Paulo, 2007-2009.....35

Gráfico 3. Comparação entre nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social no grupo de crianças com conduta típica. DRE- Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....37

Gráfico 4. Escalas do grupo conduta típica – assistência do cuidador. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....38

Gráfico 5- Comparação entre as escalas do grupo de crianças com deficiência física DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....39

Gráfico 6. Comparação entre as escalas do grupo de crianças com deficiência física, na escala do cuidador. DRE-Penha/São Paulo, 2007 - 2009 41

Gráfico 7. Comparação entre as escalas do grupo de crianças com DGD – Deficiência Global do Desenvolvimento. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....42

Gráfico 8. Comparação entre as escalas do grupo de crianças com DGD - Deficiência Global do Desenvolvimento, segundo escala do cuidador. DRE-Penha/São Paulo, 2007 - 2009 43

Gráfico 9. Comparação entre as escalas do grupo de crianças com distúrbios de fala . DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....44

Gráfico 10 - Comparação entre as escalas do grupo de crianças com distúrbios de fala, segundo escala de assistência do cuidador. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....45

Gráfico 11. Comparação entre as escalas do grupo de crianças com múltiplas deficiências. DRE-Penha, 2007 – 2009.....46

Gráfico 12. Comparação entre as escalas das crianças com múltiplas deficiências, segundo escala de assistência do cuidador. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009....47

Gráfico13. Comparação entre as escalas do grupo de crianças com Síndrome de Down. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....49

Gráfico 14. Comparação entre as áreas de auto cuidado, mobilidade e função social de crianças com Síndrome de Down, escala do cuidador. DRE-Penha/São Paulo, 2007– 2009.....50

Gráfico 15- Comparação entre as escalas nas áreas avaliadas do grupo de crianças com Síndromes Genéticas. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....51

Quadro 16. Comparações múltiplas entre as áreas avaliadas no grupo de crianças com Síndromes Genéticas. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009 52

Lista de Tabelas e Quadros

Tabela 1. Distribuição da população com deficiência por subprefeitura. São Paulo (2007-9), Censo 2000.....06

Tabela 2 – Escolas da DRE – Penha / SP e número de crianças com deficiências, 2007 – 2008.....18

Tabela 3. Características quanto à escolaridade do cuidador dos alunos com deficiência. DRE - Penha / São Paulo, 2007 – 2009.....25

Tabela 4. Distribuição dos alunos com deficiência, segundo a idade. DRE-Penha/ São Paulo, 2007-2009.....26

Tabela 5. Distribuição dos alunos quanto às séries escolares. DRE- Penha /São Paulo, 2007 – 2009.....26

Tabela 6. Distribuição dos alunos com deficiência segundo diagnóstico do prontuário da escola. DRE – Penha / São Paulo, 2007- 2009.....27

Tabela 7. Distribuição dos alunos com deficiência com diagnósticos classificados e agrupados segundo a orientação da SME/CEFAI. DRE-Penha/São Paulo, 2007-2009.....28

Tabela 8. Escalas originais e transformadas da criança e cuidador. PEDI – Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade. DRE-Penha /São Paulo, 2007-2009.....29

Tabela 9. Pontuação obtida pelos alunos em cada item do PEDI nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. DRE-Penha /São Paulo, 2007- 2009.....30

Tabela 10. Desempenho dos alunos com deficiência nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social, segundo a idade. DRE-Penha/São Paulo, 2007- 2009....32

Tabela 11. Desempenho dos alunos com deficiência nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social, segundo a série escolar. DRE-Penha/São Paulo, 2007-2009.....33

Tabela 12. Desempenho do grupo de alunos com diagnóstico de conduta típica nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. DRE-Penha/São Paulo, 2007-2009.....36

Tabela 13. Pontuação obtida pelo grupo de alunos com diagnóstico de conduta típica na escala do cuidador nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....37

Tabela 14. Desempenho do grupo de alunos com diagnóstico de deficiência física nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....39

Tabela 15. Pontuação obtida pelo grupo de alunos com diagnóstico de deficiência física na escala do cuidador nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....40

Tabela 16. Desempenho do grupo de alunos com diagnóstico de deficiência global do desenvolvimento nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....41

Tabela 17. Pontuação obtida pelo grupo de alunos com diagnóstico de deficiência global do desenvolvimento na escala do cuidador nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....42

Tabela 18. Desempenho do grupo de alunos com distúrbios de fala nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....44

Tabela 19. Pontuação obtida pelo grupo de alunos com distúrbio de fala na escala do cuidador nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....45

Tabela 20. Desempenho do grupo de alunos com múltiplas deficiências nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....46

Tabela 21. Pontuação obtida pelo grupo de alunos com múltiplas deficiências na escala do cuidador nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....47

Tabela 22. Desempenho do grupo de alunos com Síndrome de Down nas áreas de autocuidado , mobilidade e função social. DRE-Penha/São Paulo, 2007-2009.....48

Tabela 23. Pontuação obtida pelo grupo de alunos com Síndrome de Down na escala do cuidador nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....49

Tabela 24. Pontuação obtida pelo grupo de crianças com Síndromes Genéticas nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....50

Tabela 25. Pontuação nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social nas crianças com síndromes genéticas, segundo escala de assistência do cuidador. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....51

Quadro 1. Prevalência de incapacidade em países selecionados por fontes estatísticas.....04

Quadro 2. Comparações múltiplas entre as séries dos alunos com deficiência na área de auto cuidado da primeira a quarta série do ensino fundamental. DRE-Penha/São Paulo, 2007-2009.....34

Quadro 3. Comparações múltiplas entre as séries dos alunos com deficiência na área de mobilidade da primeira a quarta série do ensino fundamental. DRE-Penha/São Paulo, 2007-2009.....35

Quadro 4. Comparações múltiplas das crianças com diagnóstico de conduta típica nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. DRE – Penha/São Paulo, 2007-2009.....36

Quadro 5. Comparações múltiplas do grupo de crianças com conduta típica na escala do cuidador, segundo as áreas autocuidado, mobilidade e função social. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....38

Quadro 6. Comparações múltiplas do grupo de crianças com deficiência física nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....39

Quadro 7. Comparações múltiplas do grupo de crianças com deficiência física na escala do cuidador, entre as áreas avaliadas . DRE-Penha/São Paulo 2007 – 2009..40

Quadro 8. Comparações múltiplas do grupo de crianças com DGD – Deficiência Global do Desenvolvimento, entre as áreas avaliadas. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....42

Quadro 9. Comparações múltiplas do grupo de crianças com DGD – Deficiência Global do Desenvolvimento entre as áreas avaliadas, segundo a escala do cuidador, DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....43

Quadro 10. Comparações múltiplas do grupo de crianças com distúrbios da fala nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....44

Quadro 11. Comparações múltiplas do grupo de crianças com distúrbio de fala, segundo escala de assistência do cuidador. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009....45

Quadro 12. Comparações múltiplas entre as áreas avaliadas no grupo de crianças com múltiplas deficiências. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....46

Quadro 13. Comparações múltiplas entre as áreas avaliadas no grupo de crianças com múltiplas deficiências, segundo escala de assistência do cuidador. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....47

Quadro 14. Comparações múltiplas entre as áreas avaliadas no grupo de crianças com Síndrome de Down. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....48

Quadro 15. Comparações múltiplas entre as áreas avaliadas no grupo de crianças com Síndrome de Down, segundo escala de assistência do cuidador. DRE-Penha/São Paulo, 2007 - 2009.....49

Quadro 16. Comparações múltiplas entre as áreas avaliadas no grupo de crianças com Síndromes Genéticas. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....51

Quadro 17. Comparações múltiplas entre áreas avaliadas no grupo de crianças com Síndromes Genéticas, segundo a escala de assistência do cuidador. DRE-Penha/São Paulo, 2007 – 2009.....52

Lista de siglas e abreviaturas

AACD – Associação amiga da criança com deficiência

ADA - Americans with Disability Act

CEFAI – Centro de formação e acompanhamento à inclusão

CIF - Classificação de Funcionalidade e Incapacidade

DA – Deficiência auditiva

DDA - Disability Discrimination Act

DGD – Deficiência global do desenvolvimento

DM – Deficiência mental

DRE – Delegacia Regional de Ensino

DV- Deficiência visual

EMEI – Escola Municipal de Educação Infantil

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

QI – quociente de inteligência

PC – Paralisia Cerebral

PEDI – Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

PROFAI – Programa de promoção e apoio a inclusão

SAAI – Sala de apoio e acompanhamento à inclusão

SD – Síndrome de Down

SME – Secretaria Municipal de Educação

TID – transtorno invasivo do desenvolvimento

Resumo

Introdução – Inclusão é o movimento da sociedade para produzir a igualdade de oportunidades para todos. No âmbito individual, a inclusão supõe que cada um tenha a possibilidade de fazer suas próprias escolhas e construir sua própria identidade pessoal e social. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabelece o dever do Estado com a educação mediante a garantia de ensino fundamental obrigatório e gratuito para todos, inclusive aos que a ele não tiveram acesso na idade própria e, ainda, atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino. A deficiência pressupõe a existência de variações de algumas habilidades que sejam qualificadas como restrições ou lesões. No Brasil, segundo o IBGE (2000) a prevalência de deficiência na população era de 14, 5%; em São Paulo, dados da Secretaria Municipal de Saúde, apontam para uma prevalência de 6,59%.

Objetivos - Descrever as incapacidades de alunos em processo de inclusão por meio do inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI).
Métodos – tipo de estudo: transversal analítico; população: 181 alunos de 7 a 10 anos em processo de inclusão em 32 escolas da rede municipal da DRE – Delegacia Regional de Ensino Penha – São Paulo (SP). Variáveis: idade e série escolar; tipos de deficiência constantes de laudo do prontuário da criança. Instrumento: inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI) que por meio de questionário aplicado ao cuidador avalia 197 atividades nas áreas de auto-cuidado, mobilidade e função social e a necessidade de assistência do cuidador para as mesmas funções. Análise estatística: utilizados teste t-student, análise de variância (ANOVA), análise de variância de medidas repetidas; para todos os testes considerou-se significância estatística ($p < 0,5$).
Resultados – dos 181 alunos, 39 (21,5%) eram menores de 8 anos, 32 (17,7%) tinham 8 anos, 57 (31,5%) tinham 9 anos e 53 (29,3%) tinham 10 anos ou mais; em relação à série escolar, 35 (19,3%) estavam na 1ª série, 46 (25,4%) na 2ª série, 50 (27,6%) na 3ª série e 50 (27,6%) na 4ª série. Quanto aos tipos de deficiências, foram classificados em: Conduta típica – 30,4%, Deficiência física – 14, 9%, Deficiência global do desenvolvimento – 6,6%, Dislexia – 1,1 %, Distúrbios de fala – 7,2%, Deficiência visual – 2,8%, Múltiplas deficiências – 18,2%, Síndrome de Down – 9,4%, Síndromes genéticas – 6,6%. Diferenças estaticamente significantes no desempenho dos alunos, segundo o PEDI, foram observadas nas escalas de auto-cuidado (média de 77,8% na 1ª série e de 95,2% na 4ª série - p) e mobilidade (média de 90,0% na 1ª

série e 99,8% na 4ª série) entre as séries, mas não entre as idades, ainda que apresentasse uma tendência de desempenho crescente – auto-cuidado (média de 85,7% em menores de 8 anos e 90,4% em crianças com 10 anos ou mais) e mobilidade (média 88, 9% em menores de 8 anos e 97,6% em crianças com 10 anos ou mais). Na função social não houve diferença entre as série ou idades. Em relação aos grupos de deficiências, na área de função social observaram-se as menores médias quando comparadas às outras áreas (auto-cuidado e mobilidade): conduta típica (71,9%), deficiência global do desenvolvimento (58,7%), distúrbios de fala (53,7%), múltiplas deficiências (75,1%), síndrome de Down (61,0%) , síndromes genéticas (55,8%). O grupo de alunos com deficiência física apresentou como área mais afetada a mobilidade com média de 62,7%. Para todos os grupos, as médias referentes à assistência do cuidador para as funções refletiram a necessidade de ajuda que essas crianças requerem no cotidiano. **Conclusões** – A função social foi a mais comprometida em todos os grupos e o instrumento de PEDI – Inventário de avaliação pediátrica de incapacidade permitiu a identificação de incapacidades por grupo de deficiência e individual, podendo constituir instrumento importante para intervenção direcionada e acompanhamento na escola.

Palavras-chave: Saúde da Pessoa com Deficiência ou Incapacidade, Crianças com Deficiência, Reabilitação, Atividades Cotidianas

1. Introdução

1.1. Histórico da Inclusão

Nas primeiras décadas do século XX, a deficiência foi compreendida como um "problema" da pessoa, sendo-lhe exigido adaptar-se à sociedade ou disponibilizar-se a mudanças impostas pelo atendimento proposto por profissionais, por meio da reabilitação ou da cura. Esse modelo tem sido responsável, em parte, pela resistência da sociedade em aceitar a necessidade de mudar suas estruturas e atitudes para incluir a pessoa com qualquer tipo de limitação na dimensão de seu desenvolvimento pessoal, social, educacional e profissional, conforme suas possibilidades e potencialidades (Ferreira, Guimarães, 2003).

Essa concepção foi influenciada pelo modelo médico da deficiência, com ênfase em bases orgânicas e na busca dos fatores etiológicos. A pessoa com deficiência era, freqüentemente, declarada "doente", precisando ser cuidada, tratada, reabilitada, habilitada, a fim de ser integrada à sociedade. A partir desse referencial, a pessoa com deficiência assumia o papel de desamparada, inserida num contexto de passividade, reforçando as relações de dependência, exigências nos cuidados, incapacidade para o trabalho e isenção dos deveres de cidadania, o que lhe acarretava uma perspectiva de vida inútil e inválida (Ferreira, Guimarães, 2003).

As Leis de Diretrizes de Bases da Educação Nacional (lei n. 9.394/96) para a educação especial na educação básica estabelecem a seguinte definição para educando com necessidades educacionais especiais: "educando" com dificuldades acentuadas de aprendizagem ou limitações no processo de desenvolvimento que dificultam o acompanhamento das atividades curriculares, vinculadas a uma causa orgânica específica ou relacionadas a condições, disfunções, limitações ou deficiências; ou, dificuldades de comunicação e sinalização diferenciadas dos demais alunos, demandando a utilização de linguagens e códigos aplicáveis; ou, altas habilidades / superdotação, grande facilidade de aprendizagem que o leve a dominar rapidamente conceitos, procedimentos e atitudes" (Mazzotta, 2003).

Com a organização de alguns movimentos sociais expressivos, liderados por grupos de pessoas com deficiência, ocorridos na primeira metade do século XX, somada às mudanças e transformações significativas relacionadas à participação política das pessoas com deficiência na sociedade na segunda metade desse mesmo século, ocorreram mudanças sociais que impulsionaram o repensar de valores, as instituições e, em particular, a educação, incluindo a prática pedagógica voltada para

pessoas com deficiência (Ferreira, Guimarães, 2003). No mundo ocidental, nas últimas décadas do século XX, destaca-se a globalização da economia, de valores e culturas, bem como o fortalecimento dos movimentos sociais organizados em defesa da inclusão e da eliminação das situações de exclusão (Mazzotta, 2003).

Em 1990, no Brasil, esse movimento se fortalece sob o impacto dos efeitos das conquistas estabelecidas na Constituição Federal do Brasil de 1988 que, em seu artigo 206, afirma a igualdade de condições de acesso e permanência na escola e, em seu artigo 208, ressalta o dever do Estado com a educação, efetivado mediante a garantia de ensino fundamental obrigatório e gratuito para todos, inclusive aos que a ele não tiveram acesso na idade própria, e ainda, atendimento educacional especializado às pessoas com deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino (Brasil, 1988).

No período de 1995 a 2000, a discussão do papel desempenhado pelos processos de escolarização em relação à exclusão social ganha enormes proporções. Escolarização, integração social e cidadania são temas articulados e discutidos no bojo da promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB/96). Segundo Carvalho (2006) “fala-se de forma mais incisiva nos direitos de participação e de inclusão de pessoas com deficiência no contexto da educação e do trabalho. Ocorre de forma mais intensa o processo de inclusão escolar da população com necessidades especiais no sistema regular de ensino”.

Na sociedade atual, marcada pela visão globalizadora, o eixo de construção epistemológica sobre educação tem evoluído evidenciando-se que o trabalho na diversidade é uma forma de enriquecimento geral. Para promover a inclusão (de todos os alunos) no espaço escolar, é necessário enfrentar os mecanismos excludentes que ocorrem no seu dia-a-dia (Carvalho/ Araújo, 2005).

1.2. Deficiência

Na antiguidade, a segregação e o abandono das pessoas com deficiência eram institucionalizados; na Grécia, as pessoas com deficiência eram mortas ou abandonadas à sua sorte; em Roma, havia uma lei que estabelecia o direito aos pais a praticarem o infanticídio de crianças com deficiência logo após o parto. A concepção filosófica dos greco-romanos legalizava a marginalização das pessoas com deficiência, na medida em que o próprio “Estado tinha o direito de não permitir cidadãos disformes ou monstruosos, assim sendo, ordenava ao pai que matasse o filho que nascesse nessas condições”. Na idade média, a visão cristã correlacionava a

deficiência, especialmente a cegueira, à culpa, ao pecado ou a qualquer transgressão moral e/ou social. Predominava a concepção bíblica, segundo a qual as pessoas com deficiências eram vistas como portadores de culpa ou pecado. A deficiência era marca física, sensorial ou mental desse pecado, que impedia o contato com a divindade, conforme está explícito nos escritos bíblicos (Santos, 2002).

A primeira tentativa científica de estudo das pessoas com deficiência surgiu no século XVI com Paracelso e Cardano, médicos alquimistas que defendiam a possibilidade de tratamento da pessoa com deficiência. Mas a consolidação da concepção científica sobre a deficiência só aconteceu no século XIX com os estudos de Pinel, Itard, Esquirol, Seguim, Morel, Down, Dugdale, Froebel, entre outros, que passaram a descrever cientificamente a etiologia de cada deficiência numa perspectiva clínica. Apesar dessas contribuições científicas, cabe lembrar que a primeira metade do século XX também ficou marcada pela atuação do Nazismo, que provocou a eliminação bárbara de milhares de pessoas com deficiência (Santos, 2002).

1.3. Indicadores de prevalência de pessoas com deficiências e incapacidades

A palavra "deficiência" foi conceituada como anormalidade órgãos, sistemas ou estruturas do corpo (Farias, Buchalla, 2005). Os autores Long e Cintas, 2001, definem a deficiência sendo a restrição da capacidade de uma pessoa, em relação a seu ambiente imediato, em decorrência de um comprometimento; inclui comunicação, atividades de cuidados pessoais, postura, locomoção e manipulação; nível em que o comprometimento de um indivíduo se reflete em comportamentos dirigidos a metas, incorporando interação ambiental.

Faz-se necessário diferenciar o termo deficiência e incapacidade, sendo a incapacidade definida como uma classificação de circunstâncias que impedem um indivíduo de realizar seu potencial completo, devido à presença de um comprometimento ou deficiência; descrita em termos de limitações pessoais e independência (Long e Cintas, 2001).

Deficiência pressupõe a existência de variações de algumas habilidades que sejam qualificadas como restrições ou lesões. O que inexiste, no entanto, é um consenso sobre quais variações de habilidades e funcionalidades caracterizam deficiências. Há pessoas com lesões que não experimentam a deficiência, assim como existem pessoas com expectativa de lesões que se consideram deficientes. Traçar a fronteira conceitual entre essas diversas expressões da diversidade humana é um exercício

intelectual de diferentes saberes, em especial entre o conhecimento médico e as ciências humanas. A variedade de interpretações e experiências em torno do corpo e da relação deste com o ambiente social perpassa grande parte das discussões contemporâneas sobre a deficiência (Squinca e Medeiros, 2007).

Classicamente, as deficiências estão subdivididas em mental, física, sensorial (áudio ou visual) e múltipla, na qual todos os tipos de déficits e limitações podem estar presentes (Pfeiffer et al, 2003).

A atribuição de gravidade às deficiências deve apoiar-se na relação do indivíduo com o meio e na sua capacidade de realizar tarefas. Qualquer julgamento da deficiência está sujeito a vieses de diferentes naturezas, sendo necessário a realização de avaliações multidisciplinares, que possam oferecer informações que contribuam para minimizar os aspectos excludentes (Araújo, Omote, 2005).

Qualquer que seja a opção assumida para a construção de uma sociedade inclusiva, a gravidade do acometimento envolve questões que precisam ser investigadas profundamente, o que torna o deficiente aos olhos sociais certamente não é apenas a deficiência ou déficit que ele apresenta mas o significado dessa condição desviante (Araújo, Omote, 2005).

Mont e Loeb, 2008, descrevem a prevalência de pessoas com deficiência em diferentes países (quadro 1).

Quadro 1. Prevalência de incapacidade em países selecionados por fontes estatísticas

Censos			**Inquéritos**		
Países	**Ano**	**Percentual da população com incapacidade**	**Países**	**Ano**	**Percentual da população com incapacidade**
Estados Unidos	2000	19.4	Nova Zelândia	1996	20.0
Canadá	2001	18.5	Austrália	2000	20.0
Brasil	2000	14.5	Uruguai	1992	16.0
Reino Unido	1991	12.2	Espanha	1986	15.0
Polônia	1988	10.0	Áustria	1986	14.4
Etiópia	1984	3.8	Zâmbia	2006	13.1
Uganda	2001	3.5	Suíça	1988	12.1
República do Mali (África do Sul)	1987	2.7	Equador	2005	12.1
México	2000	2.3	Holanda	1986	11.6
Botswana	1991	2.2	Nicarágua	2003	10.3
Chile	1992	2.2	Alemanha	1992	8.4
Índia	2001	2.1	China	1987	5.0
Colômbia	1993	1.8	Itália	1994	5.0
Bangladesh	1982	0.8	Egito	1996	4.4
Quênia	1987	0.7			
Inquéritos: Divisão de estatística dos Estados Unidos; IGR (Brasil), INEC (Nicarágua), INEC (Equador), INEGI (México), Estatística Nova Zelândia; INE (Espanha), Censo da Índia 2001; SINTEF Estudos da Saúde (Zâmbia) 2003					

Fonte: Mont e Loeb, 2008.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo menos 10% dos indivíduos de qualquer sociedade nascem com algum tipo de deficiência ou a adquirem no decorrer da vida, havendo maior prevalência dessa situação nas regiões mais pobres do planeta.

No Brasil, de acordo com o censo demográfico do IBGE (2000), 14,5% da sua população é atingida por algum tipo de deficiência. Esse número é bastante superior aos dados dos censos anteriores, que apontavam uma freqüência inferior a 2%. Nesse censo de 2000, a presença de alguma ou grande dificuldade permanente de enxergar, de ouvir e de caminhar também foram consideradas deficiência. Houve, portanto, a utilização de um conceito mais amplo de deficiência que leva em consideração, além da incapacidade, a presença e a intensidade de limitações funcionais. No entanto, esse conceito abarcou grande parte do contingente de idosos, faixa etária em que se encontra a maioria dos indivíduos com limitações funcionais (IBGE, 2000; Néri, 2003).

Na tabela 1 estão apresentados os dados referentes à população com deficiência na cidade de São Paulo, por subprefeituras. O levantamento foi realizado pela área temática “Saúde da Pessoa com Deficiência”, da Secretaria Municipal da Saúde, a partir dos dados do Censo 2000. O município, com uma população de cerca de 11 milhões de habitantes, apresenta 10,32 % de pessoas com deficiência, sendo 1,26% com deficiência mental, 2,37% com deficiência auditiva, 3,27% com deficiência motora, 0,72% com deficiência física 6,59% com deficiência visual.

Tabela 1 – Distribuição da população com deficiência por subprefeitura. São Paulo (2007-9), Censo 2000.

População com deficiência por Subprefeitura (Cogest - set/2004)						
Subprefeitura	**Pop. pesquisada**	**% Def. Física**	**% Def. Motora**	**% Def. Mental**	**% Def. Auditiva**	**% Def. Visual**
Aricanduva	314.946	0,73	3,34	1,36	2,32	6,54
Butantã	589.257	0,74	3,41	1,33	2,57	7,36
Cidade Ademar	367.664	0,84	3,19	1,37	2,85	6,07
Campo Limpo	526.171	0,76	3,24	1,21	2,42	7,29
Cidade Tiradentes	190.675	0,59	3,17	1,06	2,35	7,60
Casa Verde	313.324	0,65	3,12	1,27	2,36	7,30
Capela do Socorro	689.474	0,69	2,76	1,21	2,48	6,70
Ermelino Matarazzo	198.037	0,67	2,87	1,27	2,84	6,18
Freguesia / Brasilândia	392.247	0,67	2,92	1,31	2,22	5,48
Guaianases	205.629	0,68	3,83	1,50	2,12	8,34
Ipiranga	275.051	0,64	3,56	1,23	2,03	6,86
Itaim Paulista	131.442	0,49	3,55	1,16	2,37	6,24
Itaquera	696.159	0,69	2,97	1,15	2,25	7,19
Jabaquara	201.511	0,75	3,53	1,28	2,49	7,16
Lapa	385.047	0,81	3,89	1,49	2,71	6,52
M'Boi Mirim	229.565	0,78	3,28	1,04	2,70	5,64
Mooca	348.696	0,75	3,98	1,41	2,24	7,77
Parelheiros	23.227	1,26	3,81	1,30	2,26	5,03
Penha	453.196	0,72	3,78	1,29	2,28	6,78
Perus	101.425	0,48	3,71	1,27	2,24	6,58
Pinheiros	444.219	0,78	3,16	1,21	2,74	6,33
Pirituba	295.435	0,75	3,16	1,29	2,32	6,21
Santo Amaro	297.350	0,77	3,72	1,34	2,47	6,62
São Mateus	314.441	0,65	2,88	1,23	2,06	5,33
São Miguel	641.893	0,74	2,80	1,19	2,74	6,05
Santana	310.130	0,82	3,71	1,34	2,04	7,72
Sé	550.701	0,65	3,35	1,17	2,62	5,60
Tremembé / Jaçanã	287.744	0,59	2,57	1,15	2,43	4,82
V.Prudente/ Sapopemba	200.320	0,81	3,29	1,31	1,93	6,76
V.Guilherme/ V.Maria	217.625	0,58	3,49	1,21	2,61	8,10
Vila Mariana	242.939	0,74	3,46	1,21	2,43	5,29
Total	**10.435.540**	**0,71**	**3,64**	**1,26**	**2,37**	**6,59**

Fonte:http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/pessoa_com_deficiencia/acessibilidade/dados_censoibge_2000/index.php?p=9766

Diante da necessidade de inclusão da grande diversidade humana, a escola, além do seu objetivo tradicional de promover a educação e a integração social para todos, cumpre um papel fundamental para reverter situações de exclusão ao promover ações de conscientização sobre os direitos das pessoas com deficiência (Brasil. Ministério da Educação Secretaria de Educação Especial, 2006).

1.4. Educação da criança com deficiência

Segundo Morim (2000), a educação só poderá ser viável se abarcar o ser humano na sua integridade e se dirigir à totalidade aberta do ser humano e não apenas a um de seus componentes.

A educação não é equalizadora da sociedade, única responsável pelas transformações necessárias, tampouco pela superação da incapacidade. A escola não está acima nem imune às transformações e às determinações econômicas, sociais, culturais e políticas mais amplas. No processo de inclusão, há a necessidade de compreender o verdadeiro papel da escola, reconhecendo seus limites. Se por um lado, a escola não pode assumir funções específicas de outras áreas, como a saúde e a assistência social, por exemplo; por outro lado, ela não pode se eximir de sua verdadeira função, a pedagógica (Carvalho, 2006).

Bianchetti e Freire (2003) afirmam que não se deveria classificar os indivíduos visando à preparação dos mesmos para o desempenho de papéis sociais específicos. Analisando essa questão, percebe-se que a tendência pragmática na educação das pessoas com deficiência, de fato, pode interessar à manutenção das desigualdades de oportunidades, reservando a essas pessoas somente ocupações sociais elementares, rotinizadas e que exigem, muitas vezes, exercícios mecânicos, de repetição e justaposições. Para Moraes (2000) a educação está atravessando um momento novo, singular, que pode ser denominado de paradigma educacional emergente. Esse paradigma caracteriza-se por incorporar grande multiplicidade de elementos filosóficos e epistemológicos na discussão sobre ciência e educação, no sentido de se compreender as concepções científicas no mundo de hoje e os seus reflexos no processo educativo.

A educação passa a ser compreendida, assim, como um processo que engloba todas as dimensões do ser e do viver humano, considerando-se, portanto, a dialética entre mente / corpo, objetividade / subjetividade, sujeito/objeto, o que elimina o

tradicional dualismo positivista e atribui ao processo educativo uma dimensão, como ato político, reflexivo, afetivo e social (Coimbra, 2002).

Dentro do movimento inclusivo, a escola, em particular, faz parte de um núcleo importante para o desenvolvimento deste processo. A inclusão de crianças e jovens na rede escolar gerou a necessidade de uma reflexão sobre as políticas adotadas.

No aspecto que se refere à função, tema abordado neste estudo, encontram-se pesquisas realizadas em diversos países afim de demonstrar que a função no domínio do corpo não se traduz necessariamente em uma atividade ou limitação da participação no ambiente. O resultado final da deficiência vem de restrições de participação que resultam da interação de vários fatores (Mont, Loeb, 2008). Nessa perspectiva, incluir não significa apenas acomodar as pessoas com diferentes capacidades funcionais no mesmo ambiente físico, mas também permitir a inclusão cultural e política.

1.5. Inclusão e exclusão

Algumas definições são necessárias para o esclarecimento de expressões e entendimento do estudo, ressaltando-se que há diferentes concepções referentes à inclusão e suas possibilidades.

Inclusão é o movimento da sociedade para produzir a igualdade de oportunidades para todos. Quando focada sob o ângulo individual, a inclusão supõe que cada um tenha a oportunidade de fazer suas próprias escolhas e, em conseqüência, construir sua própria identidade pessoal e social (Carneiro, 2007).

A prática da inclusão social vem aos poucos substituindo a prática da integração social, e parte do princípio de que, para inserir todas as pessoas, a sociedade deve ser modificada de modo a atender às necessidades de todos os seus membros: uma sociedade inclusiva não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais e pessoais. Nesse sentido, a inclusão social das pessoas com deficiência significa possibilitar a elas, respeitando as necessidades próprias da sua condição, o acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade (Brasil, Ministério da Saúde, 2003).

A educação inclusiva é definida como o conjunto de processos educacionais decorrente da execução de políticas articuladas impeditivas de qualquer forma de segregação e de isolamento. Essas políticas buscam alargar o acesso à escola regular, ampliar a participação e assegurar a permanência de todos os alunos nela,

independentemente de suas particularidades. Sob o ponto de vista prático, a educação inclusiva garante a qualquer criança o acesso ao ensino fundamental, nível de escolaridade obrigatório a todo cidadão brasileiro (Carneiro, 2007).

Mantoan (1998) defende a inclusão total, de forma irrestrita, para todos. “É preciso respeitar os educandos em sua individualidade para não condenar uma parte deles ao fracasso e às categorias especiais de ensino”. A mesma autora reforça, ainda, a necessidade de uma educação mais humanitária e mais justa, objetivando uma pedagogia centrada na criança, baseada em suas habilidades e não em suas deficiências, e que incorpore conceitos, como interdisciplinaridade, individualização, colaboração e conscientização/sensibilização, facilitando, assim, a inserção dos alunos que apresentem necessidades especiais na escola, fazendo da inclusão uma experiência positiva para todos.

A Conferência Mundial sobre Educação para todos, realizada na Tailândia em 1990, ao abordar a importância de universalizar o acesso à educação e promover a eqüidade, destacou que as necessidades básicas de aprendizagem das pessoas com deficiência requerem atenção especial, sendo preciso tomar medidas que garantam a igualdade de acesso à educação aos portadores de todo e qualquer tipo de deficiência, como parte integrante do sistema educativo (Brasil, 1997).

A inclusão educativa como movimento geral da sociedade tem uma história de aproximadamente três décadas. Caminhou de forma não linear e tomou corpo na Europa a partir de 1990, quando os Estados membros da União Européia acordaram medidas visando um tom de harmonização (políticas de educação e sistemas de ensino) e de expansão gradual – intensificar, desenvolver, fomentar, proporcionar, consagrar, disponibilizar um complemento educacional (Carneiro, 2007).

A Itália, a Inglaterra, a França, os Estados Unidos, os Países Escandinavos e o Canadá experimentaram programas com foco inclusivo, que serviriam de referência para o desenvolvimento de outros sistemas educacionais, ampliando-se, assim, a presença de estudantes com deficiência nas escolas regulares. É conveniente destacar que, em nenhum país, a mudança foi feita abruptamente e quando isso ocorreu, os problemas também se multiplicaram. A Itália, por exemplo, tida como o primeiro país a fazer uma legislação promotora de um sistema educacional inclusivo, com a paralisação das atividades de todas as escolas especiais, enfrentou tantos problemas que o período inicial da experiência passou a ser identificado como integração selvagem (Carneiro, 2007).

Neste século que se inicia, a escola que se projeta aponta novos avanços. De acordo com a declaração de Salamanca (1994), “as necessidades educativas especiais incorporam os princípios já provados de uma pedagogia equilibrada que

beneficia todas as crianças". Parte do princípio de que a diversidade é uma característica humana. Nessa perspectiva, a aprendizagem deve ajustar-se às necessidades de cada criança, em vez de cada criança se adaptar aos supostos princípios quanto ao ritmo e à natureza do processo educativo. Uma pedagogia centrada na criança é positiva para todos os alunos e, conseqüentemente, para toda a sociedade. As escolas com propostas pedagógicas que se centralizam na criança são, além disso, a base para a construção de uma sociedade centrada nas pessoas, que respeita a dignidade e as diferenças dos seres humanos.

Existe, portanto, a necessidade de mudança da perspectiva social. A Educação, hoje, se apresenta com um novo paradigma – "a educação de qualidade para todos, na era das relações, em que, num processo bilateral, as pessoas ainda excluídas e a sociedade busquem, em parceria, equacionar problemas, encontrar soluções e efetivar a equiparação geral de oportunidades, precisa deixar de ser simplesmente proposta, para se tornar realidade em nossas escolas" (Ferreira, Guimarães, 2003).

A escola não dará uma resposta adequada a essa diversidade de necessidades se não forem devidamente equacionados os seguintes aspectos:

- currículo global e flexível
- recursos contínuos (físicos, pedagógicos, didáticos, humanos)
- diagnósticos sistemáticos, como os ajustamentos no decorrer do processo ensino-aprendizagem
- criação de equipes multidisciplinares de apoio ao professor de ensino regular
- apoio apropriado à inovação, à mudança das práticas, à revolução nas mentalidades e ao desenvolvimento profissional dos professores (Ribeiro, Baumel, 2003).

Ressaltamos ainda o papel da educação especial, que têm sido criticada como um recurso segregativo. Como apontam Torezan & Caiado (1995), "as escolas especiais são instituições fechadas; espaços historicamente constituídos para segregação" (p.34). Para Omote,1999, deve ficar claro que o efeito segregativo ou integrador depende fundamentalmente do modo como o recurso é utilizado. Evidentemente que não pode-se utilizar nenhum desses recursos como único e definitivo para o aluno com deficiência, por essa razão acreditamos que o processo de avaliação, referente aos aspectos que excluem o deficiente da inclusão escolar faz-se necessário assim como possíveis avaliações multidisciplinares podem ser importante nas decisões de indicação da escola especial.

A escola ou instituição especializada pode funcionar como um espaço de convívio e socialização para os deficientes que, em função do grave comprometimento, não têm possibilidade de freqüentar recursos de Educação Especial da rede regular de ensino. Neste sentido pode ser um importante recurso para ampliar o espaço social e as oportunidades para esses deficientes que, sem isso, podem permanecer confinados em suas casas. Ainda no parâmetro inclusivo faz-se necessário questionarmos o quanto cada criança se beneficia deste processo, não pretendemos defender a inclusão de forma irrestrita, mas refletir sobre esse processo inclusivo.

1.6. Leis e diretrizes sobre a inclusão escolar

Historicamente, as leis agem como forças propulsoras de iniciativas que venham suprir brechas ainda existentes na promoção do bem-estar e na equiparação de oportunidades a todos. Nos Estados Unidos e Grã Bretanha, por exemplo, o Americans with Disability Act–ADA, e o Disability Discrimination Act–DDA, são os documentos que, respectivamente, atribuem ao Estado o dever de promover a igualdade e aos serviços públicos a obrigação de proporcionar essas condições a todos, independentemente de suas capacidades ou habilidades. Comparativamente, a legislação brasileira é bem estruturada e avançada, mas, na prática, há várias dificuldades a serem transpostas. As barreiras de atitudes e a necessidade de conscientização da sociedade, entre tantos obstáculos, acabam desembocando na questão orçamentária das instituições que se propõem a ser acessíveis e inclusivas. (Pupo, Melo, Ferrés, 2006). O artigo 6 da Constituição Federal garante que a educação é direito de todos e dever do Estado e da família, sendo promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (Carneiro, 2007).

A Declaração de Salamanca (1994) da qual o Brasil é signatário, descreve que “Todos os governos devem adotar em suas leis e políticas o princípio da educação inclusiva, matriculando todas as crianças nas escolas comuns, a menos que haja razões de força maior para não fazê-lo, desenvolver projetos de demonstração e estimular intercâmbios com países que tenham experiência com escolas inclusivas, investir maior esforço em estratégias de identificação e intervenção precoces”.

A perspectiva apontada pela Declaração de Salamanca apesar de indicar enfaticamente a escola inclusiva e reconhecer que esta só se efetivará com o aprimoramento, de fato, dos sistemas de ensino, também considera que possam

existir fortes razões que impeçam a inclusão de crianças com necessidades educativas especiais no ensino regular. Oferece, portanto, oportunidade para as mais diferentes posições. É possível considerar, por exemplo, que determinadas categorias de necessidades educativas especiais possam ser incluídas no ensino regular, enquanto outras não (Bueno, 2000).

1.7. O processo de inclusão – a importância dos instrumentos de avaliação

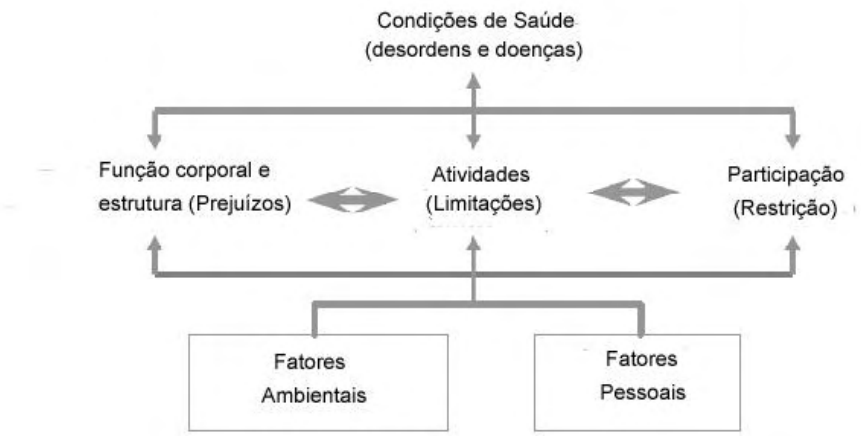
Neste tópico, serão descritos a CID 10 - Classificação Código Internacional da doença, e a CIF – Classificação Internacional de Função por serem os instrumentos mais citados para o diagnóstico de incapacidades e o PEDI – Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade, o instrumento utilizado nesta pesquisa.

A CID-10 foi conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a nomenclatura internacional de doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde. Este sistema permite uma classificação padronizada sobre informações diagnósticas para finalidades gerais. Cabe ressaltar, entretanto, que a CID-10 está focada no diagnóstico das doenças, sem contabilizar suas possíveis repercussões funcionais (Brasil, Ministério da Saúde, 2010).

A CIF – Classificação Internacional de Função é um importante instrumento de avaliação de funcionalidade. Ela descreve a funcionalidade e a incapacidade relacionadas às condições de saúde, identificando o que uma pessoa “pode ou não pode fazer na sua vida diária”, tendo em vista as funções dos órgãos, ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações das atividades e da participação social no meio ambiente onde a pessoa vive. Segundo esse modelo, a incapacidade é resultante da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, a limitação de suas atividades e a restrição na participação social, e os fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho dessas atividades e da participação (Farias, Buchalla, 2005).

Na figura 1, observa-se que, de acordo com a CIF, a deficiência surge da atividade, limitações e restrições impostas a participação. A deficiência cresce para fora da interação entre o corpo estrutura e função, englobando as limitações de um ambiente inflexível (Mont e Loeb, 2008). ste modelo é capturado na figura 1, refere-se a Classificação Internacional de Função na Saúde (CIF).

Figura 1: CIF - Classificação Internacional de Função



A função para realização de atividades pertence a uma ampla gama de ações deliberadas realizadas por um indivíduo. São ações fundamentais a fim de realizar uma tarefa, como caminhar ou subir escadas. A participação refere-se a atividades que são essenciais para a vida econômica e social dos indivíduos e aos papéis sociais realizados, como a possibilidade de freqüentar a escola ou manter um emprego. Várias ações resultam em um amplo espectro de atividades básicas para uma participação mais complexa. Na CIF - Classificação de Internacional de Função a deficiência surge da limitação da atividade e restrições impostas à participação. Verifica-se que a deficiência em si ou o diagnóstico não é um limitante (Mont & Loeb, 2008).

A maturação das habilidades motoras e de alimentação são alcançadas concomitantemente ao desenvolvimento de o sistema nervoso central, associada à experiência de aprendizagem motora. O desenvolvimento motor evolui de uma forma organizada. As atividades e participação descrevem como o indivíduo exerce suas atividades diárias e se engaja na vida social, considerando as funções e estruturas do seu corpo (Farias, Buchalla, 2005; Telles, Macedo, 2008).

As limitações de atividade são as dificuldades que o indivíduo pode ter para executar uma determinada atividade. As restrições à participação social são os problemas que um indivíduo pode enfrentar ao se envolver em situações da vida diária (Farias, Buchalla, 2005).

No presente estudo, o instrumento utilizado foi o teste funcional norte-americano PEDI - Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade, manual da versão brasileira adaptada, traduzido para o português e adaptado para contemplar as

especificidades socioculturais do Brasil, com permissão e colaboração dos autores da avaliação original americana (anexo 1). O PEDI é uma avaliação realizada por meio de entrevista com os pais ou responsáveis que informam sobre o desempenho da criança em atividades e tarefas típicas da rotina doméstica.

A amostra normativa brasileira do teste PEDI incluiu crianças com desenvolvimento normal nascidas na região metropolitana de belo Horizonte, totalizando 276 crianças de ambos os sexos e de diversas faixas etárias. O processo de tradução e de adaptação cultural do teste norte-americano PEDI no Brasil seguiu os critérios e procedimentos descritos na literatura e foi desenvolvido no período de seis anos, com a colaboração dos autores do teste original norte-americano (Mancini, 2005).

O teste foi desenvolvido para atingir três propósitos básicos de uma avaliação: “discriminar”, ou seja, distinguir níveis diferenciados de desempenho; “predizer”, que visa classificar os indivíduos em categorias, considerando o desempenho futuro esperado com base em critério pré-definido; e “avaliar”, que reflete a capacidade do teste em documentar ou medir a magnitude de mudanças longitudinais (Schwartzman, 2004).

O PEDI foi desenvolvido em resposta à crescente conscientização de que, embora a habilidade de participar ativamente em atividades de vida diária seja o principal objetivo para crianças portadoras de deficiência e suas famílias, não havia quase nenhum instrumento que pudesse mensurar estes ganhos eficientemente. Segundo Mancini (2005) os instrumentos existentes, freqüentemente, enfatizavam o fato de a criança estar melhorando seu desempenho nestas atividades pelo uso de métodos típicos, no lugar de focar na melhora do desfecho final, independentemente dos métodos utilizados. A capacidade funcional verdadeira das crianças era geralmente subestimada e os resultados funcionais de intervenções não podiam ser completamente avaliados.

1.8. Justificativa

No Brasil, definida a política de inclusão, os sistemas de educação foram solicitados a se organizar na sociedade, considerando todas suas implicações para as escolas, professores, alunos e pais (Lima, 2006. Carneiro, 2007).

Em relação à escola, é fundamental que a mesma possa identificar e quantificar as dificuldades de uma criança visando à viabilização de um programa mais

adequado, favorecendo o processo de sua inclusão no grupo. Pensar a educação na atualidade exige, essencialmente, pensar a sociedade de que ela faz parte e os princípios que regem essa sociedade e seus processos educativos. Nesse raciocínio, compreende-se uma relação intrínseca entre globalização, o discurso da pós-modernidade e suas influências para a educação também pensada conforme a mudança das estruturas sociais. Requer, desse modo, pensar a lógica da competitividade, da produtividade e do desempenho que permeiam as atitudes educativas e que trazem a possibilidade de interrogações sobre o sentido da educação no limite que se impõe ao vincular seus processos, meios e finalidade à legitimação da sociedade capitalista em transformação, modernização e globalização (Silva, 2008).

Considerando a dificuldade do educador em conhecer efetivamente as necessidades de todos os seus alunos, a junção de conhecimentos e habilidades de profissionais especializados em estratégias instrucionais, abordagens de aprendizagem cooperativa, problemas comportamentais e práticas de avaliação, entre outros saberes, poderiam propiciar a criação coletiva de escolas mais efetivas (Alpino, 2006).

Por estas razões o presente estudo buscou, por meio do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI), identificar as incapacidades que possam dificultar o processo de inclusão escolar e fornecer informações que possam colaborar com o planejamento escolar, visando à superação dessas dificuldades.

Outros trabalhos com a utilização do PEDI tem contribuído com informações importantes sobre o desempenho de atividades funcionais e, portanto, com possibilidades de intervenções mais direcionadas à área de maior comprometimento (Mancini, 2002). Sua utilização tem ocorrido em diferentes grupos e os seus resultados tem trazido informações mais precisas, quantificando necessidades e direcionando as ações.

Diante da dificuldade das crianças com deficiência se integrarem ao grupo escolar, considera-se importante que, por meio de um instrumento de avaliação já validado, se possa oferecer informações e subsídios que contribuam para a escola e para a família dessas crianças no processo de inclusão. Compreende-se que esse processo deva ser compartilhado, buscando reduzir ao máximo as dificuldades que elas deverão enfrentar devido às barreiras arquitetônicas, necessidades de ajuda para realização de atividades da vida diária e outros aspectos sociais.

2. Objetivos

Objetivo geral:

Descrever as incapacidades de crianças em processo de inclusão por meio do inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI).

Objetivos específicos:

a) Descrever a freqüência de incapacidades segundo as áreas: mobilidade, autocuidado e função social.

b) Descrever a freqüência das incapacidades segundo idade e série escolar

c) Identificar possíveis associações entre o tipo de incapacidade e o grupo de deficiência, idade e série

d) Descrever possíveis associações entre o tipo de incapacidade, idade, série e o nível de ajuda ou necessidade de adaptação oferecida pelos cuidadores.

3. Métodos

3.1. Tipo de estudo: Estudo transversal analítico

3.2. Local: Escolas de ensino fundamental da Prefeitura Municipal de São Paulo na DRE – Delegacia Regional de Ensino distrito Penha da zona leste de São Paulo.

A Secretaria Municipal de Educação do município de São Paulo está subdividida em 13 diretorias regionais de ensino. Estas delegacias são responsáveis pelo grupo de escolas de cada região. (figura 2).

Figura 2: Distribuição das Diretorias Regionais de Educação da prefeitura de São Paulo – 2007 - 2010.

fonte:http://portalsme.prefeitura.sp.gov.br/AnonimoSistema/BuscaEscola.aspx?source=%2fdefault.aspx

Dentre as 13 diretorias, por indicação do CEFAI – Centro de formação e acompanhamento à inclusão, selecionou-se a diretoria regional da Penha em São Paulo, localizada na zona Leste da cidade, pelo fato de esta diretoria desenvolver projetos diferenciados de apoio à inclusão.

Participaram deste estudo 31 escolas, pois em duas de um total de 33 escolas, não havia crianças com necessidades especiais em 2007.

Tabela 2 – Escolas da DRE – Penha / SP e número de crianças com deficiências, 2007 – 2008.

	N	***%***
19 de Novembro	1	0,6
Abraão de Morais	1	0,6
Amadeu Amaral	3	1,7
Anália Franco	3	1,7
Artur Alvin	1	0,6
Artur Azevedo	1	0,6
Assad Abdala	9	5,0
Barão de Mauá	4	2,2
Cecilia Meireles	14	7,7
Dona Jenny Gomes	4	2,2
Emiliano Di Cavalcante	2	1,1
Fábio Da Silva Prado	3	1,7
Fc. De Mont Alverne	2	1,1
José Carlos Ferraz, Pref.	10	5,5
Firmino Tibúrcio	6	3,3
Guilherme De Almeida	13	7,2
Henrique Pegado	3	1,7
Humberto de Campos	5	2,8
Henrique Infante	1	0,6
Jackson De Figueiredo	4	2,2
Januário Mantelli Neto	7	3,9
Prof. João Franzolin Neto	2	1,1
Pres. João Pinheiro	4	2,2
Juarez Távoram Mal.	15	8,3
Leonor Mendes de Barros	11	6,1
Luis Washington Vita	16	8,8
Octávio Mangabeira	11	6,1
Pd. Antônio Vieira	2	1,1
Silvio Fleming, Major	2	1,1
Visconde de Caíru	10	5,5
Wanny Salgado Rocha, Prof.	11	6,1
Total	**181**	**100,0**

3.3. Estrutura de apoio à inclusão nas DERs - São Paulo

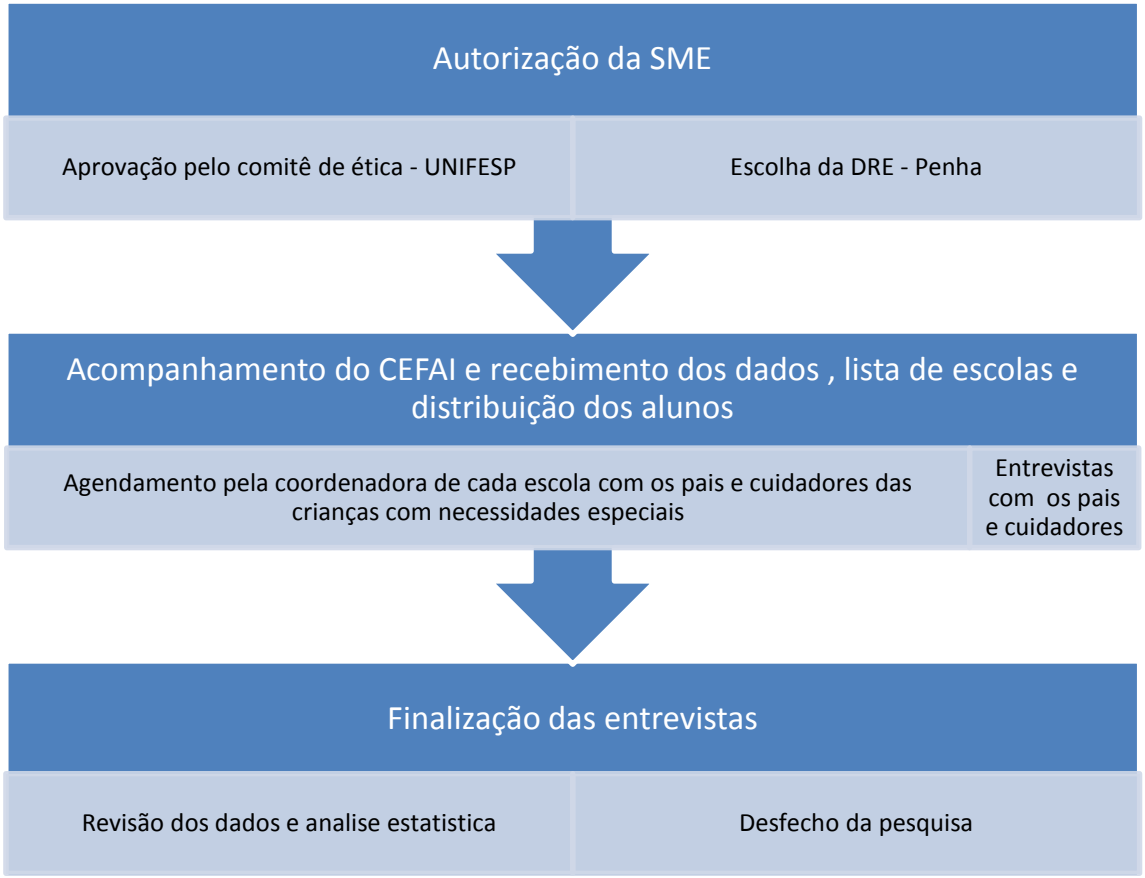
Nas 13 diretorias regionais há um serviço de apoio à inclusão – CEFAI (Centro Escola Família de Apoio à Inclusão), que tem como atribuições o acompanhamento dos alunos com deficiência por meio de visitas sistemáticas às escolas, avaliação pedagógica, reuniões com professores e coordenadores pedagógicos, atendimentos a pais e mapeamento dos atendimentos da região.

As escolas com maior número de crianças com necessidades especiais apresentam também salas de apoio a inclusão, denominadas SAAI – Salas de Apoio e Acompanhamento à Inclusão. Estas salas são destinadas ao atendimento educacional em caráter complementar, suplementar ou exclusivo aos alunos que apresentam algum tipo de deficiência. (HTTP://portal.prefeitura.sp.gov.br/cidadania/conselhosecoordenadorias/deficientes/0006).

3.4. População

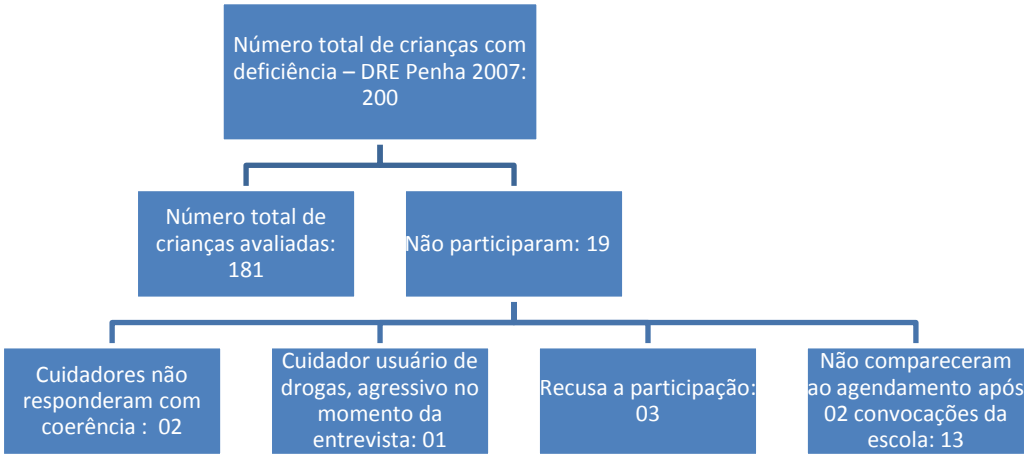
Para a definição da população a ser avaliada, optou-se por incluir as crianças com idades entre 7 e 10 anos, 11 meses e 29 dias, em decorrência do fato de essas crianças estarem no período escolar Fundamental I, correspondente às 1ªs a 4ªs séries. Essa opção visou avaliar as crianças nos primeiros anos de inclusão escolar. Foi incluído o total de crianças com necessidades especiais e com laudo diagnóstico. A lista de crianças foi fornecida pela coordenadoria do CEFAI – DER-Penha, totalizando 200 crianças em 2007. Foi realizado um piloto em 5 escolas de agosto a novembro de 2007. As entrevistas foram realizadas de fevereiro de 2008 a novembro de 2009 (Figura 3).

Figura 3. Etapas da pesquisa



Do total de 200 crianças com idade de 7 a 10 anos e 11 meses e 29 dias, cursando o ensino fundamental I (2007) foram excluídas: 13 crianças cujos cuidadores não compareceram aos dois agendamentos para a entrevista, sem justificativas; 2 cuidadores não apresentaram condições para continuidade da pesquisa, pois não conseguiram responder com coerência às perguntas; 1 caso cujo cuidador é usuário de drogas de forma contínua e a pesquisadora foi orientada pela coordenação da escola para não realizar a pesquisa 3 cuidadores recusaram-se a participar (figura 4).

Figura 4. Total de crianças e divisão quanto à participação na pesquisa



3.5.Termos e definições utilizados

Neste estudo, utilizou-se a nomenclatura diagnóstica adotada pela SME, por meio do CEFAI, elaborada por este serviço, a qual está descrito a seguir.

Conduta típica: Corresponde ao grupo de crianças com diagnóstico médico de hiperatividade, doenças psiquiátricas e transtornos de comportamento e alterações das aquisições cognitivas, incluindo deficiência mental de todos os níveis.

DGD – Deficiência global do desenvolvimento: grupo de crianças com autismo de todos os tipos (leve, moderado, grave) e Asperger. Este termo, ao invés de Transtorno Global do Desenvolvimento, é utilizado pela SME, e corresponde ao Cid 10 – F84.

Deficiência física: Deficiências por falta de membros, assimetria de membros, assim como deformidades ósseas, deficiências motoras e mielomeningocele.

Síndromes Genéticas: Grupo com laudo de síndromes genéticas.

Síndrome de Down (SD): Por se tratar de um grupo maior e com características específicas a Síndrome de Down foi separada das demais.

Deficiência visual: Grupo de crianças atendidas com déficit visual.

Múltiplas deficiências: Crianças com dois ou mais comprometimentos. Neste grupo, são colocadas as crianças que apresentam deficiências associadas a qualquer outra alteração/doença. Exemplo: deficiência motora e epilepsia; deficiência auditiva e visual, entre outros.

Dislexia: dificuldade na aprendizagem da decodificação das palavras, na leitura precisa e fluente e na fala. Pessoas disléxicas apresentam dificuldades na associação do som à letra.

Outras respostas: Correspondem a laudos de doenças como Síndrome da Amplificação Dolorosa, obesidade e outros.

3.6. População entrevistada: Cuidador

Considerou-se como cuidador qualquer pessoa independente do grau de parentesco e que acompanha a criança no seu cotidiano durante as atividades diárias.

3.7. Instrumento de avaliação

A avaliação de habilidades funcionais e da necessidade de assistência por parte do cuidador foi realizada utilizando-se o Inventário de avaliação Pediátrica de Incapacidade, PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory), desenvolvido por Haley et al. (1992) e validado para a população brasileira por Mancini (2005). A idade em que mais de 90% das crianças conseguiram executar determinada atividade encontra-se determinada e validada.

Para a averiguação das habilidades funcionais, foram avaliadas 73 atividades de autocuidado, 59 de mobilidade e 65 de função social, perfazendo um total de 197 atividades nas quais o paciente foi considerado capaz (1) ou incapaz (0). Para a determinação da necessidade de assistência por parte do cuidador, foram consideradas 8 subáreas do autocuidado, 7 da mobilidade e 5 da função social, sendo o grau de dependência caracterizado como total (0), máximo (1), moderado (2), mínimo (3), necessita apenas supervisão (4) e independente (5).

Para a aplicação do PEDI, a pesquisadora única a aplicar o instrumento realizou o treinamento mínimo recomendado pelos autores (Haley et al., 1992). Embora o PEDI possa ser aplicado sem a presença do paciente, nesse estudo empregou-se o método de entrevista simultânea à observação direta do paciente.

3.8. Análise Estatística

A análise descritiva aponta o grau de capacidade da criança em cada atividade (autocuidado, mobilidade e função social). Valor 0 indica que a criança é “totalmente incapaz”, ou seja, a criança não realiza nenhuma das atividades e o valor 100 indica que a criança é “totalmente capaz”, ou seja, ela realiza todas as atividades do subconjunto.

Estatística descritiva das subescalas totais

Neste trabalho, utilizou-se análises descritivas totais para cada subescala. Para todas as comparações ao longo do estudo, foi utilizada a escala transformada, possibilitando as comparações de escalas com diferentes grandezas e, desta forma, facilitando a interpretação dos resultados. Em todos os casos considerou-se o escore contínuo que fornece informações sobre o nível de capacidade da criança, não se levando em consideração a faixa etária da mesma.

Apresentaram-se as análises com a pontuação original dos itens (média) com uma escala transformada. Desta forma, as escalas originais foram transformadas em escalas de 0 a 100, assim como sugerem McDowell and Newell (1996); as quais foram utilizadas para as comparações de interesse neste trabalho.

$$escala\ transformada = \frac{(\ pontuação original - menor\ pontuação possível)}{amplitude da\ escala\ original}\ x\ 100$$

Para as comparações das subescalas entre algumas variáveis do estudo que possuíam duas categorias, o teste utilizado foi o t-Student, considerando um nível de significância de 5%.

Para a comparação entre os grupos das variáveis citadas, o teste utilizado foi a Análise de Variância (ANOVA). Para a utilização deste teste foi verificado se, para cada variável, as variâncias eram homogêneas entre os grupos. Quando não foi verificada homogeneidade das variâncias, foi feito o ajuste através do teste de Brown-Forsythe (BF).

Foram realizadas as comparações entre as 3 escalas (auto-cuidado, mobilidade e função social) para cada grupo de crianças com diferentes diagnósticos. Para tais comparações, o teste estatístico foi a Análise de Variância com Medidas Repetidas (univariada).

Quando houve diferença significante entre as escalas ($p<0,05$), para a identificação de quais escalas se diferenciam entre si foram feitas comparações múltiplas dos efeitos principais (comparação entre as escalas, duas a duas). O teste utilizado para as comparações múltiplas foi o de Bonferroni.

Descrições das comparações foram realizadas também para as escalas do cuidador.

3.9. Considerações éticas

O estudo foi aprovado pela SME – Secretaria Municipal de Educação de São Paulo (anexo 3), aprovado pelo CEFAI – Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão (anexo 4), e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, CEP nº 1115/07 (anexo 5).

Todos os alunos participantes do estudo possui o Termo de Consentimento livre e esclarecido devidamente preenchido e assinado pelo responsável (anexo 2).

4. Resultados

4.1. Caracterização dos cuidadores

Dos cuidadores, 167 (92,3 %) eram do sexo feminino e 14 (7,7%) do sexo masculino, cujo nível escolar encontra-se na tabela 3.

Tabela 3. Características quanto à escolaridade do cuidador dos alunos com deficiência. DRE - Penha / São Paulo, 2007 - 2009

Escolaridade	Nº de alunos	%
Analfabeto	7	3,9
Ensino fundamental I* incompleto	17	9.4
Ensino fundamental I completo	24	13.3
Ensino Fundamental II** incompleto	31	17.1
Ensino Fundamental II completo	33	18.2
Ensino médio incompleto	5	2.8
Ensino médio completo	54	29.8
Ensino superior incompleto	4	2.2
Ensino superior completo	6	3.3
Total	**181**	**100,0**

* Ensino fundamental I – 1ª a 4ª séries

**Ensino fundamental II – 5ª a 8ª séries

4.2. Caracterização do grupo de estudo

Das 181 crianças 114 (63%) eram do sexo masculino e 67 (37%) do sexo feminino**.** As distribuições por idade e série encontram-se nas tabelas 4 e 5 respectivamente.

Tabela 4. Distribuição dos alunos com deficiência, segundo a idade. DRE-Penha/ São Paulo, 2007-2009

Idade	Nº de alunos	%
7 até 8 anos	39	21,5
>8 até 9 anos	32	17,7
>9 até 10 anos	57	31,5
>10 anos	53	29,3
Total	**181**	**100,0**

Quanto à situação de moradia dos 181 alunos, 176 (97,2%) moram com seus familiares e 5 (2,8%) moram em instituições. Na tabela 5 encontra-se a distribuição segundo às séries escolares das 181 crianças.

Tabela 5. Distribuição dos alunos quanto às séries escolares. DRE- Penha /São Paulo, 2007 - 2009

Série escolar (criança)	Nº de crianças	%
1ª	35	19,4
2ª	46	25,4
3ª	50	27,6
4ª	50	27,6
Total	**181**	**100,0**

Na tabela 6 encontra-se a distribuição dos alunos segundo diagnóstico obtido na documentação da criança arquivada em cada escola. Ressalta-se que cada criança poderia ter um ou mais diagnósticos. Na tabela 7 encontra-se a distribuição dos alunos com deficiência segundo diagnóstico agrupado proposto pelo CEFAI.

Tabela 6. Distribuição dos alunos com deficiência segundo diagnóstico do prontuário da escola. DRE – Penha / São Paulo, 2007- 2009

Diagnóstico	N	%
Deficiência cognitiva / inteligência/ deficiência mental	57	31,0
Distúrbios de fala / linguagem	31	17,0
Paralisia Cerebral	18	10,0
Síndrome de Down	17	9,0
Distúrbio Psiquiátrico	14	7,0
Hiperatividade	13	7,0
Síndrome Genética	12	7,0
Deficiência motora	10	5,0
Autista	08	4,0
Deficiência auditiva	08	4,0
Déficit de concentração e atenção	07	4,0
Deficiência visual e baixa visão	07	4,0
Distúrbio de comportamento	05	3,0
Espinha bífida / Mielomeningocele	05	3,0
Epilepsia	04	2,0
Dislexia	02	1,0
Obesidade	02	1,0
Acidente vascular cerebral isquêmico	01	0,5
Amplificação dolorosa	01	0,5
Cardiopatia	01	0,5
Cefaléia crônica	01	0,5
Distúrbio cerebral	01	0,5
Hidrocefalia	01	0,5
Microcefalia	01	0,5
Neuropatia	01	0,5
Pé torto congênito	01	0,5
Seqüela de Rubéola	01	0,5
Total	**230***	

*cada criança poderia ter um ou mais diagnósticos

Tabela 7. Distribuição dos alunos com deficiência com diagnósticos classificados e agrupados segundo a orientação da SME/CEFAI. DRE-Penha/São Paulo, 2007- 2009

Tipo de deficiência	Nº de alunos	%
Conduta típica	55	30,4
Deficiência física	27	14,9
DGD	12	6,6
Dislexia	2	1,1
Distúrbios de fala	13	7,2
Deficiência Visual	5	2,8
Múltiplas deficiências	33	18,2
Síndrome Down	17	9,4
Síndromes genéticas	12	6,6
Outras respostas	5	2,8
Total	**181**	**100,0**

4.3. Pontuação das escalas do PEDI

As pontuações obtidas nas escalas (originais e transformadas) encontram-se nas tabelas 8 e 9, sendo que nesta última está descrito o desempenho obtido pelos alunos em todos os itens que compõem o inventário. As comparações neste trabalho são apresentadas com as escalas transformadas e padronizadas em pontuações de 0 a 100, para facilitar a comprensão dos resultados.

Tabela 8. Escalas originais e transformadas da criança e cuidador. PEDI – Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade. DRE-Penha /São Paulo, 2007-2009

Escala Original (Criança)	Média	Mediana	Dp	Mínimo	Máximo
Pontuação: Autocuidado	64,0	70,0	13,4	7,0	73,0
Pontuação: Mobilidade	59,8	64,0	12,8	0,0	64,0
Pontuação: Função Social	47,1	50,0	12,5	12,0	65,0
Escala transformada (Criança)	*Média*	*Mediana*	*Dp*	*Mínimo*	*Máximo*
Pontuação: Autocuidado (0-100)	87,7	95,9	18,4	9,6	100,0
Pontuação: Mobilidade (0-100)	93,4	100,0	20,0	0,0	100,0
Pontuação: Função Social (0-100)	72,5	76,9	19,3	18,5	100,0
Escala original (Cuidador)	*Média*	*Mediana*	*Dp*	*Mínimo*	*Máximo*
Pontuação Cuidador: Autocuidado	33,0	39,0	9,4	8,0	40,0
Pontuação Cuidador: Mobilidade	32,7	35,0	6,9	0,0	35,0
Pontuação Cuidador: Função Social	17,0	18,0	5,4	2,0	25,0
Escala transformada (Cuidador)	*Média*	*Mediana*	*Dp*	*Mínimo*	*Máximo*
Pontuação Cuidador: Autocuidado (0-100)	82,6	97,5	23,5	20,0	100,0
Pontuação Cuidador: Mobilidade (0-100)	93,4	100,0	19,8	0,0	100,0
Pontuação Cuidador: Função Social (0-100)	68,1	72,0	21,6	8,0	100,0

Tabela 9. Pontuação obtida pelos alunos em cada item do PEDI nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. DRE-Penha /São Paulo, 2007- 2009

Autocuidado	**Média**	**Mediana**	**Dp**	**Mínimo**	**Máximo**
A:Textura dos alimentos	98,1	100,0	7,7	50,0	100,0
B:Utilização de utensílios	89,5	100,0	18,6	0,0	100,0
C:Utilização de recipientes de beber	94,1	100,0	15,6	0,0	100,0
D:Higiene oral	88,2	100,0	23,1	0,0	100,0
E:Cuidados com os cabelos	86,5	100,0	23,4	0,0	100,0
F:Cuidados com o nariz	89,4	100,0	22,1	0,0	100,0
G: Lavar as mãos	94,3	100,0	19,2	0,0	100,0
H: Lavar o corpo e a face	85,6	100,0	28,1	0,0	100,0
I: Agasalho / Vestimentas abertas na frente	87,4	100,0	26,3	0,0	100,0
J: Fechos	81,6	100,0	31,3	0,0	100,0
K: Calças	86,1	100,0	26,1	0,0	100,0
L:Sapatos / Meias	78,8	100,0	27,3	0,0	100,0
M: Tarefas de toalete	81,8	100,0	30,9	0,0	100,0
N: Controle urinário	88,2	100,0	24,7	0,0	100,0
O: Controle intestinal	88,7	100,0	26,5	0,0	100,0
Mobilidade	*Média*	*Mediana*	*Dp*	*Mínimo*	*Máximo*
A: Transferências no banheiro	95,8	100,0	17,1	0,0	100,0
B: Transferências de cadeiras/cadeias de rodas	95,8	100,0	17,5	0,0	100,0
C: Transferências no carro	92,8	100,0	23,1	0,0	100,0
C: Transferências no ônibus	89,5	100,0	28,9	0,0	100,0
D: Mobilidade na cama / transferências	96,3	100,0	16,8	0,0	100,0
E: Transferências no chuveiro	92,5	100,0	24,2	0,0	100,0
F: Locomoção em ambiente interno	95,2	100,0	18,3	0,0	100,0
G: Locomoção em ambiente interno: distância/velocidade	92,7	100,0	24,0	0,0	100,0